

Avvikelser

Klagomål och synpunkter

Utreda – Analysera – Förbättra

PROGRAM

Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

POLICY

Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt och principer för vägledning.

STRATEGI

Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för Prioritering.

HANDLINGSPLAN

Beskriver konkreta mål och åtgärder.

RIKTLINJER

Säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande.

Dokumentansvarig på politiks nivå: Programnämnd Social välfärd

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga och Socialt ansvariga samordnare

Uppdaterad version av 2022-10-17 Sov 344/2022 pga ny organisation.

Innehåll

Innehåll	3
Inledning	4
Syfte	4
Avvikelser, klagomål och synpunkter	4
Begrepp i riktlinjen	4
Klagomål och synpunkter	5
Skyldighet att rapportera	5
Skyldighet att utreda	6
Skyldighet att informera	6
Personalens delaktighet	6
Den enskildes delaktighet	6
Avvikelse- och klagomålshantering	6
Rapportera	7
Utreda	8
Bedöma	11
Åtgärda	13
Följa upp	14
Avsluta	14
Lärande i organisationen	14
Samverkan med andra	15
Avvikelser som involverar annan enhet i kommunen	15
Avvikelser mellan kommun och region	15
Avvikelser från kommunen till andra verksamheter	17
Sammanställning och analys	17
Analys på olika nivåer i organisationen	17
Referenser och andra styrdokument	18
Bilagor	18

Inledning

All verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade i Örebro kommun ska vara av god kvalitet.

God kvalitet innebär att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och styrdokument som gäller för verksamheten och fortlöpande förbättrar och utvecklar verksamheten.

Ett led i att identifiera brister och åtgärda dem för att uppnå god kvalitet är att systematiskt arbeta med avvikelse- och klagomålshantering.

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser och klagomål kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att kvalitetssäkra processen för hantering av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra något oönskat samt klagomål och synpunkter.

Avvikelser, klagomål och synpunkter

Nedan beskrivs termer och begrepp samt de krav som ställs på verksamheten med utgångspunkt från Socialstyrelsens reglering av området avvikelshantering. Samtliga lagar och föreskrifter finns angivna i slutet av riktlinjen under rubriken referenser.

Begrepp i riktlinjen

Avvikelse

Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.

Avvikelsehantering

Att identifiera och rapportera avvikelser, kartlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten.

Missförhållande

Ett missförhållande avser såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Allvarligt missförhållande

Allvarliga missförhållanden avser såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Vårdskada

En skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Allvarlig vårdskada enligt patientsäkerhetslagen.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är:

1. bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Klagomål/synpunkt

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Den enskilde

Genomgående används i riktlinjen den enskilde som beskrivning av personen själv och närstående eller rättslig företrädare:

- närstående är person som den enskilde anser sig ha en nära relation till, närmaste familj, släkt eller vänner.
- rättslig företrädare är god man, förvaltare eller fullmaktshavare.

Omvårdnadspersonal och legitimerad personal

Begreppet omvårdnadspersonal används för bland annat undersköterska, vårdbiträde, personlig assistent, omvårdnadspersonal och boendestödare.

Med legitimerad personal avses arbetsterapeuter och sjuksköterskor i kommunen.

Kvalitet

En verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Individnivå och verksamhetsnivå

Orsaker till händelser och klagomål/synpunkter som har lett till eller hade kunnat leda till vårdskador eller missförhållanden kan identifieras utifrån olika perspektiv.

Individnivå utgår ifrån analys av den enskildes hälso- och livssituation för bedömning av bakomliggande orsak till det inträffade.

Verksamhetsnivå utgår ifrån analys av brister i verksamheten (svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens, organisation, arbetssätt, rutiner, teknik, mm.) för bedömning av bakomliggande orsaker till det inträffade.

Klagomål och synpunkter

Ett klagomål/synpunkt kan lämnas muntligt eller skriftligt av den enskilde själv, en medborgare eller en medarbetare. Verksamheten ansvarar för att de som berörs av verksamheten får information om hur klagomål/synpunkter kan lämnas.

Skyldighet att rapportera

Personal i verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade har skyldighet att:

- rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada eller ett missförhållande
- rapportera klagomål och synpunkter
- rapportera risker för vårdskada eller missförhållande

Rapporteringskyldighet gäller för anställd, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program.

Chef ska informera muntligt och skriftligt om ansvar att rapportera händelser och om gällande riktlinje, vid anställning och minst en gång om året.

När medarbetare upptäcker att det föreligger en risk för en händelse som kan medföra en vårdskada eller missförhållande ska det rapporteras till chef och/eller till medicinskt ansvariga eller socialt ansvarig samordnare eller person med motsvarande ansvar, som bedömer om en riskanalys ska göras. I detta fall har det ännu inte inträffat någon händelse.

Skyldighet att utreda

Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS har skyldighet att utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Skyldighet att informera

Ansvarig chef ska vid händelse som har medfört en vårdskada eller ett missförhållande och vid klagomål:

- ge en förklaring till den enskilde om vad som har inträffat och
- beskriva vilka åtgärder som ska vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

När den enskilde har drabbats av en vårdskada ska chef också informera om:

- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg
- möjligheten att begära ersättning via patientförsäkring
- patientnämndernas verksamhet

Informationen ska lämnas till närstående eller rättslig företrädare om den enskilde begär det eller inte själv kan ta del av informationen. Uppgift om hur (muntligt, skriftligt) och till vem information har lämnats, ska antecknas i journalen.

Personalens delaktighet

Chef ansvarar för att medarbetare ges förutsättningar för att löpande vara delaktiga i avvikelse- och klagomålshantering och bereds möjlighet att delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet till följd av avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Den enskildes delaktighet

Chef ansvarar för att den enskilde ges möjlighet att delta i arbetet med händelse och klagomål som drabbat den enskilde. Att vara lyhörd och ta emot klagomål/synpunkter och redogörelser från den enskilde är viktiga bidrag till utveckling av verksamheten.

Avvikelse- och klagomålshantering



RAPPORTERA

UTREDA

BEDÖMA

ÅTGÄRDA

FÖLJA UPP

En händelse eller ett klagomål kan vara direkt kopplat till en person eller gälla generellt för en verksamhet. Alla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller en vårdskada och klagomål/synpunkter på att verksamheten inte uppnår kvalitet ska rapporteras och hanteras enligt denna riktlinje.

Följande frågor ska besvaras:

Vad har hänt?

Varför har det hänt?

Hur kan vi förhindra att det händer igen?

Vad har vi lärt oss?

Rapportera



Den som upptäcker en händelse eller tar emot ett klagomål/synpunkt ska:

- vidta nödvändiga omedelbara åtgärder
- dokumentera i journalen vad som hänt och vilka åtgärder som har vidtagits
- informera berörda medarbetare
- rapportera händelsen eller klagomål/synpunkt i avvikelssystem

Vid **allvarlig händelse** eller allvarligt klagomål ska den som upptäckt händelsen eller tar emot klagomål/synpunkt muntligt kontakta chef eller legitimerad personal direkt.

Ansvarig som tar emot rapporten ska bedöma om ytterligare åtgärder behöver vidtas omedelbart och försäkra sig om att den enskilde och berörd personal får det stöd som krävs. Vidtagna åtgärder ska journalföras.

En rapportering i avvikelssystem ska göras så fort som möjligt – även om omedelbara åtgärder har genomförts och eventuella risker är åtgärdade.

Avvikelse eller klagomål/synpunkt

Det ska framgå i rapportering (registrering) om det är en händelse som inträffat eller klagomål/synpunkt som tagits emot.

Område och Aktivitet

Händelser och klagomål/synpunkter ska sorteras (kategoriseras) på område och aktivitet. Syfte är att på en övergripande nivå kunna analysera trender och mönster som ett led i förbättringsarbete. Se exempel från kategoriseringar av avvikelser, klagomål och synpunkter i tabell 1:

Lagrum	Område	Aktivitet	
HSL/ SoL/LSS	Fall	Fall utan skada	
		Fall med skada	
	Suicid	Suicidförsök	
		Suicid fullbordat	
HSL	Hälsa- och sjukvård	Felaktigt utförd hälsa- och sjukvård	
		Fördröjd hälsa- och sjukvård	
		Utebliven hälsa- och sjukvård	
		Journalföring	
		Munhälsa	
		Trycksår	
		Viktförlust - ofrivillig	
		Vårdrelaterad infektion	
		Bemötande	
		Bruten sekretess	
		Tillgänglighet - Svårighet att nå personal/ledning	
		Information	Regionen – felaktig/fördröjd /utebliven information/planering
			Felaktig/fördröjd/utebliven information
			Läkemedel
	Läkemedel	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel iordningställt, bristande hantering)	
		Ordinationsinformation – felaktig/fördröjd/utebliven	
		Utebliven behandling (glömd dos eller ej iordningställd dos)	
		Läkemedel saknas vid kontrollräkning (narkotika)	
		MTP	Felaktig/fördröjd/utebliven leverans
			Handhavandefel
	Produktsfel		

SoL/ LSS	Dokumentation	Genomförandeplan
		Socialjournal
	Information	Regionen – Felaktig/fördröjd utebliven/ information/planering
		Felaktig/fördröjd/utebliven information
	Omsorg, service	Bemötande - fysiskt, psykiskt, sexuellt
		Felaktigt utförd omsorg och service
		Fördröjd omsorg och service
		Utebliven omsorg och service
		Bruten sekretess
		Tillgänglighet - Svårighet att nå personal/ledning
	Våld och övergrepp	Mellan brukare
		Mellan brukare personal
		Stöld av pengar/ägodelar/läkemedel

Tabell 1 Beskrivning kategorisering av avvikelser.

Händelseförlopp/Händelseinformation

Beskriv händelse eller klagomål/synpunkt så detaljerat och objektivt som möjligt, så den som inte är insatt förstår vad som har hänt:

- vad har hänt
- vilka var med vid händelsen
- tidpunkt för händelsen eller då den uppmärksammades
- om och hur händelsen påverkat den enskilde
- vem som lämnat ett klagomål eller synpunkt (om inte du själv)

Omedelbart vidtagna åtgärder

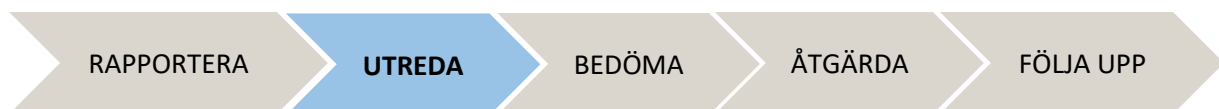
Beskriv kortfattat:

- vilka åtgärder har genomförts och tidpunkt för dessa
- vem har du kontaktat
- vilka instruktioner gavs av chef, sjuksköterska, arbetsterapeut – när aktuellt

Bevaka rapporterade avvikelser och klagomål/synpunkter

Chef ansvarar för att rapporterade händelser och klagomål/synpunkter bevakas i aktuellt avvikelssystem. Legitimerad personal ska regelbundet bevaka HSL-avvikelser utifrån aktuell patientrelation och utan dröjsmål påbörja utredning och bedömning av inkommen avvikelse.

Utreda



Chef är ansvarig för att utreda och leda arbetet med avvikelshantering som berör den egna verksamheten. Chef ansvarar för att utredning av inrapporterade händelser påbörjas utan dröjsmål.

- Om en avvikelse berör fler verksamheter ska chef ta kontakt med dessa verksamheters chefer för att gemensamt utreda avvikelsen.
- Om avvikelsen helt och hållet berör en annan verksamhet ska chef överlämna ansvaret för fortsatt utredning till berörd chef som då övertar ansvaret för fortsatt hantering.
- Chef för omvårdnadspersonal ansvarar för att samarbeta med arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut vid hantering av händelser och klagomål som berör delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.
- Chef för legitimerad personal ansvarar för att arbetsterapeut och sjuksköterska har förutsättningar att samarbeta med chef för omvårdnadspersonal vid hantering av händelser och klagomål som berör delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Syftet med utredning

- att klarlägga händelseförlopp och faktorer som har påverkat det
- att identifiera brister i verksamheten som orsakat händelsen - avvikelseorsak
- att ge underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen eller för att begränsa effekterna av sådana händelser om det inte helt går att förhindra

Dokumentation av utredning

Utredning ska dokumenteras i avvikelssystem när möjligt, annars på dokument med följande rubriker:

- händelseinformation
- omedelbart vidtagna åtgärder
- avvikelseorsak – identifierade brister
- konsekvens för den enskilde
- information till berörda

Händelseinformation

I utredning ska det framgå vad som kan ha föregått och påverkat en händelse, vad som hände samt beskrivning av identifierade brister som orsakat händelsen:

- vad föregick händelsen – påverkande faktorer/omständigheter
- vad har hänt
- vad gick fel
- varför gick det fel = identifierad brist/orsak.

Skriftlig redogörelse från medarbetare och den enskilde om händelsen är önskvärd och bör göras så snart som möjligt för att få kompletterande information till utredningen utöver den beskrivning som gjorts vid rapportering. Separat redogörelse kan bifogas som bilaga i utredningen.

Chef och legitimerad personal ska ta reda på och dokumentera kompletterande information om händelsen och dess konsekvens för den enskilde.

Frågeställningar som stöd för att utreda händelseförloppet och konsekvens:

- omständigheter/situation/påverkande faktorer som kan ha haft betydelse för att händelsen inträffade
- har information mellan medarbetare, professioner, arbetspass eller utförare brutit
- har rätt person utfört rätt uppgift på rätt sätt med rätt förutsättningar (kompetens, planering, mm)
- hur har händelsen påverkat den enskilde

Analys av händelse

Utifrån dokumenterad händelseinformation ska analys av händelsen göras på individnivå och verksamhetsnivå.

- **Individnivå** – finns brister i planering av vården/omsorgen, bristande utredning av aktuella behov, brister i utförandet av åtgärd, mm. Har genomförandeplaner, vårdplaner varit tillräckliga/otillräckliga/följts/inte följts/saknats.

Brister på individnivå ska åtgärdas i den enskildes planering av vården och omsorgen – beskriv i utredningen eller hänvisa till genomförandeplaner och/eller vårdplaner som uppdateras eller andra åtgärder som blir aktuella på individnivå.

- **Verksamhetsnivå** – varför har ovan beskrivna brister uppstått, brister i arbetssätt, avsaknad av rutiner, bristande följsamhet till rutiner, bristande kännedom om rutiner, bristande implementering av rutiner, bristande kompetens, bristande kommunikation/information, mm.

Avvikelseorsak - verksamhetsnivå

Utifrån samlad analys av bakomliggande orsak till händelsen – varför har det hänt – ska avvikelseorsak fastställas som grund för förbättringsåtgärder för att förhindra upprepning.

Följande avvikelseorsaker ska användas, se tabell 2:

- arbetssätt, rutiner och riktlinjer
- kommunikation och information
- kompetens och utbildning
- omgivning och organisation
- teknik, utrustning och apparatur

Avvikelseorsak	Exempel brister
Arbetssätt, riktlinjer, rutiner	Bristar i utförandet – följer inte riktlinjer/rutiner, evidensbaserade metoder.
	Bristar i läkemedelsbehandling eller läkemedelshantering
	Bristar i följsamhet till riktlinjer, rutiner, handlingsplaner, mm.
	Bristar i följsamhet till Värdegrund
Kommunikation och information	Bristfällig information eller informationsöverföring - mellan yrkeskategorier, arbetspass, enheter, vårdgivare, mm.
	Bristar i journalföring, (hälso- och sjukvårds och social dokumentation, genomförandeplaner)
	Bristande introduktion av nyanställd
	Bristar i informationssäkerhet
	Bristar i samverkan med andra vårdenheter
Kompetens och utbildning	Bristar i utförande – utbildning och kompetens
	Bristande instruktion och handledning i utförandet av hälso- och sjukvårdsinsats
Omgivning organisation	Bristar i arbetsmiljö och kultur
	Bristar i ledning och styrning
	Bristar i samarbete mellan yrkeskategorier, funktioner eller enheter – förutsättningar saknas
	Bristar i arbetssätt, rutiner eller i vårdens organisation
	Bristar i implementering av riktlinjer och rutiner
Teknik, utrustning och apparatur	Bristar i handhavande eller underhåll av medicintekniska produkter
	Bristande säkerhet i verksamhetssystem.

Tabell 2: Beskrivning kategorisering av avvikelseorsaker.

Konsekvens för den enskilde

En händelse kan få konsekvenser för den enskilde på flera olika sätt – sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk. I utredning ingår att bedöma och fastställa vilken konsekvens händelsen har fått för den enskilde.

Följande alternativ används:

1. Ingen/obefintlig skada/missförhållande = Inga/mindre obehag/besvär
2. Mindre allvarlig skada/missförhållande = Övergående obehag/besvär
3. Allvarlig skada/dödsfall/ missförhållande = Omfattande eller kvarstående besvär, hot mot hälsa eller liv

Bedömning om fortsatt uppföljning av konsekvens för den enskilde och medarbetare ska planeras utifrån händelsen och eventuell risk för negativa följder av det inträffade.

Konsekvensen av en händelse kan bli synlig först senare, tex en fraktur efter ett fall eller att den enskilde drabbas av psykiskt lidande som otrygghet. Uppföljning ska dokumenteras i journalen. Det kan också bli aktuellt att ändra bedömningen av tidigare vald konsekvens.

- **Vid konsekvens 3 Allvarlig skada/dödsfall:**
Medicinskt ansvariga (MAS/MAR) ska kontaktas för bedömning och beslut om hur fortsatt utredning ska genomföras.
- **Vid konsekvens 3 Allvarlig missförhållande:**
Socialt ansvarig samordnare (SAS) eller motsvarande funktion hos extern utförare och vårdgivare ska kontaktas för bedömning och beslut om hur fortsatt utredning ska genomföras.

Information till den enskilde

Den enskilde, närstående eller rättslig företrädare ska informeras om att vårdskada eller missförhållande har inträffat och hur händelsen kommer att hanteras. Det ska framgå i både utredningen och i journalen att information har lämnats. Om information inte kan lämnas ska orsak anges.

Information vid vårdskada

När en person drabbats av en vårdskada ska den enligt Patientsäkerhetslagen dessutom informeras om:

- patientnämnden och vilket stöd de kan ge
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- möjligheten att begära ersättning via patientförsäkring

Används broschyren ”Till dig som drabbats av en vårdskada” som ska lämnas till den enskilde, närstående eller rättslig företrädare.

Bedöma



Utifrån händelse som har eller hade kunnat innebära en vårdskada eller ett missförhållande och analys av brister i verksamheten som orsakade händelsen ska bedömning göras av risken för att det kan hända igen om brister inte åtgärdas.

Riskmatris – att bedöma risk för upprepning

Om ingen åtgärd görs, hur sannolikt är det att det händer igen i verksamheten – *sannolikhetsgrad* — och om det händer igen vilken konsekvens kan det få för den som drabbas – *allvarlighetsgrad*.

		Allvarlighetsgrad			
		4 Mycket hög/katastrofal	3 Betydande	2 Måttlig	1 Mindre
Sannolikhetsgrad	4 Mycket stor	16	12	8	4
	3 Stor	12	9	6	3
	2 Liten	8	6	4	2
	1 Mycket liten	4	3	2	1

Sannolikhetsgrad

- Mycket stor = kan inträffa dagligen
 Stor = kan inträffa varje vecka
 Liten = kan inträffa varje månad
 Mycket liten = kan inträffa 1ggr/år eller mer sällan.

Allvarlighetsgrad

Mycket hög/	= Bestående stor funktionsnedsättning
Katastrofal	(sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk).
Betydande	= Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk).
Måttlig	= Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Mindre	= Obehag eller obetydlig skada.

Resultat av riskmatris

Utifrån det riskvärde som riskmatrisen visar vidtas åtgärder:

- **Riskvärden 1 – 8** – enheten ansvarar för att vidta åtgärder för att minska risk för upprepning på individ- och verksamhetsnivå.
- **Riskvärden 9 – 16 och alla med allvarlighetsgrad 4**
Medicinskt ansvariga (MAS/MAR) ska kontaktas för bedömning och beslut om hur fortsatt utredning ska genomföras för avvikelser inom lagrum HSL.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) eller motsvarande funktion hos extern utförare och vårdgivare ska kontaktas för bedömning och beslut om hur fortsatt utredning ska genomföras för avvikelser inom lagrum SoL/LSS

Chef ska fullfölja stegen Utredning och Bedömning i avvikelseprocessen även i de fall MAS/MAR eller SAS kontaktats för bedömning av fortsatt utredning.

Bedöma och kategorisera händelse/klagomål

Med fullständig händelseinformation som underlag och analys av bakomliggande orsak till det inträffade, ska bedömning göras om händelsen är orsakad av brister i verksamheten eller inte.

- **Ej orsakad av brister i verksamheten**
Vid bedömning att händelsen inte är orsakad av brister i den egna eller annan verksamhet eller har kunnat påverkas av verksamheten, dokumenteras motivering till bedömning och avvikelser avslutas.

Åtgärder vidtas inte på verksamhetsnivå, men kan vara aktuella på individnivå och hanteras då i den enskildes vård och omsorgsplanering.

Exempel: Alla fallhändelser ska rapporteras som en avvikelse. Ett fall kan vid utredning visa sig vara en olyckshändelse (ej möjlig att förhindra) som inte hade gått att förebygga trots riskbedömning och åtgärder, dvs fallet är inte orsakat av brister i vården och omsorgen.
- **Orsakad av brister i verksamheten**
Om händelsen är orsakad av brister i den egna eller annan verksamhet ska åtgärder planeras, genomförs och följas upp.

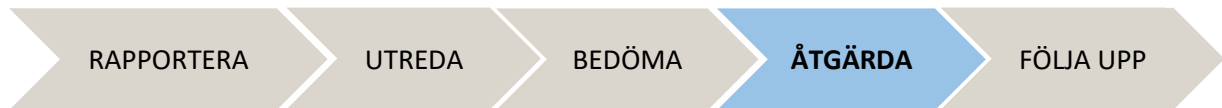
Anmälan om allvarlig vårdskada

Medicinskt ansvariga ansvarar för bedömning om en händelse som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ansvaret är enligt delegationsordning från nämnd.

Anmälan om allvarligt missförhållande

Socialt ansvarig samordnare (SAS) i Vård och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser och respektive verksamhetschef för externa utförare ansvarar för bedömning om en händelse som medfört eller hade kunnat medföra ett allvarligt missförhållande ska anmälas enligt lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Åtgärda



Utifrån analys vid utredning och identifierad orsak till det inträffade, ska åtgärder planeras och genomföras för att minska risk för att det händer igen. Åtgärder kan vara kortsiktiga och/eller långsiktiga. En åtgärd kan kräva flera olika aktiviteter med olika tidsplaneringar och ansvariga vilket ska framgå i åtgärdsplaneringen.

Val av åtgärder

Åtgärder ska kopplas till bedömd avvikelserorsak – identifierad brist – i syfte att förbättra verksamheten. För att kunna göra övergripande analyser av valda åtgärder ska de kategoriseras enligt tabell 3:

Åtgärder	Exempel
Delges Region Örebro län	Val av enhetschef när avvikelserna ska skickas till slutenvård, primärvård, annan öppenvård, psykiatri.
Fördjupad utredning MAS/MAR	Val görs av MAS/MAR efter ställningstagande om fördjupad utredning. MAS/MAR antecknar W3D3 nummer i anteckning och avslutar avvikelserna.
Fördjupad utredning SAS	Val görs av SAS efter ställningstagande om fördjupad utredning – egenregi. SAS antecknar W3D3 nummer i anteckning och avslutar avvikelserna.
Förbättra kommunikation/dokumentation	Vid brister i informationsflödet mellan arbetspass, yrkeskategorier mm. eller bristande dokumentationen.
Förenkling av processer	Ett flöde av aktiviteter i en process kan innehålla onödiga moment, att identifiera och reducera dessa kan leda till förenkling som leder till en säkrare process.
Förändra fysisk miljö	Allmän anpassning av miljön utifrån behov: ex belysning, möblering, undanröja hinder, mm.
Organisation och bemanning	Förändring av schema för att tillmötesgå behov hos den enskilde.
Undervisning/handledning/praktisk övning	Används vid identifierad kompetensbrist, utbildning i journalföring, strukturerad kommunikation, utbildning i HSL åtgärder.
Upprätta/revidera/implementera arbetssätt/metod	Val vid bristande följsamhet till riktlinjer, rutiner, vid upptäckt av brister i flödet i ett eller flera arbetsmoment kan arbetsordningen förändras/förkortas och därmed säkras.
Upprätta/revidera/implementera riktlinje/rutin	Brister i eller avsaknad av tydliga arbetssätt, riktlinjer och rutiner.

Tabell 3: Beskrivning av kategorisering av åtgärder

Åtgärdsplan

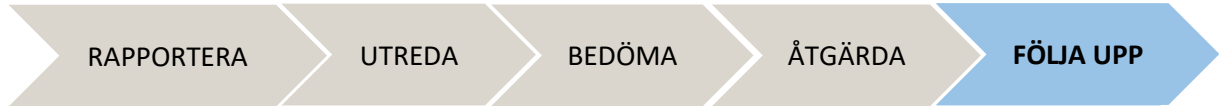
För varje val av åtgärd enligt ovan ska beskrivning finnas dokumenterad i en åtgärdsplan med de aktiviteter som åtgärden omfattar och hur effekt av vidtagna åtgärder ska följas upp. Exempel på hur åtgärdsplan kan se ut utifrån avvikelserorsak och åtgärd finns i bilaga 1.

Följande rubriker används för samtliga aktiviteter i åtgärdsplan:

- mål – vad ska uppnås
- aktiviteter – vad ska genomföras
- tidsplan – när ska det genomföras, start, slut,
- ansvarig – vem ansvarar
- uppföljning - vad, hur, när ska uppföljning göras – hur ska åtgärden värderas

Rapporterade händelser eller klagomål kan vid identifierad bakomliggande orsak omfattas av åtgärder som är beslutade för andra avvikelser. Då kan flera likande avvikelser kopplas till samma åtgärdsplan. Mall för åtgärdsplan, se bilaga 2.

Följa upp



Uppföljning av åtgärder kan göras först när det gått en tid, beroende på åtgärd, för att kunna utvärdera om åtgärden har haft avsedd effekt. När och hur uppföljning ska göras ska framgå av åtgärdsplanen.

Effekt av vidtagna åtgärder ska bedömas

Värdera om vidtagna åtgärder har lett till en minskad risk för upprepning av inträffad händelse genom att besvara frågan om åtgärderna har lett till en förändring som är en förbättring eller inte.

- **Ta ställning till om åtgärden gav effekt:**
 - förbättrad effekt
 - ingen effekt (problemen kvarstår),
 - försämrade effekt (åtgärden ledde till nya eller förvärrade brister)
 - går ej att bedöma.

Dokumentera uppföljning av åtgärder

Beskriv effekter av de åtgärder som genomförts och hur bedömning och värdering har gjorts – hur har man kommit fram till resultatet. Dokumentera uppföljning direkt i aktuellt avvikelssystem.

Avsluta

För händelser eller klagomål *ej orsakade av brister i verksamheten* (den egna eller annan) avslutas avvikelprocessen omgående efter bedömningen och utan åtgärder på verksamhetsnivå. Eventuella åtgärder på individnivå kan pågå och ska följas upp i den enskildes planering av vård och omsorg.

För händelser eller klagomål som bedömts vara *orsakade av brister i verksamheten* ska samtliga steg i avvikelse- och klagomålshandlingen slutföras innan avvikelsern avslutas.

Lärande i organisationen

Ansvarig chef har huvudansvar för avvikelse- och klagomålshandlingen. Återkoppling av utredning, vidtagna åtgärder och resultat av vidtagna åtgärder ska göras till verksamheten på olika sätt beroende på vem som är mottagare av informationen, den enskilde, rapportör, involverad personal eller övriga medarbetare. Det är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Återkoppling ska även göras på olika nivåer och är en förutsättning för att skapa ett lärande i hela organisationen. Arbetssätt för hur det ska ske behöver fastställas.

Återkoppling kan ske till:

- verksamheten
- ledningsgrupp
- nämnd

Samverkan med andra

När en händelse eller klagomål/synpunkt involverar olika yrkeskategorier, flera delar inom en verksamhet eller andra enheter ska respektive chef meddelas och samverkan inledas. Om det inträffade helt eller delvis berör annan vårdgivare ska denne omgående underrättas.

Avvikelse som involverar annan enhet i kommunen

Chefen för personal som rapporterat en händelse eller klagomål/synpunkt granskar rapporten och avgör utifrån lagrum och innehåll vilken chef som kommer att ha huvudansvar för fortsatt hantering.

Utgångspunkten är att avvikelse eller klagomål/synpunkt ska hanteras av den chef där personen får sin huvudsakliga vård och omsorg. Det innebär oftast att chef för utföraren av omsorg har huvudansvar för att hantera och avsluta avvikelsen, oavsett lagrum, och ansvarar för att samla de professioner som behövs för att utreda händelsen.

Avvikelse rapporterade av omvårdnadspersonal hanteras av chef för omvårdnadspersonal

- När chef för omvårdnadspersonal analyserar en händelse och brist gäller hälso- och sjukvårdsansvar som åligger legitimerad personal ska chef för legitimerad personal involveras.
- När chef för omvårdnadspersonal analyserar en händelse som gäller brist i utförandet av en delegerad eller fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd ska legitimerad personal involveras.

Avvikelse rapporterade av legitimerade hanteras av chef för legitimerade

- När chef för legitimerad personal granskar en händelse som gäller en delegerad eller fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd ska chefen överlåta fortsatt utredning till chef för omvårdnadspersonal och berörd legitimerad personal.
- När chef för legitimerad granskar händelse som gäller brist i utförandet av hälso- och sjukvårdsansvar hos legitimerad personal ska utredning fullföljas av legitimerades chef

Avvikelse mellan kommun och region

Region Örebro län och Örebro kommun har en gemensam rutin för att informera varandra om avvikelse i vårdkedjan.

Syftet är att identifierade brister i samverkansprocessen mellan kommunen och regionen ska kunna utvecklas.

Från kommun till region

Händelser som berör Region Örebro län och bristande följsamhet till överenskommelser rapporteras i verksamhetens avvikelssystem och hanteras enligt beskrivning nedan av chef där avvikelsen upptäckts.

Chef:

1. **kontrollerar avvikelsen** – är händelsen tydligt beskriven, komplettera händelseinformationen vid behov, framgår det vad som har brustit hos den andre vårdgivaren, kan brister även orsakats av brister i egen verksamhet
2. **diarieför ärendet**
egenregion – i W3D3
namnge ärendet enligt följande vid beställning:
avvikelse + nummer – till verksamhet X + namn på enhet
exempel: Avvikelse xxxx till USÖ avd. 88
extern utförare – görs av Vård- och omsorgsnämnden, se punkt 3 nedan

3. **skickar avvikelse till regionen** – bilaga 3 *Avvikelse till Region Örebro län* och kopia på avvikelse skickas med post till Centrala diariet Region Örebro län.
extern utförare – ska utöver detta också e-posta en kopia av bilaga 3 *Följebrevet till vardochomsorgsnämnden@orebro.se* som diarieför ärendet
4. **får återkoppling från regionen i upprättat ärende** – Centrala diariet regionen skickar svar till Vård- och omsorgsnämnden.
egenregin – chef och medicinskt ansvariga meddelas via w3d3
extern utförare –registrator meddelar chef och medicinskt ansvariga
5. **tar del av svar och tar ställning till** om behov finns av vidare samverkan och utredning
6. **avslutar ärendet**
egenregin – i w3d3
extern utförare –medicinskt ansvariga avslutar ärendet i diariet

Vad händer med avvikelsen i Regionen

Centrala diariet i Regionen diarieför avvikelsen och vidarebefordrar den till ansvarig avvikelsemottagare, händelsen utreds. Svar till Örebro kommun skickas via Centrala diariet inom 2 månader till Vård- och omsorgsnämnden. Svar diarieförs i upprättat ärende och rapporterade enhet meddelas via diariet eller via post.

Från region till kommun

Avvikelse från Region Örebro län adresseras till Vård- och omsorgsnämnden. Avvikelsen diarieförs och medicinskt ansvariga läggs som handläggare i samtliga ärenden, även då det gäller person som inte har kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinska ansvariga bedömer hur fortsatt utredning ska ske utifrån allvarlighetsgrad och lagrum och lägger till aktuella handläggare. Följande två alternativ kan bli aktuella:

1. **Medicinskt ansvariga/SAS fullföljer utredning** i dialog med berörd enhet, dokumenterar utredning i bilaga 4 *Återkoppling på avvikelse från Region Örebro län* och skickar med post till Centrala diariet Region Örebro län. Ärendet avslutas.
2. **Chef fullföljer och dokumenterar utredningen** i bilaga 3 *Återkoppling på avvikelse från Region Örebro län* och skickar med post till Centrala diariet Region Örebro län.
 - *egenregin* – lägger in handlingar i upprättat ärende i diariet (W3D3)
extern utförare – skickar också kopia på bilaga 4 till Vård- och omsorgsnämnden som lägger in i ärendet i diariet (Voo)
 - **återkopplar utredning** till medicinskt ansvariga eller socialt ansvarig samordnare, beroende på lagrum.
 - **avslutar ärendet**
egenregin – i w3d3
extern utförare – meddelar medicinskt ansvariga som avslutar ärendet i diariet

Adress till Region Örebro läns centrala diarium:

Centrala diariet
Box 1613
701 16 Örebro

Adress till Kommunens diarium:

Vård- och omsorgsnämnden
Box 34 500
701 35 Örebro

Avvikelse från kommunen till andra verksamheter

Andra verksamheter som utför tjänster som nyttjas av personer med vård- och omsorgsbehov kan vara CFH (Centrum för hjälpmedel), färdtjänst, dosapotek, andra apotekskedjor, mm.

Händelser som inträffat hos externa verksamheter ska rapporteras enligt dessa verksamheters rutiner och avvikelssystem.

Händelser där en person skadats i samband med användandet av ett personligt hjälpmedel från CFH rapporteras till CFH och i det egna avvikelssystemet.

Sammanställning och analys

En verksamhets systematiska förbättringsarbetet består bland annat av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Resultat och analys av rapporterade händelser, klagomål/synpunkter och genomförda utredningar ska sammanställas för att ge en bild av mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet för att synliggöra utvecklingsbehov.

Genom att analysera inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredning av ett enskilt fall upptäckas.

Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten se över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Analys på olika nivåer i organisationen

- **Individnivå** – chef ansvarar för att händelser och konsekvenser för den enskilde utreds och analyseras samlat, tex upprepade fallhändelser.
- **Enhetsnivå** – chef analyserar trender och mönster för verksamheten.
- **Övergripande nivå** – sammanställning och analys över flera enheter görs av verksamhetschef eller motsvarande.
- **Medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare eller motsvarande** – tar del av analyser från verksamheten och väger in resultatet i analys på kommunnivå för patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.

Syfte med sammanställning och analys på en aggregerad nivå är att dra lärdom för att förbättra verksamheten.

- Vilka är de vanligaste avvikelse typerna?
- Vilka är de vanligaste avvikelseorsakerna?
- Vilka är de vanligaste åtgärderna?
- Har vidtagna åtgärder haft effekt?
- Fullföljs avvikelseprocessens samtliga steg?
- Dokumenteras avvikelse- och klagomålshanteringen enligt gällande krav?

Alla verksamheter ansvarar för att ha kunskap om hur processen kring avvikelse- och klagomålshanteringen fungerar samt att sammanställa och analysera sina resultat.

En enhet ska göra egenkontroller av följsamhet till denna riktlinje för att säkerställa att arbetssätt och processer för avvikelse- och klagomålshantering fungerar utifrån ställda krav. Hur ofta det behöver göras beror på med vilken kvalitet processen fungerar för tillfället. Läs mer om egenkontroller på orebre.se.

Referenser och andra styrdokument

[Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\)](#)

HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete; <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/hslf-fs-201740/>

HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria); <https://www.ivo.se/publicerat-material/foreskrifter/hslf-fs-2017-41/>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah; <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20115-om-lex-sarah/>

Lex Sarah Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19339/2014-1-24.pdf>

Socialstyrelsen – [Samlat stöd för patientsäkerhet](#)

Socialstyrelsen – [Patientens delaktighet](#)

Socialstyrelsen – [Att utreda en händelse som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.](#)

Riktlinje Metod utredning vårdskada för medicinskt ansvariga

Riktlinje Avvikelser i vårdkedjan mellan Region Örebro län och Örebro kommun

Broschyren ”Till dig som drabbats av en vårdskada”

Bilagor

Bilaga 1: Val i avvikelsemodulen – område, aktivitet, avvikelseorsak, åtgärder

Bilaga 2: Mall Åtgärdsplan

Bilaga 3: Mall Avvikelse till Region Örebro län

Bilaga 4: Mall Återkoppling på avvikelse från Region Örebro län