



# Anvisning för avvikelsehantering, lex Sarah och lex Maria

Dokumenttyp <b>Anvisning</b>	Version <b>1.6</b>	Dokumentet gäller för <b>Socialförvaltningens alla verksamheter (inkl entreprenörer och LOV)</b>	Datum för fastställande <b>191028</b>
Revideringsansvarig <b>Stab</b>	Revideringsintervall <b>Vid behov</b>		Reviderad datum <b>221115</b>
Dokumentansvarig <b>Kvalitetsstrateg/MAS/MAR</b>	Uppföljningsansvarig och tidplan <b>Stab</b>		<b>Vid behov</b>



## Innehåll

1.	Syfte	3
2.	Koppling till lagstiftning och andra styrdokument	3
3.	Anvisningen	3
3.1.	Händelse	3
3.1.1.	Rapportering	3
3.1.2.	Omedelbara åtgärder	4
3.2.	Utredning	4
3.2.1.	Utse utredare	4
3.2.2.	Händelseanalys	5
3.2.3.	Bakomliggande orsaker	5
3.2.4.	Vidtagna åtgärder	6
3.2.5.	Bedömning av konsekvens	6
3.2.6.	Allvarlighetsgrad	6
3.2.7.	Sannolikhet för upprepning	7
3.2.8.	Risikanalys	7
3.2.9.	Fortsatt utredning för alla lex Maria och lex Sarah för egen regi	8
3.2.10.	Fortsatt utredning extern regi (lex Sarah)	8
3.2.11.	Tid för genomförandet av utredningen	8
3.3.	Uppföljning	9
3.4.	Avsluta utredning	9
3.5.	Ange ersättare	9
3.6.	Offentligt material	9
3.7.	Statistikrapport	9
3.8.	Återkoppling	9
3.9.	Arkivering	9
4.	Definitioner och avgränsningar	10
4.1.	Definitioner	10
4.1.1.	Lex Maja	12
5.	Ansvar och uppföljning	12
5.1.	Samtliga medarbetare	12
5.2.	Chef	12
5.3.	Legitimerad personal	13
5.4.	Verksamhetschef i förvaltningen/motsvarande hos entreprenörer och LOV	13
5.5.	Förvaltningschefen	13
5.6.	Kvalitetsstrateger/MAS/MAR	13
5.7.	Registrator	13



## 1. Syfte

Syftet med att rapportera avvikelser är att identifiera orsaker till det inträffade och med hjälp av olika åtgärder förhindra att likande händelser sker igen, för den enskilde individen såväl som andra brukare.

## 2. Koppling till lagstiftning och andra styrdokument

All personal som arbetar inom verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade är skyldiga att rapportera avvikande händelser liksom händelser som lett till eller riskerat leda till missförhållande eller allvarlig brist i hälso- och sjukvård. Det gäller både offentligt och privat anställda.

## 3. Anvisningen

Definitioner se punkt 4.

### 3.1. Händelse

#### 3.1.1. Rapportering

Det är den som upptäcker händelsen som skriver avvikelserapporten. Rapportera i anvisat avvikelssystem. Rapporten skickas till rapportörens chef. I de fall rapportören är legitimerad kan händelsen skickas till berörd chef. Om chefen är inblandad i händelsen ska rapporten skickas till överordnad chef.

En avvikelse kan beröra både enskild och grupp. Om händelsen avser något som drabbar flera, t ex brister i verksamhetssystem eller andra tekniska lösningar, brister i samverkan mellan enheter/grupper eller brister i utrustning, lokaler eller personal, ska ”grupp” anges.

#### ***Lex Sarah***

Vid händelse av missförhållande/risk för missförhållande ska kryssruta för lex Sarah markeras.

#### ***HMC***

För avvikelser gällande hjälpmedel från Regionens Hjälpmedelscentrum skriver legitimerad personal avvikelse i Web-Sesam (enligt ”Övergripande riktlinje för hjälpmedel”). Kopia på avvikelserna samt det svar som kommer från HMC skickas till MAR som lägger in dessa i kommunens avvikelssystem.

#### ***Apoteket***

För avvikelser gällande ApoDos skriver legitimerad personal avvikelse till Dosapoteket på Apotekets hemsida. Avvikelse skrivs också i DF Respons, HSL-chefen läggs som utredare och allvarlighetsbedömer händelsen så att allvarliga händelser inte missas. Rapporten läggs inte till ”annan huvudman” utan avslutas av chef. Eventuellt svar från Apoteket hanteras i Apotekets system.



### 3.1.2. Omedelbara åtgärder

När händelsen eller risk för händelse upptäcks ska nödvändiga åtgärder direkt genomföras för att röja undan direkta hot mot brukares/patientens hälsa, personliga säkerhet och liv, t ex kontakta legitimerad personal. Detta för att se till att situationen inte blir värre.

Vid allvarlig brist i hälso- och sjukvård eller missförhållande ansvarar närmaste chef eller kontaktman för att informera brukaren som är berörd och god man/förvaltare eller vårdnadshavare samt, utifrån vad som framgår av genomförandeplanen, anhöriga om den inträffade händelsen. Tänk på regler om sekretess! Chef ansvarar för att ta ställning till om och hur den enskilde ska ges stöd. Det är också chefen som ansvarar för att ge berörda medarbetare stöd om behov finns.

Dokumentera händelsen i patientens/brukarens journal med typ av händelse, ID-nummer på avvikelserapporten och när den inträffade.

## 3.2. Utredning

### 3.2.1. Utse utredare

Ansvarig chef mottar avvikelse och avgör om utredning ska ske av denne eller om det är annan chef som ska utreda eller medutreda. Chef ansvarar för att skicka ärendet vidare om det är någon annan som ska ansvara för utredningen eller behöver informeras.

#### *Typ av utredning*

Ansvarig chef ska fastslå om avvikelsen är en ”Brist i hälso- och sjukvård”, ”lex Sarah” eller ”Brist i socialtjänst”. (se vidare punkt 4. Definitioner och avgränsningar.) Chef utser även eventuella ytterligare utredare.

#### *Medutredare vid brist i hälso- och sjukvård*

När avvikelsen avser brist i hälso- och sjukvård som utförare orsakat ska berörd legitimerad personal vara medutredare. När leg personal själva orsakat avvikelsen läggs endast dennes chef som utredare. För fall, se nedan.

#### *Fallavvikelser*

Vid fallavvikelser där brukaren enbart har larm ansvarar chefen för larmet för utredningen. Vid fall för personer med hemtjänst men inte inskrivna i hemsjukvård, ansvarar hemtjänstchef för utredningen. Vid upprepade fall kontaktas biståndshandläggare av huvudansvarig chef och brukaren uppmanas också kontakta sin vårdcentral. När trygghetsteamet skriver fallavvikelser ska chefen för brukarens hemtjänst läggas som ansvarig chef.

Vid fallavvikelser för personer inskrivna i hemsjukvård och som har hemtjänst görs utredningen av rapportörens chef. Vid behov av ytterligare utredare kan chefen lägga till annan chef som medutredare. På teammöten tas fallhändelserna upp för dialog.



Vid fall ska alltid sjuksköterska kontaktas för bedömning av eventuell skada och omedelbara åtgärder.

#### ***Händelser som berör "Annan huvudman"***

Händelser som skett på t ex vårdcentral eller av färdtjänst ska hanteras av dessa huvudmän, d v s annan huvudman än Socialförvaltningen och de entreprenörer eller LOV-företag som har avtal med förvaltningen, se definitioner punkt 4. Chefen avgör om händelsen helt och hållet ska flyttas till "Annan huvudman" eller om "Annan huvudman" ska vara delaktig i utredningen. I de fall hela eller delar av utredningen ska göras av "Annan huvudman" t ex Region Halland och deras entreprenörer, kommer avvikelserna skickas automatiskt vidare till MAS/MAR, som skickar den till berörd enhet hos "Annan huvudman". Berörd avdelning eller vårdcentral måste därför alltid namnges av chefen när "Annan huvudman" anges.

När svar på avvikelserapport som är skickad till annan huvudman emottas av MAS/MAR, meddelas berörd enhetschef om svaret.

#### ***Händelser gällande verksamhetssystem***

Ansvarig chef vidtar eventuella åtgärder utifrån sitt ansvarsområde och lägger vid behov systemadministratör på IT-enheten som ytterligare utredare eller som ansvarig utredare.

#### ***Händelse som annan huvudman identifierat***

Inkommen händelse, som annan huvudman identifierat på Socialförvaltningens verksamhet, registreras i verksamhetssystemet av MAS/MAR på den enhet där den negativa händelsen inträffat. Ansvarig chef utreder, analyserar och vidtar eventuella åtgärder samt informerar berörd personal. Utredningen återkopplas i systemet genom att MAS/MAR markeras "för kännedom". Dessa skickar sedan utredningen vidare till den vårdgivare som identifierat händelsen.

### **3.2.2. Händelseanalys**

Händelseanalysen syftar till att upptäcka brister som kan finnas i organisationen, t ex kommunikation, samarbete, utrustning och rutiner och inte till att besvara frågor om "vem eller vilka som gjorde det". Utredningen behöver inte vara mer omfattande än vad omständigheterna kräver. Analysen ska svara på frågorna

- Vad har hänt?
- Varför har det hänt?
- Har någon liknande händelse inträffat tidigare?
- Finns risk att någon liknande händelse inträffar igen?

### **3.2.3. Bakomliggande orsaker**

Det är viktigt att identifiera om det finns bakomliggande orsaker till händelser. Exempel på områden där det ofta finns bakomliggande orsaker är; kommunikation, information, kompetens, organisation och utrustning. Utredaren av avvikelserna ska också ta ställning till



om de bakomliggande orsakerna visar att förbättringsarbete behöver inledas inom t.ex. rutiner eller arbetssätt. Det kan både vara inom en enhet och mellan enheter.

### 3.2.4. Vidtagna åtgärder

Ange de åtgärder som vidtagits för att förhindra att liknande händelse inträffar igen.

### 3.2.5. Bedömning av konsekvens

Bedömning av konsekvens görs i samarbete med legitimerad personal vid brist i hälso- och sjukvård.

### 3.2.6. Allvarlighetsgrad

Bedömning av allvarlighetsgrad av skadan eller risken för skada görs i förhållande till det tillstånd den enskilde hade innan händelsen. Det är utredande chef som bedömer allvarlighetsgrad. Vid brist i hälso- och sjukvård görs bedömningen i samråd med berörd legitimerad personal.

Som allvarlig brist eller missförhållande räknas händelse med allvarlighetsgrad på nivå 3 (betydande) och 4 (hög). Allvarlighetsgraden bedöms i skalan:

#### 1. Mindre

Mindre obehag, bristande tillit eller obetydlig skada.

#### 2. Måttlig

Övergående mindre skada/risk för mindre skada av den enskildes hälsa och utveckling:

- tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen
- tillfälliga eller mindre allvarlig försummelse
- otillräckligt stöd för att klara sig själv

Förlängd vård/ behandlingstid för en eller två personer.

Förhöjd vårdnivå för en eller två personer.

Viss rättsosäkerhet för den enskilde så som mindre skillnader i handläggning, bedömning och beslut.

#### 3. Betydande

Allvarlig skada/påtaglig risk för allvarlig skada av den enskildes hälsa och utveckling t ex:

- *själv mordsförsök*
- *upprepade psykiska övergrepp/kränkande behandling*
- *annan vanvård inklusive försummelse*
- *betydande brister i vårdmiljö (missbruk, kriminalitet, våld etc.)*
- *bestående måttlig funktionsnedsättning*

Allvarliga brister i tillsyn, t ex rymning eller försummelse

Förlängd vård/ behandlingstid för tre eller fler personer.

Förhöjd vårdnivå för tre eller fler personer.



Betydande rättsosäkerhet för den enskilde så som stora skillnader i handläggning, bedömning och beslut.

#### 4. Hög

Dödsfall/själv mord

Fysiska/sexuella övergrepp

Bestående stor funktionsnedsättning

### 3.2.7. Sannolikhet för upprepning

Utredningen ska också visa en bedömning av hur stor sannolikheten är att händelsen upprepas utan åtgärd. Utredaren behöver utgå från frekvensen av utförandet för att göra en uppskattning av sannolikheten av upprepning. Bedömningen görs utifrån skalan

1. Mycket liten
2. Liten
3. Stor
4. Mycket stor

En händelse med låg frekvens är något som händer mer sällan som exempelvis ett besök till vårdcentralen, och en hög frekvens kan vara något som händer varje dag eller varje vecka, toalettbesök eller stöd i inköp av matvaror. Det kan också vara där chefen ser en risk i att det upprepas varje gång insatsen utförs även om den sker sällan.

### 3.2.8. Riskanalys

Riskanalysen beräknas utifrån både allvarlighetsgrad och sannolikhet. Ju högre ackumulerad summa desto högre risk. Vid hög risk, se rödmarkerade rutor i matris nedan, behöver ett förbättringsarbete påbörjas snarast. I arbetet med riskanalys som visar hög risk kan MAS/MAR och kvalitetsstrateg konsulteras.

Genomföra riskanalys		Sannolik konsekvens			
		Hög (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolik frekvens	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten	8	6	4	2



	(2)				
	Mycket liten	4	3	2	1
	(1)				

### 3.2.9. Fortsatt utredning för alla lex Maria och lex Sarah för egen regi

När chefen bedömer att allvarlighetsgraden är 3 eller 4 går ett automatiskt mail till kvalitetsstrateg/MAS/MAR som tar ställning till om utredningen är tillräcklig eller behöver kompletteras av chef. När kvalitetsstrateg/MAS/MAR godkänt utredningen går ett automatiskt mail till chefen.

Om kvalitetsstrateg gör bedömning om fortsatt utredning av händelser ”Brist i socialtjänst” med en allvarlighetsgrad 3 eller 4 och lex Sarah så fortsätter kvalitetsstrateg utreda. Kvalitetschef godkänner kvalitetsstrategens utredning och beslutar om anmälan till IVO.

Om MAS/MAR gör bedömning om fortsatt utredning och anmälan till IVO av allvarlig brist i hälso- och sjukvård allvarlighetsgrad 3 eller 4, det vill säga lex Maria, så fortsätter MAS/MAR utreda. Om medicinteknisk produkt varit inblandad ska också anmälan ske till Läkemedelsverket.

### 3.2.10. Fortsatt utredning extern regi (lex Sarah)

Chefer i entreprenad och med avtal enligt LOV, har en skyldighet att själva utreda allvarliga avvikelser och lex Sarah inklusive fatta beslut om anmälan till IVO. *Observera att detta endast gäller för lex Sarah, vid lex Maria gäller samma rutin som för egen regi.*

När verksamheten allvarlighetsbedömt händelsen till 3 eller 4 skickas den automatiskt till kommunens kvalitetsstrateger för kännedom. Verksamheten har kvar ansvaret att anmäla allvarliga händelser till IVO. Kopia på den färdigställda rapporten och utredningen samt eventuell anmälan till IVO ska skickas till Kvalitets- och utredningsavdelningen om den inte har gjorts i kommunens avvikelssystem.

Om en extern aktör inte beaktar inlämnad rapport om allvarligt missförhållande kan kvalitetsstrateg/MAS/MAR lämna information till IVO om missförhållande. Handlingar ska diarieföras.

### 3.2.11. Tid för genomförandet av utredningen

Vid allvarlig brist i hälso- och sjukvård eller missförhållande ska utredning ske skyndsamt. För att undvika risk för upprepning av avvikelser och för att rapportör ska få återkoppling i nära tid till händelsen, ska utredning av övriga händelser påbörjas inom 2 v och vara avslutad inom 4 v. Medutredare förväntas vara klara inom 2 v från det att de blev medutredare. För de händelser som kräver uppföljning sker avslut efter genomförd uppföljning.





### 3.3. Uppföljning

I de fall då avvikelsernas åtgärder kräver uppföljning ska detta göras innan avvikelsen avslutas. Åtgärder kan vidtas på både person- och organisationsnivå och kan både vara kortsiktiga och långsiktiga i syfte att händelsen inte upprepas. Exempel på en kortsiktig uppföljning kan vara att se om en förändring av daglig rutin fungerar efter en vecka. En uppföljning på längre sikt (på organisationsnivå) kan till exempel vara att se efter en månad om inrättandet av en ny rutin gjorde att händelsen inte upprepades.

### 3.4. Avsluta utredning

Ytterst ansvarig för att avsluta utredning är ansvarig chef oavsett om det funnits fler utredare. Alla utredare bör ha klarmarkerat innan avslut. Om övriga utredare inte klarmarkerat inom 2 v kan utredningen avslutas av chef ändå. För avvikelser som skickats av rapportör från annan verksamhet, ska rapportörens chef läggas för kännedom på flik 2 - Utse utredare, innan avslut. Då skickas ett automatisk mail till rapportörens chef som kan gå in och ta del av utredningen.

### 3.5. Ange ersättare

Vid mer än en veckas semester ska ersättare för legitimerad personal och chefer anges i avvikelssystemet. Vid sjukdom längre än en vecka ansvarar chef för att kontakta systemadministratör som lägger in ersättare.

### 3.6. Offentligt material

Rapport och utredning blir allmän handling när det avslutats som arbetsmaterial och omfattas därför av offentlighetsprincipen. Begär någon att få se en allmän handling är vi som myndighet skyldiga att efter sekretessprövning skyndsamt och i läsbar form tillhandahålla den. Sekretess gäller enbart brukaren/patienten och därför ska personal/anhöriga inte namnges i rapport och utredning så att det går att identifiera dem. Chefen ansvarar för att innan avslut av utredning kolla igenom och ändra sådana uppgifter i rapport och utredning.

### 3.7. Statistikrapport

Manual för statistikrapport av avvikelser finns i HSL-handboken.

### 3.8. Återkoppling

Chefen ansvarar för att återkoppla resultatet av analysarbetet till hela personalgruppen.

I avvikelssystem går en automatisk återkoppling till rapportör när utredningen är avslutad. I meddelandet framgår vad som framkommit i utredningen och om händelsen bedöms som en Lex Sarah eller Maria och vilken chef som kan kontaktas om det finns kvarstående frågor.

### 3.9. Arkivering

Inrapporterade händelser sparas i verksamhetssystemet i tre år och gallras automatiskt.



Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av allvarlig brist i hälso- och sjukvård, (lex Maria) och allvarligt missförhållande (lex Sarah) sparas i kommunens diarie.

#### 4. Definitioner och avgränsningar

Denna anvisning avser samtliga verksamheter inom Socialförvaltningen och dess entreprenörer och företag med LOV.

##### 4.1. Definitioner

**Avvikelse** – en avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunnat medföra någon typ av skada/konsekvens för en brukare/patient, och som inte är förväntad utifrån brukaren/patientens tillstånd eller vårdens/omsorgens karaktär.

**Annan huvudman** – andra aktörer utanför Socialförvaltningen, t ex sjukhus, vårdcentral eller färdtjänst. Entreprenörer och LOV är inte annan huvudman eftersom de har avtal med Socialförvaltningen om utförande.

**Fall** - En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte (SKL). Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. Se nedan hur fall ska klassificeras som ”Brist i socialtjänst” respektive ”Brist i hälso- och sjukvård”.

**Brist i socialtjänst** – en avvikelse som skett inom ramen av socialtjänstens ansvar. Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder inom socialtjänst hade vidtagits.

Exempel på avvikelse är:

- Fallolyckor och skador som inte beror på brist i hälso- och sjukvård
- Bristande bemötande.
- Olika typer av förväxlingar (dokumentation, identitet och så vidare).
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare.
- Brister i omsorgen/omvårdnaden.
- Felaktig, otillräcklig, avsaknad av eller vilseledande instruktion, information eller dokumentation.
- Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem.
- Brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdenheter, organisationer och huvudmän.
- Bristande eller otillräckliga resurser (till exempel kompetens, bemanning, lokaler, utrustning).



**Brist i hälso- och sjukvård** – en avvikelse som skett inom ramen för hälso- och sjukvård. Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder inom hälso- och sjukvård hade vidtagits. Exempel på brist i hälso- och sjukvård:

- Fallolyckor och fallskador som beror på brister i hälso- och sjukvård.
- Bristande bemötande.
- Olika typer av förväxlingar (dokumentation, identitet och så vidare).
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare.
- Brister i informationsöverföring mellan olika personalgrupper eller till patient/närstående.
- Brister i eller felaktig läkemedelshantering.
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling.
- Utebliven undersökning eller behandling.
- Vårdrelaterade infektioner.
- Våld och övergrepp (psykiskt, fysiskt, våld mellan boenden).
- Brister i vården/omvårdnaden.
- Felaktighet i förskrivning/användande/underhåll av medicintekniska produkter
- Brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdenheter, organisationer och huvudmän.
- Bristande eller otillräckliga resurser (till exempel kompetens, bemanning, lokaler, utrustning).
- Självordsförsök/självord

Med **allvarlig brist inom hälso- och sjukvård (lex Maria)** avses konsekvenser som

- är bestående och inte ringa, eller
- har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit

Socialstyrelsen talar om ”vårdskada/risk för vårdskada” för händelser inom hälso- och sjukvård men eftersom det riskerar att missförstås använder vi istället begreppet ”**brist i hälso- och sjukvård**”.

**Missförhållande (lex Sarah)**– Med missförhållande 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. Några exempel på missförhållande är:

- Fysiska övergrepp, till exempel slag, nypningar eller skakningar
- Sexuella övergrepp, till exempel sexuella anspelningar, sexuella handlingar mot den enskilde
- Psykiska övergrepp, till exempel bestraffningar, hot, trakasserier, kränkningar



- Brister i bemötande, till exempel ett bemötande som klart avviker från grundläggande krav i lagstiftningen i respekt för självbestämmande, trygghet och värdighet
- Brister i utförande av insatser, till exempel insatser som inte utförs alls, att de utförs endast delvis eller att de utförs på ett felaktigt sätt
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, till exempel tidsgränser i handläggningen, information, kommunikering felaktig tillämpning av lagstiftning
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik till exempel felaktigt användande av hjälpmedel, trygghetslarm som inte fungerar på grund av felaktig programmering, att batterier för reservdrift inte fungerar vid ett strömavbrott, hjälpmedel för allmänt bruk som inte underhålls eller används felaktigt
- Ekonomiska övergrepp som till exempel stöld, förskingring eller utpressning
- Allvarliga brister i tillsyn, t ex rymning eller försummelse

#### 4.1.1. Lex Maja

Sekretesslagstiftningen hindrar inte att en uppgift om ett djur lämnas till polis eller Länsstyrelsen. Om socialtjänst påträffar ett djur som

1. Tydligt utsätts för vanvård eller misshandel, eller
  2. Uppenbart visar symtom på sjukdom eller är allvarligt skadat
- ska anmälan göras till Länsstyrelsen på tel: 010-2243200, måndag-tisdag kl. 13-15 och onsdag-fredag kl. 10-12. Vid akut kontakta polisen på 11414.

Man har möjlighet till att vara anonym, tänk då på att inte uppge namn och relation till den du vill anmäla.

Denna rapporteringsskyldighet till Länsstyrelsen ska **INTE** ske via kommunens avvikelssystem utan sker direkt till kontrollmyndighet enligt ovan.

## 5. Ansvar och uppföljning

Nedan anges ansvarsområden utöver de som återfinns i anvisningen.

### 5.1. Samtliga medarbetare

Ansvarar för att:

- Uppmärksamma avvikande händelser och vidta omedelbara åtgärder samt dokumentera dessa i journal.
- Rapportera händelsen i aktuellt rapporteringssystem, dokumentera ID nummer i journal.
- Medverka i utredningsarbetet av händelser.

### 5.2. Chef

Ansvarar för att:

- Personalen har kännedom om och följer anvisningen.
- Huvudansvarig för utredning av avvikelse för händelser i sin verksamhet/sin personal.



- Resultatet av analysarbetet leder till förbättringsförslag som minskar risken för upprepning
- Sammanställa, analysera och redovisa enhetens avvikelser och genomförda förbättringsarbete i en halvårs- och en helårsrapport.
- Vid händelse som gäller allvarlig/risk för allvarlig skada eller missförhållande omedelbart kontakta kvalitetsstrateg/MAS/MAR

### **5.3. Legitimerad personal**

Ansvarar för att:

- I de fall man är medutredare, bidra i utredningen och sedan klarmarkera inom 2 v.

### **5.4. Verksamhetschef i förvaltningen/motsvarande hos entreprenörer och LOV**

Ansvarar för att:

- Driva övergripande kvalitetsarbete inom verksamhetsområdet utifrån arbetet med rapporterade händelser
- Återföra kvalitetsförbättringar mellan och inom de olika verksamhetsområdena
- Redovisa kvalitetsförbättringar i aktuella uppföljningsdokument
- Sammanställa, analysera och redovisa verksamhetens avvikelser och genomförda förbättringsarbete i en halvårs- och en helårsrapport.

### **5.5. Förvaltningschefen**

Ansvarar för att:

- Det finns ett ändamålsenligt och känt system för hantering av händelser
- Synliggöra kvalitetsarbetet inom hela förvaltningen

### **5.6. Kvalitetsstrateger/MAS/MAR**

- Följer upp anvisningen och uppdaterar den vid behov.
- Vid behov bistå chef med att bedöma och besluta om fortsatt handläggning av inrapporterade händelser.
- Utreder lex Maria för alla verksamheter och lex Sarah för egen regi och anmäler på uppdrag av Socialförvaltningen lex Sarah- och lex Maria till IVO och/eller Läke medelsverket.
- Vid allvarlig brist i hälso- och sjukvård återkoppla till den enskilde och/eller företrädare om inträffad händelse, vidtagna åtgärder samt beslut av IVO i ärendet.
- Vid allvarligt missförhållande i egenregi återkoppla till den enskilde och/eller företrädare om inträffad händelse, vidtagna åtgärder samt beslut av IVO i ärendet.
- Analysera samtliga händelser som skett under året och redovisa dessa i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse.

### **5.7. Registrator**

Ansvarar för att:

- Registrera lex Sarah- och lex Maria -rapport samt -anmälan i kommunens diarie.



- Skicka anmälan till berörda myndigheter
- Förmedla kopia på beslut från IVO till ansvarig chef, avdelningschef, förvaltningschef, kvalitetsstrateg och MAS/MAR

### **Revidering 221115**

- Fallavvikelse som trygghetsteamet upptäcker läggs direkt till berörd hemtjänstchef av rapportör.
- Tillägg om medutredare på hälso- och sjukvårdsavvikelse - legitimerad personal som själva orsakat avvikelse ska inte ligga som medutredare, endast dennes chef.
- Hur klassificering av fall ska göras hänvisas till rubrikerna "Brist i socialtjänst" samt "Brist i hälso- och sjukvård".