



Rutin för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Datum	Version	Utfärdad av (ansvarig)	Enhet/verksamhet	Lagringsplats	Gäller för	Uppföljning (av vem, hur ofta)
170628	1	Carina Arvidsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska Marie Jarnelid Socialt ansvarig samordnare	Social verksamhet	239/2017	Enhetschef, legitimerad personal, socialsekreterare och baspersonal	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Socialt ansvarig samordnare ärligen

Process

Hantera avvikelser

Bakgrund

Vårdskada

Enligt Patientsäkerhetslagen 6 kap 4 § är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador/missförhållanden samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen(2010:659) lidande, kroppsligt eller psykiskt skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Missförhållande

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i 14 kap. 3 § Socialtjänstlagen och 24 b § lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska anställda med flera genast rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten

Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av 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.

Med påtaglig risk för ett missförhållande avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Hur/Genomförande

All personal bidrar till kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att rapportera in händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada/missförhållanden



En händelse kan avse t.ex. en eller flera vidtagna åtgärder, underlåtenhet att vidta en eller flera åtgärder, brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation, brister som kan relateras till verksamheten eller tillfälliga omständigheter som sammanfaller och påverkar patienten/brukaren negativt.

- Utredning startas av legitimerad personal och/eller enhetschef. Utredningen anpassas efter händelsens karaktär.
- Händelser med vårdskador/missförhållanden som inte är allvarliga utreds av enhetschef och graderas enligt särskild skala(4 nivåer) till nivå 1-2.
- Utredning på nivå 1-2 ska innehålla uppgifter om händelsen samt analys och bedömning.
- Den ska också innehålla uppgifter om hur kunskap om händelsen och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad kvalitets- och patientsäkerhet. Åtgärder som planeras med anledning av händelsen samt när de ska vidtas ska dokumenteras. Om händelsen inte har resulterat i någon åtgärd, ska skälen till det anges.
- Händelser med allvarliga vårdskador/missförhållanden nivå 3-4 skickas vidare till Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/Socialt ansvarig samordnare (SAS) för vidare utredning.
- Utredning på nivå 3-4 ska innehålla uppgifter om händelseförloppet, när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades. Vilka konsekvenser som händelsen medfört eller hade kunnat medföra för patient/brukare och vårdgivarens/verksamhetens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen.
- Utredningen ska 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 tidplan ska vara vidtagna, vem eller vilka som ansvarar för uppföljningen av åtgärderna och hur all personal har informerats eller ska informeras om analysen och bedömningen av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad kvalitets- och patientsäkerhet.
- Utredningen ska också innehålla patientens/brukarens beskrivning och upplevelse av händelsen. Om hen inte kan eller vill ska närstående erbjudas att delta om det inte finns hinder enligt sekretessbestämmelsen.

Alla utredningar ska bidra till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren/verksamheten ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt föreskriften HSLF-FS 2017:41 händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) och SOSFS 2011:5 (Lex Sarah).



Vårdgivaren/verksamheten ska snarast informera den drabbade av en allvarlig vårdskada/ett allvarligt missförhållanden (nivå 4) att en anmälan har gjorts till IVO och meddela när IVO lämnat beslut i ärendet.

Referensdokument

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

Patientsäkerhetslagen 2010:659

HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrift om anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Socialtjänstlagen 2001:453

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 1993:387

SOSFS 2011:5 (Lex Sarah)