

2024-01-08

Riktlinjer för risk- och avvikelshantering

Omsorgsnämnden 23/064

Äldreomsorgsnämnden 23/088

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Syftet med avvikelshantering	3
Avgränsning:.....	3
3. Avvikelsehantering	4
Synpunkter och klagomål	4
Avvikelse	4
Missförhållande enligt Lex Sarah.....	4
Detta rapporteras enligt Lex Sarah	5
Risk och avvikelse i hälso- och sjukvården	5
Detta rapporteras som risk och avvikelse i hälso- och sjukvården.....	6
4. Rapporteringsskyldighet	7
5. Process - hantering av synpunkter och klagomål	8
6. Processbeskrivning avvikelshantering	9
Processbeskrivning av missförhållande/vårdskada	10
Utredningsprocess Lex Sarah	10
7. Missförhållande i enskild verksamhet	11
Referenser	11

1. Inledning

Avvikelsehantering är en del av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Syftet är att verksamheterna ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Att komma till rätta med brister i verksamheten genom att till exempel förbättra processer och rutiner minskar risken för nya avvikelser och ökar därmed kvaliteten för den enskilde.

Riktlinje för risk- och avvikelsehantering i Södertälje kommun omfattar på ett övergripande plan all risk- och avvikelsehantering inom socialtjänsten (2001:453, SoL), hälso- och sjukvårdens (2017:30, HSL) område samt verksamheter inom lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387, LSS).

Avvikelsehanteringen innefattar hantering av:

- Synpunkter och klagomål
- Risk och avvikelser
- Missförhållanden enligt Lex Sarah
- Risk, tillbud negativ händelse Hälso- och sjukvård.

2. Syftet med avvikelsehantering

Arbetet med avvikelserapportering är en del av organisationens kvalitetsarbete som ska leda till förbättringar.

Syftet med avvikelserapportering är att identifiera risker, dokumentera och rapportera negativa händelser, fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt samt sammanställa och återföra erfarenheterna. Genom att hantera synpunkter, klagomål, risker och avvikelser minskar risken för att det inträffar missförhållanden och vårdskador.

Avgränsning:

Riktlinjerna omfattar hanteringen kring avvikelser och missförhållanden enligt HSL, SoL och LSS samt patientsäkerhetslagen.

Syftet med risk- och avvikelsehantering samt bestämmelserna om lex Sarah är att rätta till avvikelser som har drabbat eller kan drabba enskilda. Hanteringen av avvikelser samt missförhållanden avser inte att lösa arbetsmiljöproblem, samarbetsproblem i en arbetsgrupp eller med andra verksamheter.

Arbetsmiljöärenden rapporteras i KIA – kommunens system för att registrera arbetsskador, tillbud och riskobservationer.

3. Avvikelsehantering

Synpunkter och klagomål

Verksamheten är skyldig att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från exempelvis brukare, patienter och anhöriga.

Varje verksamhet ska ha en rutin som tydliggör verksamhetens arbete med synpunkter och klagomålshantering. Arbets sättet ska vara känt bland medarbetarna. Det ska även vara tydligt uttalat hur den enskilde går tillväga för att framföra synpunkter och klagomål.

Vidare ska varje verksamhet återkoppla till den som lämnat in synpunkter och klagomål samt även redovisa för antalet som inkommit under året. Verksamheten ska återkoppla hur man arbetat med förbättringar i den egna verksamheten utifrån inkomna synpunkter och klagomål.

Avvikelse

En avvikelse är en händelse i den egna verksamheten som medfört något oönskat eller som skulle ha kunnat medföra något oönskat.

Avvikelse rapporteras av personal, så fort den uppkommer eller blir känd.

Den chef som är ansvarig för resultatenheten där händelsen inträffat ansvarar för att avvikelsen utreds på enheten. Ansvarig chef ansvarar även för att åtgärder kopplade till avvikelser som uppkommer genomförs.

Missförhållande enligt Lex Sarah

"...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 en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande". Handbok för tillämpning av bestämmelser om Lex Sarah, Socialstyrelsen.

Missförhållande avser en avvikelse av allvarigare art och rapporteras av personal genom avvikelsehanteringssystemet DF respons.

Missförhållande avser händelse som har, eller har kunnat drabba enskild och bedöms medföra konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Upprepade händelser som var för sig inte behöver vara missförhållanden kan tillsammans utgöra ett missförhållande som ska hanteras enligt lex Sarah.

Påtaglig risk för missförhållande avser att det är frågan om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Allvarligt missförhållande innebär att konsekvenserna för individen det drabbar är av mer allvarlig grad.

Påtaglig risk för allvarligt missförhållande avser uppenbar och konkret risk att det kan ske ett missförhållande av mer bestående eller allvarlig grad.

Dessa händelser utreds enligt Lex Sarah av utredare på omsorgskontorets stab.

Allvarligt missförhållande samt risk för allvarligt missförhållande rapporteras även vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid beslut om Lex Sarah anmälan till IVO ska ärendet diarieföras.

Detta rapporteras enligt Lex Sarah

- Fysiska övergrepp
- Sexuella övergrepp
- Psykiska övergrepp
- Brister i bemötande
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande
- Brister i utförande av insatser, (felaktigt utförda eller inte utförda alls)
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik
- Ekonomiska övergrepp

Risk och avvikelse i hälso- och sjukvården

Risk innebär möjlighet att negativ händelse ska inträffa.

Tillbud är en händelse som hade kunnat medföra något oönskat.

Negativ händelse är en händelse som medfört något oönskat. Dessa händelser utreds av chef inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada¹.

Syftet med utredningen ska vara att:

1. Så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det.
2. 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. (Patientsäkerhetslagen 3 kap 3 §.)

Lex Maria baseras på bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659). Befattningshavare Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) har fått delegering för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria gentemot IVO. Lagen innebär att kommuner ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada, det vill säga en skada som hade kunnat undvikas. Med vårdskada avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

¹ Riktlinje för kommunal hälso- och sjukvård. Rapportering av risker och vårdavvikelse kapitel 5.

Detta rapporteras som risk och avvikelse i hälso- och sjukvården

Exempel på händelsetyper som ska rapporteras:

- Negativ händelse där personskada har uppkommit
- Tillbud och risker där personskada skulle kunna uppstå
- Fallolyckor och fallskador
- Olika typer av förväxlingar (läkemedel, dokumentation, identitet etc)
- Bristande bemötande
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Våld och övergrepp (psykiskt, fysiskt, mellan olika boenden)
- Brister i eller felaktig läkemedelshantering
- Brister i vården/omvårdnad
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning, vård, behandling
- Felaktig, otillräcklig, avsaknad av eller vilseledande instruktion, information eller dokumentation.
- Utebliven vård och behandling
- Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem.
- Brister i eller avsaknad av rapportering och / eller dokumentation
- Bristande eller otillräckliga resurser (till exempel kompetens, bemanning, lokaler, utrustning)
- Vårdrelaterade infektioner
- Brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdenheter, organisationer och huvudmän

4. Rapporteringsskyldighet

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller verksamheter enligt LSS eller HSL ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelas med stöd av sådana föreskrifter.

Det betyder att all personal är skyldig att uppmärksamma och rapportera brister i verksamheten. Missförhållanden och risker ska genast rapporteras som rör person som får insats eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten. Rapporteringsskyldigheten omfattar enbart den egna verksamheten då möjligheter att utföra förbättringsåtgärder i en verksamhet som inte är ens egen är begränsad. Den yttersta gränsen för den egna verksamheten går vid den verksamhet som lyder under samma nämnd. I vissa fall kan det även vara aktuellt att rapportera inom flera lagrum (exempelvis vid delegering av läkemedel till undersköterska inom vård- och omsorgsboende som både arbetar inom HSL och SoL). Bristerna ska dokumenteras i verksamhetens dokumentationssystem. Ansvarig chef ska informera de som fullgör uppgifter inom dennes ansvarsområde om rutin för avvikelshantering och deras rapporteringsskyldighet när deras anställning eller uppdrag påbörjas. Information ska därefter ges återkommande minst en gång per år.

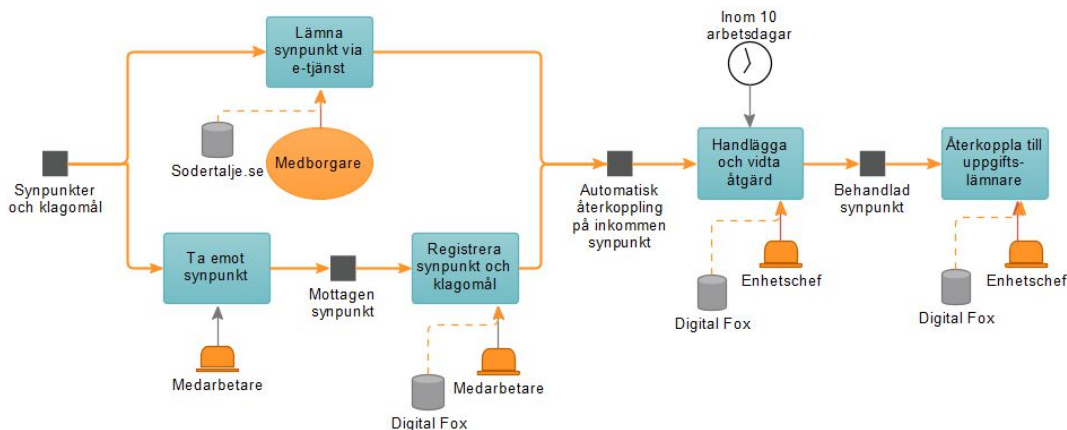
De som fullgör arbetsuppgifter som omfattas av rapporteringsskyldigheten är:

- Anställda
- Uppdragstagare (anställda vid bemanningsföretag, kontaktperson, ledsagare)
- Praktikanter eller motsvarande under utbildning
- Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program via Arbetsförmedlingen

De som inte omfattas av rapporteringsskyldigheten är:

- Frivilligarbetare
- Förtroendevalda
- Familjehemsföräldrar (handläggare i ärendet är rapporteringsskyldig)
- God man och förvaltare
- Personligt ombud

5. Process - hantering av synpunkter och klagomål



Enskilda personer eller närstående till personer med beviljade vård- och omsorgsinsatser i Södertälje kommun har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål till omsorgskontoret. Varje enhet som ger insatser till enskilda personer ska tydligt kommunicera hur det går till i en rutin. Skriftliga synpunkter kan exempelvis lämnas via formulär på kommunens hemsida. Synpunkter som inkommer ska läggas in i DF Respons, oavsett om de inkommer muntligen eller skriftligen, där de även hanteras av ansvarig chef.

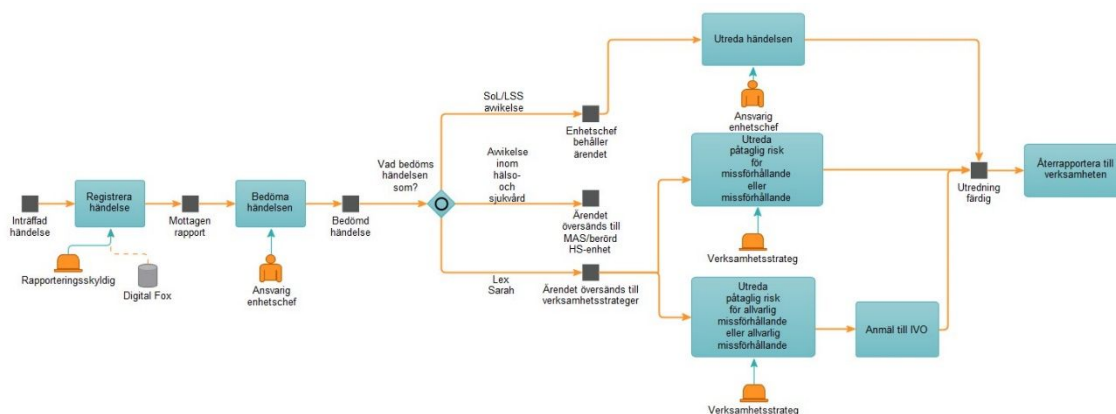
Alla anställda kan registrera synpunkter via webbformuläret som hittas på Kanalen eller genom app på telefonen. Det finns ett formulär för omsorgskontoret och ett för socialkontoret. Ingen inloggning krävs för att öppna webbformuläret och skicka in en synpunkt. Den som har en behörighet i systemet kan även anmäla direkt i DF Respons via Nytt ärende.

Om e-postadress anges av den som lämnat synpunkten skickas bekräftelse på att informationen nått respektive verksamhet direkt efter inlämnandet. Ansvarig chef som mottar synpunkter och klagomål ska svara synpunktslämnaren om denne önskar svar. Detta ska ske inom 10 arbetsdagar.

En inlämnad synpunkt behandlas som allmän handling. Synpunkterna sammanställs så att de kan bearbetas statistiskt för att bli underlag till framtida diskussioner och beslut om prioriteringar och inriktningar i kommunens verksamhet. Årligen redovisas inkomna synpunkter till respektive nämnd inklusive analys och åtgärder.

Synpunkter som inkommer till myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning som avser externa utförarverksamheter ska registreras i systemet och därefter skickas till ansvarig part.

6. Processbeskrivning avvikelshantering



1. Avvikelse inträffar/upptäcks (samtliga)

När en avvikelse inträffar eller upptäcks ska detta omgående rapporteras i avvikelshanteringssystemet DF Respons. Personal som upptäcker en avvikelse har ansvaret att direkt vidta åtgärd för att undanröja avvikelsen. All personal har rapporteringskyldighet, vilket inkluderar studenter och praktikanter i verksamheten.

2. Mottagande av rapport (resultatenhetschef)

Den resultatenhetschef som mottar rapporten ska omgående göra en bedömning om vilka åtgärder som behövs samt åtgärda dessa. Den chef som är ansvarig för resultatenheten där händelsen inträffat ansvarar för att avvikelsen utreds på enheten. Utredning ska ske inom 3 månader. Om det rör sig om en allvarigare grad av avvikelse som har medfört konsekvenser, eller risk för konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa ska ärendet utredas av utredare/stab enligt lex Sarah. Resultatenhetschef väljer typ av utredning och stänger sedan ärendet vilket då automatiskt går vidare till utredare/stab. Oavsett allvarlighetsgrad för händelsen behöver ansvarig chef genomföra adekvata åtgärder i samband med att händelsen uppmärksammas.

3. Genomgång med personalgruppen (resultatenhetschef)

Resultatenhetschefen ska månadsvis eller i samband med att avvikelsen inträffat gå igenom dessa med personalgruppen och vilka åtgärder som tagits/krävs för att det inte ska hända igen. Avvikelsehantering är en viktig del i verksamhetens arbete med ständiga förbättringar. Medarbetarna bör göras delaktiga på varje enskild enhet.

Resultatombudschefen ansvarar för att en sammanställning görs av inkomna rapporter och förbättringsåtgärder. Denna rapport lämnas vidare till staben. Sammanställning av statistik och åtgärder avseende avvikelser rapporteras i samband med nämndens årsbokslut.

Processbeskrivning av missförhållande/vårdskada

1. Händelse inträffar/upptäcks (samtliga)

När en händelse inträffar eller upptäcks ska detta omedelbart rapporteras i det digitala avvikelssystemet. Medarbetare som upptäcker ett missförhållande har också ansvaret att direkt vidta åtgärd för att undanröja missförhållandet. I avvikelshanteringssystemet DF Respons finns det möjlighet för medarbetare att rapportera en avvikelse direkt till Kvalitet- och utvecklingsenheten, genom att välja tillgänglig utredare som ansvarig chef.

2. Mottagande av rapport (resultatenhetschef)

Ansvarig chef i verksamheten som uppmärksammat händelsen ska omgående göra en bedömning om vidare åtgärder behöver vidtas. Resultatenhetschefen ska också göra bedömning om avvikelsen kan vara ett missförhållande eller en risk för missförhållande. Om händelsen bedöms vara en risk för missförhållande eller mer allvarlig grad skickas den automatiskt vidare till verksamhetsstrateg på staben för utredning enligt Lex Sarah. Om händelsen bedöms vara risk hälso- och sjukvård eller mer allvarlig grad skickas den automatiskt vidare till chef inom hälso- och sjukvården eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

3. Genomgång med personalgruppen (resultatenhetschef)

Om ett missförhållande har inträffat i verksamheten ska personalen ges möjlighet att reflektera i grupp över det inträffade samt diskutera åtgärder för att det inte ska hända igen. Resultatenhetschefen ska gå igenom uppkomna missförhållanden, utredningar och åtgärder med personalgruppen och sin ledningsgrupp som en del av lärandeprocessen.

Utredningsprocess Lex Sarah

1. Uppdrag

Avvikelse rapport inkommer till verksamhetsstrateg från resultatenhetschef med uppdrag om utredning enligt Lex Sarah. I det digitala avvikelshanteringssystemet finns det möjlighet för medarbetare att rapportera en avvikelse direkt till Kvalitet- och utvecklingsenheten, genom att välja tillgänglig utredare som ansvarig chef.

2. Bedömning

En första bedömning görs om händelsen är att betrakta som ett missförhållande eller en avvikelse. I de fall händelsen ses som en avvikelse – och alltså inte som ett missförhållande inom ramen för Lex Sarah – återsänds rapporten till ansvarig chef. Om händelsen bedöms vara ett missförhållande eller risk för missförhållande startar utredning omgående.

3. Utredning

Utredare i staben genomför utredning enligt Lex Sarah. Utredningen ska göras skyndsamt och vara klar inom rimlig tid. Återkoppling görs till resultatenhetschef samt resultatombudsman. Vid allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande skickar utredare en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Risk för missförhållande samt missförhållande utreds av verksamhetsstrateg och skickas inte vidare till IVO.

4. Information till ansvarig nämnd

Samtliga rapporter och utredningar enligt lex Sarah lämnas som information till ansvarig nämnd. I de fall ett ärende skickas vidare för bedömning till IVO lämnas information om detta till ansvarig direktör.

Lärande till kontoret

Två gånger per år sammanställs antal rapporterade händelser som utretts enligt lex Sarah till ledningsgruppen inom omsorgskontoret med lärdomar på organisatorisk nivå.

7. Missförhållande i enskild verksamhet

Yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet är också skyldig att följa bestämmelserna om lex Sarah. Den enskilda verksamheten ansvarar själv för utredning av missförhållande samt för anmälan till IVO. I de fall anmälan görs till IVO har den enskilda verksamheten skyldighet att informera aktuell nämnd.

Referenser

Lagar

- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Styrande dokument

- Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011: 5 - Lex Sarah
- Socialstyrelsens föreskrifter HSLF- FS 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter HSL-FS 2017:41 Anmälan av händelser som har medfört eller skulle kunnat medföra vårdskada.