



MAS övergripande rutiner

Risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Denna riktlinje behandlar endast risker och avvikelser i hälso- och sjukvården och gäller inte andra typer av avvikelser.

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att tydliggöra den reglering som finns kring risk- och avvikelshantering samt att styra den lokala hanteringen av detta för att stärka kvalitet och säkerhet för patienten.

Syftet med risk och avvikelshantering är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Allmänt om risker och avvikelser inom hälso- och sjukvård

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering. Riktlinjen för risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård har sin utgångspunkt i Patientsäkerhetslagen, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, HSLF-FS Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Riskhantering

- Hälso- och sjukvård är en verksamhet med stora risker. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga.
- För att skapa en hög säkerhet krävs att man identifierar risker för att förhindra vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, vilket bl.a. innebär en skyldighet att rapportera risker för vårdskador.
- En systematisk riskhantering innebär dels att man i det dagliga arbetet är uppmärksam på riskfaktorer i verksamheten dels att man vid planeringen av förändringar av verksamheten gör riskanalyser innan förändringarna införs och därefter modifierar de förändringar man avser göra så att de inte innebär nya risker. (Se vidare nedan om lokal riskanalys.)

Avvikelsehantering

En systematisk avvikelshantering innebär att man rapporterar avvikelser systematiskt och efter analys av inträffade avvikelser identifierar och åtgärdar bakomliggande orsaker i syfte att förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Man utvärderar åtgärdernas

effekt och sammanställer och återför erfarenheterna till medarbetare verksamheten.

Avvikelseberättelse ger möjlighet för verksamhetschef, MAS och medarbetarna att få kontroll över hur många och vilka typer av avvikelser som förekommer i verksamheten. Det är en förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas.

Fokus ligger på den händelse och den eventuella risk för vårdskada alt. vårdskada som en boende drabbats av eller skulle kunna ha drabbats av och de orsaker som ligger bakom händelsen. Fokus ligger således inte på den person som varit inblandad i avvikelserna utan på hur det kom sig att händelsen inträffade. (Se vidare nedan om lokal händelseanalys.)

Ansvar för kvalitet och säkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Vidare regleras i HSL att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Tydliga instruktioner om detta finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I 5:e kapitlet om systematiskt förbättringsarbete tas särskilt upp riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processerna och rutinerna.

- ⤴ Gemensamt för alla typer av avvikelser är att lämpliga åtgärder måste vidtas i samband med händelsen. Den ansvariga sjuksköterskan ska göra en första bedömning av det inträffade och vidta erforderliga åtgärder som krävs utifrån den händelse som inträffat samt den enskildes behov och befintliga hälsotillstånd.
- ⤴ Avvikelsen och ev. åtgärder samt den boendes hälsotillstånd ska även dokumenteras i journalen.

Skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att
 - så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt

- ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.
- ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård- och omsorg - IVO

Vårdgivaren har enligt gällande delegationsordning lagt ansvaret på kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och lämna in den utredning som gjorts av händelsen.

Var god läs i MAS riktlinjer för anmälan enligt lex Maria.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

MAS/ ansvar

MAS ansvarar för

- ✧ att boende får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- ✧ att riktlinjer upprättas och årliga sammanställningar görs över rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården.
- ✧ att genomföra utredningar då allvarliga avvikelser för att kunna göra en bedömning om avvikelserna ska hanteras i det lokala systemet för avvikelshantering eller om avvikelserna ska anmälas till Socialstyrelsen enligt lex Maria.
- ✧ att inspirera och ge stöd i det förebyggande arbetet, vid riskanalyser och händelseanalyser
- ✧ att initiera och genomföra utredningar i samverkan med personal i

verksamheten vid risk för vårdskada eller allvarlig vårdskada

- ⚡ att fortlöpande ta del av rapporterade avvikelser och vid behov påkalla förbättringsåtgärder för att patientsäkerheten ska vara god.
- ⚡ att fortlöpande göra uppföljningar att denna riktlinje och lokala rutiner efterlevs i verksamheten.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren och följer vårdgivarens direktiv och MAS riktlinjer om patientsäkerhetsarbete, inklusive riskhantering och avvikelshantering.

Verksamhetschefen ansvarar vidare för:

- att det inom ramen för ledningssystemet finns lokala rutiner och/eller hänvisning till riktlinjer från MAS för rapportering av risker och avvikelser
- att dessa riktlinjer och lokala rutiner är kända och efterlevs av personalen
- att det finns ett kvalitetsforum där medarbetare och chef/chefer regelbundet följer upp samtliga avvikelserapporter i syfte att identifiera och analysera risker, samt för att initiera ytterligare förbättringsåtgärder i verksamheten
- att det finns rutiner för analys av risker och händelser samt handläggning och uppföljning av avvikelser. Rutinerna ska vara integrerade i det dagliga arbetet.
- att MAS informeras snarast då allvarlig avvikelse eller fallskada inträffat i verksamheten.
- Att medarbetare inom HSL får en återkoppling av analyser och åtgärder relaterat till de HSL avvikelser som behandlas och utretts.
- Verksamhetschef ansvarar ytterst för att avvikelser tas om hand, handläggs och utvärderas samt att fortlöpande förbättringsarbete sker utifrån de analyser som blir genomförda

Lokala rutiner/processbeskrivning

Av de lokala rutinerna ska framgå en tydlig processbeskrivning kring förloppet genom hela avvikelse processen från det att en avvikelse inträffar, genom handläggning fram tills dess att avvikelsen är handlagd helt och hållet och ska avslutas.

Det ska också finnas en ansvarsfördelning i processbeskrivningen så att samtliga yrkeskategorier väl känner till sitt ansvar samt hur samverkan ska ske internt men också externt.

Verksamhetschef alt. sjuksköterska med ansvar för enskilt ledningsuppdrag ska slutgiltigt godkänna och slutföra avvikelsen när denne har utvärderat effekten av de

vidtagna åtgärderna. Då MAS initierar en utredning gör MAS bedömningen när en avvikelse kan slutföras.

Arbetsterapeut och sjukgymnast

ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser
- att ansvara för att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder för att minska risken att avvikelsen uppstår på nytt.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal.
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelshantering

Samtliga sjuksköterskor

ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser
- att ansvara för att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder i akut skede dvs. då avvikelsen inträffat för att minska risken att avvikelsen uppstår på nytt. De akuta åtgärderna som vidtas ska dokumenteras i avvikelserapporten samt i den boendes journal.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal.
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelshantering

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser

- att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder i akut skede dvs. då avvikelser inträffat för att minska risken att avvikelser uppstår på nytt. De akuta åtgärderna som vidtas ska dokumenteras i avvikelserapporten samt i den boendes journal.
- att då avvikelser inträffat inom sjuksköterskans ansvars och kompetens område t.ex. läkemedelsavvikelse kvällen innan ska den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan fortsätta handläggningen snarast.
- att inom en vecka ska handläggningen kring den boende vara utförd av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelshantering

Vem ska rapportera?

Den som upptäcker en risk eller upptäcker att en avvikelse inträffat ska alltid kontakta ansvarig sjuksköterska och informera denne om vad som hänt samt rapportera avvikelser i DF respons eller enligt system för verksamheten (privata vårdgivare).

När avvikelserapporten är gjord ska löpnummer på avvikesnumret i DF respons rapporten antecknas i omvårdnadsjournalen

Ansvarig sjuksköterska i tjänst ansvarar för att bedöma avvikelserna samt dokumentera det som inträffat i omvårdnadsjournalen samt gå in i DF respons och komplettera avvikelserapporten med vilka akuta åtgärder som är vidtagna.

Avvikelser som inträffar under sjuksköterskans arbetspass ska rapporteras vidare till nästa sjuksköterska i tjänst.

Avvikelser som har uppstått hos andra vårdgivare

Om en upptäckt görs att avvikelse skett hos annan utförare skrivs rapporten i DF respons. Var god se under "utse utredare" i DF respons

Ej Värmdö kommuns ansvar

- Värmdö kommun ansvarar inte för detta ärende. Ärendet ska skickas till ansvarig organisation och avslutas sedan.

Skriv ut avvikelserna och skicka denna till ansvarig verksamhetschef på kliniken hos vårdgivaren där avvikelserna uppstod.

Vad ska rapporteras?

Risker

Rapportera risker som upptäcks i verksamheten, som t.ex.

- trasiga bromsar på gånghjälpmedel
- att läkemedelshantering inte sker i lugn och ostörd miljö
- arbetsorganisation som gör att man inte hinner dokumentera
- att journalsystemet är instabilt och ofta havererar
- att det saknas rutiner för kontroll av antidecubitusmadrasser
- att det saknas rutiner för kontroll av att däck i rullstolar är välfyllda så att bromsarna fungerar
- brister i rutiner för att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder
- risk för smittspridning

Händelser

Rapportera alla avvikelser som medfört eller kunnat medföra att boende utsatts för en vårdskada.

Exempel på händelser som ska rapporteras:

Läkemedelsavvikelser

Ordination

- om det t.ex. saknas uppgift om styrka, dosering eller administrationssätt eller om ordinationen är svårsläslig
- om det saknas indikation, d.v.s. om det inte framgår varför patienten ordinerats läkemedlet och om det är ordinerat vid-behov på vilka indikationer -i vilka situationer - läkemedlet får användas

Iordningställande

- felexpedierat från apotek
- feldelat i dosett eller Apodos
- ej signerat delad dosett på signeringslista för dosettindelning
- bristande märkning av dosett (Namn, personnummer, innehåll och sjuksköterskans signatur)

Överlämnande

- fel tidpunkt för överlämnande

- förväxling av boende
- fel läkemedel överlämnat
- fel dos överlämnad
- fel sätt att överlämna (fel administreringsätt) Om t.ex. en boende uppmanats svälja ett läkemedel avsett för att läggas under tungan.
- utebliven dos

Signering

- signering saknas
- signerat, men ej överlämnat

Avvikelser som rör hälso- och sjukvård men inte berör läkemedel

- fallincidenter och fallskador (se vidare i särskilda riktlinjer ang. fallskador)
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering
- utebliven omvårdnad
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till en patient eller närstående
- felaktig otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal vid behandlande eller mottagande vårdenhet
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem
- felaktig eller utebliven dokumentation
- smittspridning; vårdrelaterade infektioner
- vårdrelaterade infektioner som gett upphov till att patient avlidit eller allvarligt skadats
- tidigare okända skador eller risker vid vanliga metoder eller rutiner
- skador som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter
- handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling
- andra allvarliga tillstånd som påverkat patientens livsföring.
- återkommande liknande avvikelser som var för sig inte kan betraktas vara allvarliga men sammantagna betraktas som allvarliga
- alla andra handlingar som medfört eller kunnat medföra att patienten avlidit eller åsamkats livshotande tillstånd, svår kroppsskada, svår sjukdom eller väsentlig funktionsnedsättning
- även andra tillstånd får betraktas som allvarliga om de påverkat patientens livsföring. Hit hör även patientens upplevelse av starkt obehag efter en oväntad avvikelse

Medicintekniska produkter

Då en medicinteknisk produkt varit inblandad i en avvikelse som ledde till eller hade kunnat leda till en allvarlig vårdskada behöver det av rapporten framgå om avvikelsen berodde på *felaktig användning, felaktigt underhåll* eller om det var *fel på själva produkten*. Det måste också framgå om den inblandade produkten var *egentillverkad* (t.ex. en ortos). Observera att även sjukhussängar och t.ex. duschstolar etc. definieras som medicintekniska produkter. Produkter som varit inblandade i en avvikelse bör tas tillvara för att möjliggöra en undersökning. Särskilt viktigt är detta för engångsprodukter.

Hur ska rapporteringen ske?

Alla identifierade risker och avvikelser ska dokumenteras enligt denna riktlinje och verksamhetens processbeskrivning för avvikelsehantering

Om avvikelsen medfört eller hade kunnat medföra vårdskada t.ex. om händelsen lett till aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhets ska verksamhetschefen, alt. sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag inom avvikelsehantering omedelbart informera MAS om händelsen.

Till hjälp i det lokala analysarbetet, som verksamhetschefen ansvarar för, finns en hel del litteratur. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har inom ramen för "nationell satsning för ökad patientsäkerhet" under 2011 givit ut "Säkrare vård och omsorg, Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete. SKL har även inom ramen för denna satsning givit ut häften om åtgärder för att förebygga olika vårdskador. Även SLL har tagit fram användbart material i form av regionala vårdprogram för fallprevention, nutrition och prevention och behandling av trycksår. Förutom rena handböcker finns fördjupande litteratur som ökar kunskaper och förståelse för ämnet.

Risikanalys – ett sätt att förebygga avvikelser

Riskhantering innebär att man arbetar proaktivt. För att förebygga avvikelser är det viktigt att göra riskanalyser *innan* man genomför förändringar inom verksamheten. Det innebär att man går igenom den tänkta förändringen systematiskt för att se vilka konsekvenser olika delar i förändringen kan få för den enskilde. Man kan efter risikanalysen behöva göra ändringar i den tänkta förändringen så att det inte uppstår nya risker.

Då en person flyttar in på ett särskilt boende eller börjar delta i dagverksamhet ska man ta ställning till risker som finns för den enskilde. Det gäller t.ex. risk för att falla, risk för felnäring, risk för att få sår och risk för vårdrelaterade infektioner.

Så snart någon upptäcker en risk i verksamheten ska denna rapportera risken enligt lokala rutiner för detta. Då blir det möjligt att analysera, reagera och vidta åtgärder för att eliminera risken eller för att begränsa effekterna av risken.

Om det finns tveksamheter om vilken behandling, träning eller vilket omhändertagande som är lämpligt för en enskild person kan en riskanalys även

användas för att ta reda på vilka risker olika alternativ kan medföra.

Händelseanalys

En av de viktiga delarna med avvikelshantering är att analysera hur händelsen uppkommit. För varje avvikelse ska man göra någon form av *Händelseanalys*. En sådan analys har olika omfattning beroende på avvikelstens art. Vid allvariga avvikelser leder MAS arbetet med händelseanalys.

Analysen ska utgå ifrån orsakssamband mellan människa teknik och organisation (MTO). Det har visat sig att "felhandlingar" ofta sker i ett sammanhang där hela situationen behöver analyseras. Orsaker till en avvikelse är ofta kopplade till teknik eller organisatoriska och administrativa brister. Det är viktigt att hitta och förstå bakomliggande orsaker.

Analysen ska alltid leda till beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärderna kan handla om både förändringar i insatser för en enskild och förändringar av arbetssätt, rutiner eller av organisationen i verksamheten. Beslutade och genomförda åtgärder ska följas upp för att ge besked om de har haft avsedd effekt. Datum och ansvarig för uppföljning ska dokumenteras i åtgärdsanalysen. Resultatet av uppföljningen ska också dokumenteras.

Det ska anges om de vidtagna åtgärderna haft mycket god effekt, god effekt eller mindre god effekt.

Skulle de vidtagna åtgärderna haft mindre god effekt behöver en ny orsaksanalys göras med hänvisning till ev. ytterligare åtgärder som ska vidtas.

Definition på vårdskada

Ur Patientsäkerhetslag (2010:659)

- 1 Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
- 2 Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.
- 3 Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.
- 4 Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdskador som inte är allvarliga (HSLF-FS 2017:40)

En utredning av vårdskador som inte är allvarliga ska innehålla:

- Uppgifter om händelsen samt analysen och bedömningen av den
- Uppgifter om hur kunskap om händelsen och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet och
- De andra uppgifter som behövs för att bidra till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Utredningen ska vidare innehålla uppgifter om de åtgärder som planerats med anledning av händelsen samt när de ska vidtas. Om händelsen inte föranlett någon åtgärd ska skälen till det anges

Allvarliga vårdskador (HSLF-FS 2017:40)

En utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska innehålla uppgifter om

- Händelseförloppet
- När och var den inträffade, uppmärksammades och rapporterades
- Vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienten och
- Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen
- Utredningen ska vidare innehålla uppgifter om
- Vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen eller för att begränsa effekterna av en händelse som inte helt går att förhindra
- Vem eller vilka som ansvarar för att åtgärderna vidtas
- När åtgärderna enligt plan ska vara vidtagna
- Vem eller vilka som ansvarar för uppföljningen av åtgärderna
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande

och ökad patientsäkerhet

Regelbundna sammanställningar

Vid enheten ska periodens (månadens) risker och avvikelser vara föremål för en genomgång en gång per månad och återförs till personalgruppen. Vid genomgången sammanställs gjorda analyser av händelserna. Samband människa, teknik och organisation (MTO) ska beaktas i sammanställningen. Här ska även diskuteras vilka ev. ytterligare åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärder som behöver vidtas kan gälla omvårdnadsåtgärder som ändring av arbetssätt, rutiner eller av hur verksamheten organiseras. Protokoll/minnesanteckningar från kvalitetsrådsmöten skicka till MAS en gång per månad.

Anmälan till myndighet

Vårdgivaren ansvarar för att händelser som lett till eller hade kunnat leda till *allvarlig vårdskada*, anmäls till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Tillsammans med anmälan ska den utredning som gjorts av händelsen bifogas.

Om en händelse där en medicinteknisk produkt varit inblandad har lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada ska anmälan göras av MAS.

För information om hur processen sker i samband med utredning och anmälan sker, v.g. se MAS riktlinje för anmälan enligt lex Maria.

Ann-Christin Nordström

MAS