

# 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

# Innehåll

<b>Innehåll</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
Termer och definitioner	4
Syfte	5
Skyldighet att rapportera	5
Skyldighet att utreda	6
Skyldighet att informera	6
Personalens delaktighet	6
Den enskildes delaktighet	6
<b>Avvikelse- och klagomålshantering</b>	<b>7</b>
Rapportera	7
Utreda	9
Bedöma	12
Åtgärda	14
Följa upp	15
Avsluta	15
<b>Återkoppling</b>	<b>15</b>
<b>Samverkan med andra</b>	<b>16</b>
Avvikelse som involverar annan enhet i kommunen	16
Avvikelse mellan Regionen och Örebro kommun	17
Avvikelse från kommunen till andra verksamheter	18
<b>Sammanställning och analys</b>	<b>18</b>
Analys på olika nivåer i organisationen	19
Egenkontroll	19
<b>Referenser och andra styrdokument</b>	<b>20</b>
<b>Bilagor</b>	<b>20</b>

## 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 att fortlöpande förbättra och utveckla 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.

## Termer och definitioner

Följande termer och definitioner gäller för riktlinjen:

### Avvikelse

Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.

### Avvikelsehantering

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

### Baspersonal

Icke legitimerad personal som utför vård, omsorg och service så som omvårdnadspersonal (vårdbiträde, undersköterskor), personliga assistenter, boendestödjare, m.fl. benämns gemensam i riktlinje som baspersonal.

### Den enskilde

Genomgående används i riktlinjen den enskilde som beskrivning av personen själv och dennes anhöriga, närstående eller rättslig företrädare.

### Egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

### 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.

### 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 (anmärkning: vårdskada innefattar såväl allvarliga som andra vårdskador).

### 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 och synpunkter

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.

Klagomål och synpunkter som direkt berör den enskilde kan komma från den enskilde själv, anhörig/närstående/rättslig ställföreträdare eller medarbetare och ska rapporteras och hanteras enligt denna riktlinje.

Klagomål ska besvaras snarast på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och utifrån den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Verksamheten ska ge en förklaring till vad som har inträffat, och när aktuellt en beskrivning av vilka åtgärder som avses att vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

#### Lokala rutiner:

Utöver denna riktlinje ska det finnas lokala rutiner för tillämpning av riktlinjen för hantering av klagomål och synpunkter som tydliggör vilka klagomål som ska hanteras i enlighet med denna riktlinje eller på andra sätt beroende på klagomålets innehåll.

## Syfte

Syftet med riktlinjen är att kvalitetssäkra hantering av händelser och klagomål/synpunkter vid rapportering, utredning och analys samt genomförande av förändringsarbete för att liknande händelser inte ska hända igen.

## 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

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

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

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 eller från läkemedelsförsäkringen
- patientnämndernas verksamhet

Informationen ska lämnas till anhörig/närstående/rättslig företrädare om den enskilde begär det eller inte själv kan ta del av informationen. Uppgift om den information som 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 beredas 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 rutiner finns för att ge den enskilde möjlighet att delta i arbetet med händelser och klagomål som inneburit något negativt för den enskilde. Att vara lyhörd och ta emot synpunkter, klagomål och redogörelser från den enskilde blir viktiga bidrag till utveckling av verksamheten.

# Avvikelse- och klagomålshantering



**Chef ansvarar för att denna riktlinje är känd och följs** av samtliga medarbetare som berörs av den.

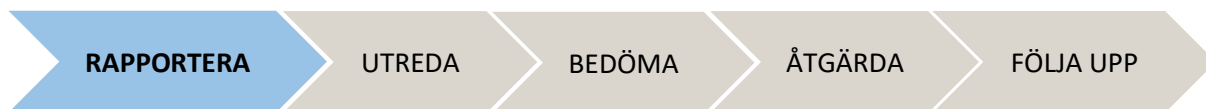
Alla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller en vårdskada och klagomål/synpunkter på att verksamheten inte uppnår kvalitet ska rapporteras och hanteras enligt följande:

**Rapportera – Utreda – Bedöma/analysera – Åtgärda – Följa upp – Avsluta.**

**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 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 (avvikelse) eller klagomål/synpunkt.

- **Avvikelse**  
Händelse som har eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller en vårdskada. Kan upptäckas av medarbetare, den enskilde, närstående eller annan.
- **Klagomål/Synpunkt**  
När den som får vård, omsorg eller service, närstående eller rättslig företrädare har lämnat klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet som påverkar den enskilde. Klagomål och synpunkter kan även komma från medarbetare.

### Område och Aktivitet

Händelser och klagomål/synpunkter ska sorteras på område och aktivitet. Syfte är att på en övergripande nivå kunna analysera trender och mönster som ett led i förbättringsarbete.

Lagrum	Område	Aktivitet	
HSL/ SoL/LSS	Fall	Fall utan skada	
		Fall med skada	
	Suicid	Suicidförsök Suicid fullbordat	
HSL	Hälso- och sjukvård	Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	
		Fördröjd hälso- och sjukvård	
		Utebliven hälso- och sjukvård	
		Journalföring	
		Munhälsa	
		Trycksår	
		Vikt förlust - ofrivillig	
		Vårdrelaterad infektion	
		Bemötande	
		Bruten sekretess	
		Tillgänglighet - Svårighet att nå personal/ledning	
		Information	Regionen – felaktig/fördröjd /utebliven information/planering
			Felaktig/fördröjd/utebliven information
	Läkemedel	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel i ordningställt, bristande hantering)	
		Ordinationsinformation – felaktig/fördröjd/utebliven	
		Utebliven behandling (glömd dos eller ej i ordningställd 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	

### 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 inträffat
- vilka var med vid det inträffade
- tidpunkt för det inträffade
- om och hur det inträffade påverkat den enskilde
- vem som lämnat klagomål om det inträffade (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 legitimerad personal eller chef

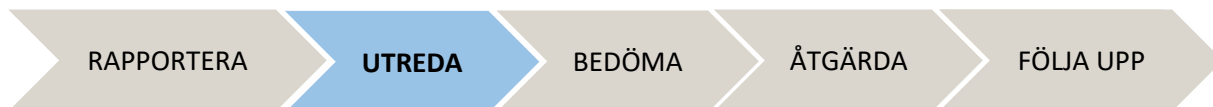


## Bevaka rapporterade händelser och klagomål/synpunkter

Chef ansvarar för att upprätta rutiner för hur inkomna avvikelser och klagomål/synpunkter ska bevakas i aktuellt avvikelssystem.

- Allvarliga händelser ska kunna tas emot muntligt dagligen av chef eller legitimerad personal.
- Legitimerad personal ska bevaka HSL avvikelser på det område hen ansvarar för regelbundet för snabb hantering för att påbörja utredning och bedömning av konsekvens för den enskilde.

## Utreda



**Chef är ansvarig för att utreda och driva arbetet med avvikelser** som berör den egna verksamheten och ska så snart som möjligt påbörja utredning.

- 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 baspersonal 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 baspersonal vid hantering av händelser och klagomål som berör delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

### Syftet med utredning

- att klargöra händelseförloppet 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 – bakomliggande orsak till det inträffade
- Konsekvens för den enskilde
- Information till berörda

### Händelseinformation

I utredningen under rubrik händelseinformation ska det framgå vad som kan ha föregått och påverkat händelsen, 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 ska bifogas som bilaga i utredningen.

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

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

**Legitimerad personal ska ta reda på och dokumentera** kompletterande information om händelsen och dess konsekvens för den enskilde när händelsen gäller hälso- och sjukvård.

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

### **Analys av händelse**

Utifrån beskrivning av insamlade fakta (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. Hänvisa till eventuella genomförandeplaner och/eller vårdplaner som finns med åtgärder – har de varit tillräckliga/otillräckliga/följts/inte följts.

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

- **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**

Utifrån insamlade fakta ska samlad analys göras av bakomliggande orsak till händelsen – varför har det hänt – på verksamhetsnivå.

**Bedöm avvikelseorsak** utifrån identifierade brister i verksamheten – exempelvis svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens, organisation, arbetssätt, rutiner, teknik, mm.

**Följande avvikelseorsaker på verksamhetsnivå ska användas:**

- Arbetssätt, rutiner och riktlinjer
- Kommunikation och information
- Kompetens och utbildning
- Omgivning och organisation
- Teknik, utrustning och apparatur

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

### Konsekvens för den enskilde

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

### Allvarlig konsekvens

#### Vid konsekvens 3 Allvarlig skada/dödsfall:

Medicinskt ansvariga ska kontaktas för bedömning och ställningstagande till fortsatt handläggning:

- **Fördjupad utredning ska göras** – Medicinskt ansvariga övertar huvudansvaret för fortsatt utredning.
- **Fördjupad utredning ska INTE göras** – Utredning fullföljs med aktuell chef som huvudansvarig.

### Vid konsekvens 3 Allvarlig missförhållande:

Socialt ansvarig samordnare eller motsvarande ska kontaktas för bedömning och ställningstagande till fortsatt handläggning:

- **Fördjupad utredning ska göras** – Socialt ansvarig samordnare eller motsvarande över huvudansvaret för fortsatt utredning.
- **Fördjupad utredning ska INTE göras** – Utredning fullföljs med aktuell chef som huvudansvarig.

**Chef fullföljer alltid stegen *Utredning* och *Bedömning*** i avvikelseprocessen oavsett fortsatt handläggning och dokumenterar under rubriken händelseinformation att medicinskt ansvariga eller socialt ansvarig samordnare är meddelade om bedömning Konsekvens 3.

### Beslut om fördjupad utredning för Treserva användare – val av åtgärd i avvikelsemodulen:

- Chef väljer åtgärd – MAS/MAR/SAS kontaktad för bedömning
- MAS/MAR/SAS väljer åtgärd – Fördjupad utredning och dokumenterar i *anteckning* w3d3 nummer för utredningen och avslutar avvikelser i verksamhetssystemet.

I Riktlinje Metod utredning vårdskada för medicinskt ansvariga och Riktlinje fördjupad utredning enligt lex Sarah för socialt ansvarig samordnare beskrivs hur en utredning går till och hur berörd enhet, chefer och personal involveras i utredningen.

### 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). Ansvar 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).

### Information till den enskilde

I utredning av händelse ska det framgå om den enskilde har informerats om att vårdskada eller missförhållande har inträffat och om hur händelsen kommer att hanteras. Det ska också dokumenteras i journalen. Om information inte kan lämnas ska det framgå i utredningen och dokumenteras i journalen och orsak ska anges.

## Bedöma



För händelse som har eller hade kunnat innebära en vårdskada eller ett missförhållande för den enskilde och analys av brister i verksamheten som orsakade händelsen ska bedömning göras av risken finns 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/  
 Katastrofal = Bestående stor funktionsnedsättning  
 (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.

### Ställningstagande om riskanalys ska genomföras

Utifrån riskvärden ska ställningstagande tas om en riskanalys ska genomföras och i vilken omfattning.

- **Riskvärden 1 – 8** – enheten ansvarar för att vidta åtgärder för att minska risk för återupprepning på individ- och verksamhetsnivå.
- **Riskvärden 9 – 16 och samtliga med allvarlighetsgrad 4** mycket hög/katastrofal – chef ska tillsammans med ledning göra en bedömning och ta ställning till att genomföra riskanalys på övergripande nivå. Åtgärd *Riskanalys* ska då väljas.

**Verksamheten ska upprätta rutiner** för hur riskvärden 9 – 16 och allvarlighetsgrad 4 ska handläggas.

### Kategorisera händelse/klagomål

För beslut om fortsatt handläggning ska händelsen kategoriseras, var det en avvikelse eller inte. Med fullständig händelseinformation som underlag och bedömning av bakomliggande orsak till det inträffade, ska händelsen bedömas om den är orsakad av brister i den egna verksamheten eller annan verksamhet eller om det inträffade var en olyckshändelse.

- **Ingen avvikelse**  
 Om händelsen inte är orsakad av brister i den egna verksamheten, hos annan verksamhet eller inte har kunnat påverkas av verksamheten är den inte att betrakta som en avvikelse. Därmed avslutas utredningen.  
*Exempel:* Alla fallhändelser ska rapporteras som en avvikelse. Ett fall kan vid utredning visa sig vara en olyckshändelse som inte hade gått att förebygga trots riskbedömning och åtgärder, dvs fallet är inte orsakat av brister i vården och omsorgen.
- **Avvikelse**  
 Om händelsen är orsakad av brister i verksamheten är det en avvikelse och åtgärder ska planeras, genomförs och följas upp.

## Åtgärda

RAPPORTERA

UTREDA

BEDÖMA

**ÅTGÄRDA**

FÖLJA UPP

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.

### Val av åtgärder

Åtgärder ska kopplas till bedömd avvikelseorsak – identifierade brister – i syfte att förbättra verksamheten. För att kunna göra övergripande analyser av valda åtgärder ska de kategoriseras enligt nedan.

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 av SAS efter ställningstagande om fördjupad utredning – egenregion. SAS antecknar w3d3 nummer i anteckning och avslutar avvikelserna
Förbättra kommunikation dokumentation	
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 vårdtagare,
Undervisning/handledning/praktisk övning	Används vid identifierad kompetensbrist, Utbildning i journalföring, strukturerad kommunikation, utbildning i HSL åtgärder,
Upprätta/revidera/implementera arbetsätt/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 arbetsätt, riktlinjer och rutiner,
Ställningstagande Riskanalys	Samtliga händelser/klagomål med riskvärden 9 – 16 och samtliga med allvarlighetsgrad 4

### Åtgärdsplan

För varje val av åtgärd enligt ovan ska beskrivning finnas dokumenterad i en åtgärdsplan av de aktiviteter som åtgärden omfattar och hur effekt av vidtagna åtgärder ska följas upp. Exempel på åtgärdsplan utifrån vilken avvikelseorsak och åtgärd man valt finns beskrivet i bilaga 1.

Använd följande rubriker för samtliga aktiviteter som ingår i en åtgärd:

Mål – vad ska uppnås

Aktiviteter – vad ska genomföras

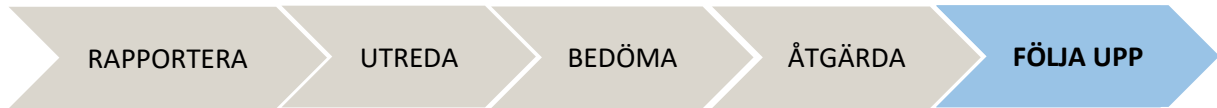
Tidsplan – när ska det genomföras, start, slut,

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.

## Följa upp



Uppföljning av åtgärder kan göras först när det gått en tid, beroende på åtgärd, för att kunna utvärdera om åtgärden haft avsedd effekt. När uppföljning ska göras och hur 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.
- Besvara frågan om åtgärderna har lett till en förändring som är en förbättring eller inte.
- **Ta ställning till om åtgärden gav:**
  - förbättrad effekt
  - ingen effekt (problemen kvarstår),
  - försämrad effekt (åtgärden ledde till nya brister)
  - går ej att bedöma.

### Dokumentera uppföljning av åtgärder

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

## Avsluta

För händelser eller klagomål som bedöms som *Ingen avvikelse* avslutas processen. För bedömda *Avvikelser* ska samtliga steg i avvikelse- och klagomålshanteringen slutföras innan avvikelsen avslutas.

## Återkoppling

**Ansvarig chef har huvudansvar** för avvikelse- och klagomålshanteringen. Återkoppling av händelser och klagomål, utredning, vidtagna åtgärder och resultat av vidtagna åtgärder ska göras till verksamheten och är en förutsättning för att skapa ett lärande i organisationen – systematiskt kvalitetsarbete.

Återkoppling ska göras på olika nivåer och på olika sätt utifrån vem som är mottagare av informationen:

- den enskilde
- rapportör, involverad personal, övriga medarbetare
- verksamhetschef, ledning
- medicinskt ansvariga, socialt ansvarig samordnare eller motsvarande funktion
- nämnd

**Verksamheten ska upprätta rutiner för hur återkoppling av avvikelser- och klagomålshantering ska gå till.**

Återrapportering ska innehålla sammanställning av:

- Händelser
- Avvikelseorsak
- Åtgärder – för att förhindra att det händer igen
- Uppföljning – har det blivit bättre

## 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 baspersonal hanteras av chef för baspersonal

- När chef för baspersonal analyserar en händelse och brist gäller hälso- och sjukvårds ansvar som åligger legitimerad personal ska chef för legitimerad personal involveras
- När chef för baspersonal 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 baspersonal 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

#### Rutiner för samverkan vid avvikelser- och klagomålshantering

**Lokala rutiner:**

Samtliga enheter ska upprätta lokala rutiner **för samverkan vid avvikelshantering** när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i en händelse och utredning.



## Avvikelse mellan Örebro kommun och Regionen

Slutenvård, öppenvård och primärvården i närsvjukvårdsområde Örebro, psykiatri i Örebro samt Örebro kommun har tillsammans utarbetat en gemensam rutin för att informera varandra när en brist i vårdkedjan inträffat.

Syftet är att på övergripande nivå arbeta gemensamt med förbättrande åtgärder vad gäller vårdens övergångar.

### Från utförare i kommunen till Region Örebro län

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 händelseinformation 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 – ärendenummer.  
*exempel:* Avvikelse 88888 till USÖ avd 88 xx/xxx  
*extern utförare* – görs av programnämnd social välfärd, se punkt 4 nedan
3. **skriver ett följebrev** – använd mall *Följebrev Avvikelse till Region Örebro län* (bilaga 2)
4. **skickar utskrift av avvikelsen och följebrev** till Centrala diariet Region Örebro län  
*extern utförare* – ska också e-posta följebrevet till [social.valfard@orebro.se](mailto:social.valfard@orebro.se) som diarieför ärendet
5. Återkoppling från regionen skickas av centrala diariet till Social välfärd och läggs in i ärendet.  
*egenregion* – meddelas via w3d3  
*extern utförare* – meddelas av medicinskt ansvarig
6. **tar del av svar** och tar ställning till om behov finns av vidare samverkan och utredning och återkopplar till rapportör
7. **avslutar ärendet**  
*egenregion* – i w3d3  
*extern utförare* – medicinskt ansvarig 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 Central diariet inom 2 månader till Programnämnd Social välfärd. Svar diarieförs i upprättat ärende och rapporterade enhet meddelas via diariet eller via post.

### Från Region Örebro län till kommunen

Avvikelse från Region Örebro län adresseras till Programnämnd Social Välfärd. 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 alternativ kan bli aktuella:

**1. Medicinskt ansvarig fullföljer utredning** i dialog med berörd enhet.

Utskrift av utredning och följebrev skickas till Centrala diariet i regionen.  
Berörd enheten får utredningen för kännedom, åtgärder vidtas och följs upp.

**2. Chef fullföljer utredningen** i dialog med berörda, använder mall *Utredning avvikelse* (bilaga 3) och mall *Följebrev svar på inkommen avvikelse* (bilaga 4)

- **skickar** utskrift av utredning och följebrev till Centrala diariet Region Örebro län  
*egenregion* – lägger in handlingar i upprättat ärende i diariet (W3D3)  
*extern utförare* – skickar också kopia av utredning och följebrevet till Social välfärd som lägger in i ärendet i diariet (SoV)
- **återkopplar utredning** till medicinskt ansvariga eller socialt ansvarig samordnare, beroende på lagrum,
- **avslutar ärendet**  
*egenregion* – i w3d3  
*extern utförare* – medicinskt ansvarig avslutar ärendet i diariet

**3. Socialt ansvarig samordnare (SAS) fullföljer utredningen** i dialog med berörd enhet.

Utskrift av utredning och följebrev skickas till Centrala diariet regionen.  
Berörd enheten får utredningen för kännedom, åtgärder vidtas och följs upp.

**Adress till Region Örebro läns centrala diarium:**

Centrala diariet  
Box 1613  
701 16 Örebro

**Adress till Kommunens diarium:**

Programnämnd Social välfärd  
Box 30 000  
701 35 Örebro  
[social.valfard@orebro.se](mailto:social.valfard@orebro.se)

## 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 avvikelsesystem.

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

## Sammanställning och analys

En verksamhets systematiska förbättringsarbetet ska bestå av *riskanalys*, *egenkontroll* och *hantering av avvikelser*<sup>1</sup>.

**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 avvikelsetyperna?

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.

## Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

### Egenkontroll innebär:

- att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat
- att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet
- att egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet

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](http://orebre.se).

## Referenser och andra styrdokument

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

Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-53>

HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete;  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-5-24>

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/>

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

Risicanalys och Händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten; SKL  
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-237-9.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah;  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-5-23>

Socialstyrelsens webbsida om Patientsäkerhetslagen:  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/patientsakerhetslagen>

Socialstyrelsen – Samlat stöd för patientsäkerhet  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsens Handbok – Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Riktlinje Metod utredning vårdskada för medicinskt ansvariga

Riktlinje Avvikelser i vårdkedjan mellan Region Öre ro län och Örebro kommun

## Bilagor

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

Bilaga 2: Mall Följebrev: Avvikelse till Region Örebro län

Bilaga 3: Mall Följebrev: Återkoppling på avvikelse från Region Örebro län

Bilaga 4: Mall Utredning av avvikelse från Region Örebro län