

Riktlinje för avvikelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård

Dokumenttyp:	Riktlinje
Diarienummer:	SN-2017/173, version 5
Beslutande nämnd:	Socialnämnd
Beslutsdatum:	2017-09-11
Giltighetstid:	2018-12-30
Dokumentansvarig:	MAS Eva Lejman

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Författningar	4
3. Avvikelsehantering.....	4
3.1 Avvikelse.....	4
3.2 Avvikelserapportering.....	5
3.3 Avvikelseråd.....	6
3.4 Sammanställning och återkoppling av tertialens avvikelser	6
4. Riskhantering	7
5. Kontakt med tjänstgörande sjuksköterska.....	7
6. Råd till dig som rapporterar en avvikelse	7
6.1 Att bedöma allvarlighetsgraden av en risk.....	7
6.2 Riskanalys	8
6.3 Händelseanalys.....	8
7. Förebyggande av vårdskada	9
8. MAS utredning av allvarlig avvikelse	9
8.1 lex Maria.....	9
Bilaga 1	10
Bilaga 2	13

1. Inledning

Varje vårdgivare har enligt patientsäkerhetslagen ett ansvar att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Syftet är att förhindra vårdskador och att kvalitetsutveckla hälso- och sjukvården. För att åstadkomma detta behövs en systematisk avvikelshantering inom varje enhet där hälso- och sjukvård bedrivs.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Det innebär att personal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har, eller hade kunnat medföra, en vårdskada. Vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är mottagande delegat att anse som hälso- och sjukvårdspersonal.

I varje verksamhet ska personal träffas i team för uppföljning av avvikelser, ett så kallat möte för avvikelseråd. Inför varje tertial sammanställer därefter ansvarig enhetschef de fyra månadernas totala avvikelser till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). MAS sammanställer samtliga inkomna rapporter från de enheter där hälso- och sjukvård bedrivs i Knivsta kommun. MAS avvikelserapport presenteras sedan för socialnämnden. Vid utredning av allvarlig vårdskada, eller risk för allvarlig vårdskada, och beslut om att ärendet skall anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handlägger MAS ärendet till IVO och informerar ansvarig socialnämnd i direkt anslutning till anmälan.

Målet med systematiskt patientsäkerhetsarbete är att brukare som erhåller hälso- och sjukvård ska garanteras att vården är säker och utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Genom ett systematiskt avvikelsearbete förhindras att liknande händelser inträffar igen och med hjälp av analysens resultat, förbättras och utvecklas rutiner i verksamheten.

En enskild som drabbas av vårdskada ska informeras om det inträffade, vilka åtgärder som vidtagits, få information om möjligheten att anmäla klagomål samt erhålla information om vilka konsekvenser som vårdskadan förorsakat den enskilde. Ger ärendet anledning till anmälan till IVO ska den enskilde, eller i förekommande fall närstående, underrättas. Den enskilde ska också informeras om Patientnämndens verksamhet och om möjligheten att begära ersättning vid skada enligt patientskadelagen (SFS 1996:799).

Vid utredning av allvarliga avvikelser, oavsett om ärendet föranleder anmälan till IVO eller ej, skall genomförda och planerade åtgärder, för att undanröja och förhindra vårdskador, beskrivas. Resultatet av dessa skall sedan användas för att förändra riktlinjer och rutiner inom hälso- och sjukvården.

2. Författningar

Styrdokument för gällande riktlinje avvikelshantering är följande författningar och avtal:

- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)
- Patientlag (SFS 2014:821)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2010:4) om ändring i föreskrifter och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:3) om ändring i föreskrifter och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Vård i Samverkan (ViS)

3. Avvikelsehantering

Personalens rapportering av avvikande händelser gällande hälso- och sjukvård är nödvändig för organisationens förbättringsarbete och för att förbättra säkerheten i vården. Enligt gällande lagstiftning är den som arbetar inom vård och omsorg skyldig att rapportera avvikande händelser som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp till närmaste chef och tjänstgörande legitimerad personal. En patientsäker och trygg miljö för både brukare och anställda uppnås med en fullt utvecklad säkerhetskultur. En sådan miljö består av

- medarbetare och ledning som erkänner att fel kan inträffa i organisationen
- medarbetarna som känner att de kan rapportera avvikelser och risker utan rädsla för att bli tillrättavisade eller straffade
- ett utvecklat samarbete mellan olika vårdnivåer, yrkeskategorier och enheter för att hitta lösningar på säkerhetsproblem
- det finns särskilt avsatta resurser för säkerhetsarbete

3.1 Avvikelse

En avvikelse är en händelse som inte stämmer med normal rutin och förväntat förlopp, till exempel att en hälso- och sjukvårdsuppgift inte har genomförts eller genomförts på ett sätt som inte är evidensbaserat¹. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade.

Allvarlig avvikelse är händelser som medfört *eller skulle kunna medföra* att brukaren drabbas av vårdskada. Nedan beskrivs några exempel på allvarliga vårdskador.

¹ Evidensbaserat innebär att hälso- och sjukvårdsuppgiften utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

- Fallskada eller annan personskada som föranletts av brister i samband med vård och omsorg och medfört behov av läkarvård.
- Smittspridning mellan brukare eller personal, dvs. vårdrelaterade infektioner.
- Förväxling av läkemedel, felaktig förskrivning, feldoseringar av läkemedel mm.
- Medicinskt teknisk produkt som skadat *eller skulle kunna* skada brukare.
- Suicid eller suicidförsök.
- Olycksfall där personskada eller sjukdom som kräver läkarvård, uppkommit på grund av vård och behandling.
- Uppkomst av trycksår – kategori 3 eller högre
- Brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller samarbetet mellan olika vårdenheter.
- Felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till brukare eller närstående.
- Matförgiftning.
- Kränkande behandling av brukare.
- Uteblivna insatser som inneburit allvarligt lidande för brukaren.
- Hot- och våldssituation där brukare och/eller personal skadats.

Allvarliga avvikelser skall alltid rapporteras till MAS och/eller MAR för vidare utredningen.

3.2 Avvikelse rapportering

Den som uppmärksammar en händelse som inte stämmer med normal rutin och/eller förväntat förlopp ska

1. kontakta tjänstgörande sjuksköterska (alternativt tjänstgörande sjukgymnast eller arbetsterapeut)
2. invänta instruktioner från tjänstgörande sjuksköterska (alternativt tjänstgörande sjukgymnast eller arbetsterapeut)
3. gör en skriftlig avvikelse rapportering i Siebel
4. dokumentera i journal (social eller hälso- och sjukvård) att en händelse har inträffat och att en avvikelse rapportering är genomförd

3.3 Avvikelseråd

Syftet med avvikelserapportering är att förbättra kärnverksamheten och att förhindra vårdskador. Genom att kontinuerligt följa upp och analysera orsaker till varför avvikande händelser uppstår kan förbättrade arbetsmetoder i organisationen genomföras.

Varje enhet ska ha implementerade rutiner för avvikelseråd där samtliga medarbetare inklusive chefer deltar i förbättringsarbetet. Arbetet med avvikelseråd ska ske enligt följande process:

1. Ansvarig chef schemalägger tid, personal och plats för avvikelseråd.
2. Tjänstgörande legitimerad personal, delegerad hälso- och sjukvårdspersonal och chef² ska medverka i schemalagda avvikelseråd.
3. Inför avvikelserådsmötet tar tjänstgörande sjuksköterska (alternativt sjukgymnast eller arbetsterapeut) fram periodens rapporterade avvikelser.
4. Gemensam genomgång av periodens avvikelser. Blankett *Analys- och förbättringsåtgärder* ska användas (bilaga 1).
5. Tillsammans i arbetsgruppen identifiera ni orsaker och varför händelserna har inträffat.
6. Tillsammans i arbetsgruppen diskuterar ni er fram till förändrade arbetsmetoder och/eller egenkontroller för att därmed undvika att avvikelserna uppstår igen.
7. Tjänstgörande sjuksköterska (alternativt sjukgymnast eller arbetsterapeut) dokumenterar i blankett *Analys- och förbättringsåtgärder*.
8. Återkoppla resultat och blankett *Analys- och förbättringsåtgärder* till enhetschef.
9. Enhetschef implementerar förbättrade arbetsmetoder och/eller egenkontroller tillsammans med medarbetare.
10. Enhetschef sammanställer tertialens blanketter *Analys- och förbättringsåtgärder* och verksamhetens resultat av genomförda förbättringsåtgärder till MAS. Sammanställningen skickas till MAS.

3.4 Sammanställning och återkoppling av tertialens avvikelser

Sammanställning av tertialens statistik samt enhetens analys- och förbättringsarbete gällande avvikelser skickas till MAS. Dokumentet *Analys- och förbättringsarbete* ska användas. Tre gånger per år ska sammanställningen genomföras av ansvarig chef; tertial 1 (januari – april), tertial 2 (maj – augusti) och tertial 3 (september – december).

Efter socialnämndens beslut om att godkänna MAS avvikelserapport skall rapporten sedan återkopplas till medarbetare av ansvarig chef. MAS avvikelserapport ska användas för att kvalitetsutveckla hälso- och sjukvården.

Avvikelsearbetet och genomförda kvalitetsförbättringar presenteras i kommunens årliga patientsäkerhetsberättelse.

² Genom arbetsfördelning till tjänstgörande legitimerad personal kan enhetschef överlämna sin befogenhet vid de schemalagda avvikelseråden men ska i samråd med medarbetare implementera förbättringsåtgärder och rapportera avvikelser till MAS. I verksamheter där legitimerad personal inte finns anställd, deltar enhetschef i avvikelseråd.

4. Riskhantering

Inom verksamheten ska det finnas rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker till risker i verksamheten. Att arbeta med riskhantering är att jobba förebyggande. Med hjälp av systematisk arbetsmetod kan bakomliggande orsaker lättare identifieras. Dokument *Blankett riskanalys* (bilaga 2) bör användas för att identifiera bakomliggande orsaker.

5. Kontakt med tjänstgörande sjuksköterska

Omsorgs- och omvårdnadspersonal som mottagit en delegering har ett personligt ansvar för att fullgöra sina delegerade arbetsuppgifter, dvs. att utföra uppgiften patientsäkert och med god kvalitet.

Tjänstgörande sjuksköterska ska kontaktas då brukarens hälsotillstånd förändras. Den tjänstgörande sjuksköterskan har ett ansvar för medicinsk bedömning av brukaren och för eventuell kontakt med tjänstgörande läkare vid förändrat hälsotillstånd.

6. Råd till dig som rapporterar en avvikelse

Skriv direkt ner några korta stödord och notera tidpunkter och använd detta som underlag när avvikelserapporten sedan skrivs. Avvikelse skall rapporteras i verksamhetssystemet Siebel. Beskriv så detaljerat som möjligt. Ange gärna orsaker och vad du anser kan göras för att det inte skall hända igen. Är händelsen allvarlig, kontakta omedelbart legitimerad personal och rapportera därefter avvikelsen i Siebel.

6.1 Att bedöma allvarlighetsgraden av en risk

Vid bedömning av händelsens eller riskens allvarlighetsgrad behövs en systematisk bedömning. Genom att multiplicera värdet av allvarlighetsgrad och sannolikheten för att händelsen inträffar igen erhålls allvarlighetsgraden.

Allvarlighetsgraden av det inträffade, eller risken för att det allvarliga kan inträffa, indelas i fyra olika grader av allvarlighetsgrad.

Katastrof (4) *dödsfall/själv mord, bestående stor funktionsnedsättning*

Betydande (3) *bestående måttlig funktionsnedsättning, förlängd och/eller förhöjd vårdepisod för 3 eller fler patienter*

Måttlig (2) *övergående funktionsnedsättning, förlängd och/eller förhöjd vårdepisod för 2 eller fler patienter*

Mindre (1) *obehag, obetydlig skada*

Sannolikheten för att en viss konsekvens ska inträffa indelas i fyra olika svårighetsgrader.

Mycket stor (4) *kan inträffa dagligen*

Stor (3) *kan inträffa varje vecka*

Liten (2) *kan inträffa varje månad*

Mycket liten (1) *kan inträffa 1 gång/år*

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

6.2 Riskanalys

En riskanalys kan utföras på de områden eller processer som bedöms innehålla frekventa och/eller allvarliga risker. Dessutom ska en riskanalys utföras vid väsentliga förändringar i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten, exempelvis förändringar i organisation eller då ny teknik och/eller metoder införs.

Till sin hjälp kan avsedd blankett för riskanalys användas (bilaga 2).

6.3 Händelseanalys

Allvarliga avvikelser som inträffat eller som hade kunnat ge allvarliga konsekvenser för en person, kan rekonstrueras och analyseras för att hitta de bakomliggande orsakerna genom att en händelseanalys utförs. En händelseanalys är en systematisk metod där händelsen utreds detaljerat för att ta reda på vad som hände, varför det hände och vilka åtgärder som bör vidtas för att händelsen inte ska upprepas.

Till sin hjälp kan avsedd blankett för händelseanalys användas (bilaga 3).

7. Förebyggande av vårdskada

För att eliminera risken för vårdskador är det av betydelse att redan i tidigt skede identifiera personer genom riskbedömningar, exempelvis via Senior alert. Av omvårdnadsdokumentationen ska framgå vilka risker brukaren/vårdtagaren kan vara utsatt för och vilka åtgärder som ska vidtas för att undanröja dessa.

8. MAS utredning av allvarlig avvikelse

Om en person i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ska händelsen rapporteras till tjänstgörande sjuksköterska och enhetschef för verksamheten. Enhetschef ska tillsammans med involverad legitimerad personal bedöma avvikelens allvarlighetsgrad. Vid allvarliga avvikelser ska MAS informeras i direkt anslutning till det inträffade.

Utredningen och analysarbetet hanteras i verksamheten enligt Socialstyrelsens rekommendationer och enhetschef samverkar med MAS. Gäller utredningen medicintekniska produkter ska även hjälpmedelsansvarig medverka. Berör avvikelsen andra enheters ansvarsområden eller vårdgivare ska de delges det inträffade och delta i utredningsarbetet.

Händelseförloppet och vidtagna åtgärder rapporteras skriftligt på avvikelse rapport (i avvikelsemodulen i Siebel) eller enligt överenskommelse med MAS. En mer utförlig skriftlig beskrivning av det inträffade kan efterfrågas och skall då rapporteras till MAS vid anfordran. Den skriftliga beskrivningen skall inkomma till MAS inom 2 veckor från begäran. Händelse som medfört specifika insatser för den enskilde dokumenteras även i hälso- och sjukvårdsjournalen.

8.1 lex Maria

En utredning skall genomföras då en händelse inträffat där en brukare drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada. Beslut om anmälan till IVO avgörs av MAS (befattningshavare, utsedd av socialnämnd, att ansvara för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria). Tillsammans med anmälan ska en intern utredning genomföras, innehållande händelseförlopp, omedelbart vidtagna och korrigerande åtgärder, identifierade orsaker till händelsen, riskbedömning, tänkbara konsekvenser samt genomförda och planerade åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, bifogas (bilaga 4). Dessa uppgifter begärs in av MAS från verksamheten. Anmälan ska ha kommit in till IVO inom två månader från det att händelsen inträffat.

Brukare, och vid vissa omständigheter också närstående, ska underrättas om att en händelse som medfört allvarlig skada eller sjukdom har medfört beslut om lex Maria-anmälan. Brukare skall beredas möjlighet att själv inlämna redogörelse för det inträffade.

Anmälan skickas till IVO som sedan granskar och utreder anmälan. Därefter återförs IVO's utredning med tillhörande beslut till aktuell enhet. Ett beslut kan leda till att en verksamhet får kritik för exempelvis bristande rutiner och krav på att åtgärder genomförs. Verksamheten har då att återrapportera om genomförda förbättringar med anledning av det inträffade.

IVO hanterar även ärenden där en enskild medarbetare brustit i sin yrkesutövning.

Dokument *Analys-* och *förbättrings*arbete

Huvudområde avvikelse:

Enhet/avdelning:

Datum:

Undergrupp/typ av avvikelse	Antal	Undergrupp/typ av avvikelse	Antal

Analys av

Orsaker till att ovanstående avvikelser har inträffat?	Genomförda åtgärder i det akuta skedet?

Utvecklingsarbete – Vilka långsiktiga förbättringsåtgärder har införts för att förhindra att liknande avvikelser uppstår igen?

Personer som deltagit i mötet för avvikelseråd

Risicanalys

		Allvarlighetsgrad			
		Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Katastrofal (4)
Sannolikheten för upprepande	Mycket stor (4)	4	6	12	16
	Stor (3)	3	6	9	12
	Liten (2)	2	4	6	8
	Mycket liten (1)	1	2	3	4

Identifiering av risker

Riskbeskrivning	Sannolikhet (1-4)	Allvarlighetsgrad (1-4)	Risikvärde (S x A)	Krävs åtgärd? Ja eller nej

Åtgärdsplan med riskvärde

Riskbeskrivning	Risikvärde	Åtgärder	Ansvarig	Uppföljning, datum

Händelseanalys

En händelseanalys är en systematisk metod för att utreda allvarliga händelser så att inte dessa upprepas i verksamheten. För att bedöma om en händelseanalys ska genomföras kan en beslutsmatris användas för att bedöma händelsens allvarighetsgrad och sannolikheten för att händelsen kommer att upprepas.

		Allvarlighetsgrad			
		Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Katastrofal (4)
Sannolikheten för upprepande	Mycket stor (4)	4	6	12	16
	Stor (3)	3	6	9	12
	Liten (2)	2	4	6	8
	Mycket liten (1)	1	2	3	4

Då en händelse inträffat som medfört allvarlig skada eller att en allvarlig skada skulle kunnat ha inträffat bör en händelseanalys utföras. Om händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhetens för upprepande värderas mellan **1-6** i beslutsmatrisen **avgör analysteamet** om en händelseanalys skall utföras. Om händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhetens för upprepande värderas till **8 eller mer ska en händelseanalys utföras** och de bakomliggande orsakerna identifieras. Värdet av allvarlighetsgraden multipliceras med värdet för sannolikheten för upprepande.

Händelseanalysen ger kunskap om *hur* och *varför* händelsen inträffade.

Samla in fakta – orsaker till det inträffade

Vad har hänt?
Vad berodde det på?
Varför?...Därför att...!

Åtgärdsförslag och uppföljning

Förslag till åtgärd	Datum för uppföljning Ansvarig för uppföljning

Utredning med anledning av anmälan om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada inom kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet (underlag för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg)

Medicinskt ansvarige sjuksköterska/ställföreträdarens uppgifter (utredare)

Namn	Telefon
------	---------

Anledning till utredning

(vad den anmälda allvarliga vårdskadan eller risken för allvarlig vårdskada bestod i)

När togs den muntliga eller skriftliga anmälan emot?

Vem gjorde anmälan?

När och hur upptäcktes vårdskadan eller risken för vårdskada?

Omdelbart vidtagna åtgärder vid upptäckten av vårdskada eller risk för vårdskada

UTREDNING

Beskrivning av hur utredningen gjorts, vad framkom?

Utredningens genomförande

Analys och bedömning

Åtgärder vidtagna under utredningstiden för att undanröja allvarlig vårdskada eller risken för allvarlig vårdskada

Planerade åtgärder för att förhindra allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada

Planerade åtgärder inom

Datum för uppföljning av vidtagna och planerade åtgärder _____

Har händelsen polisanmälts?

Nej Ja Datum _____

Har missförhållandet anmälts till Socialstyrelsen?

Nej Ja Datum _____

Datum

Underskrift
