



Anvisning för avvikelsehantering, lex Sarah och lex Maria

Dokumenttyp Anvisning	Version 1.9	Dokumentet gäller för Socialförvaltningens alla verksamheter (inkl entreprenörer och LOV)	Datum för fastställande 191028
Revideringsansvarig Kvalitetsstrateg/MAS/MAR		Revideringsintervall Vid behov	Reviderad datum 260525
Dokumentansvarig Kvalitetsstrateg/MAS/MAR		Uppföljningsansvarig och tidplan Kvalitetsstrateg/MAS/MAR	Vid behov



Innehåll

1.	Syfte	3
2.	Koppling till lagstiftning och andra styrdokument	3
3.	Definitioner och avgränsningar	3
3.1.	Definitioner	3
3.2.	Avgränsning	6
4.	Anvisningen	6
4.1.	Händelse	6
4.1.1.	Omedelbara åtgärder	6
4.1.2.	Rapportering	7
4.1.3.	Utse utredare	8
4.2.	Utredning	9
4.2.1.	Ärendet avslutas utan utredning	9
4.2.2.	Bakomliggande orsaker	10
4.2.3.	Vidtagna åtgärder	10
4.2.4.	Planerade åtgärder	10
4.2.5.	Bedömning av konsekvens	10
4.2.6.	Allvarlighetsgrad	10
4.2.7.	Sannolikhet för upprepning.	10
4.2.8.	Risakanalys	11
4.2.9.	Fortsatt utredning lex Maria, egen regi och extern regi	11
4.2.10.	Fortsatt utredning lex Sarah, egen regi	11
4.2.11.	Fortsatt utredning lex Sarah, extern regi	12
4.2.12.	Tid för genomförandet av utredningen	12
4.3.	Uppföljning	12
4.4.	Avsluta utredning	12
4.4.1.	Avslut med bedömning om det är en brist i verksamheten	13
4.4.2.	Avslut när avvikelser ej är kommunens ansvar	13
4.5.	Återkoppling	13
4.6.	Offentligt material	13
4.7.	Ange ersättare	13
4.8.	Statistikrapport	14
4.9.	Arkivering	14
5.	Ansvar och uppföljning	14
5.1.	Samtliga medarbetare	14
5.2.	Legitimerad personal	14
5.3.	Chef	14
5.4.	Områdeschef i förvaltningen/motsvarande hos entreprenörer och LOV	15
5.5.	Förvaltningschefen	15
5.6.	Kvalitetsstrateger/MAS/MAR	15
5.7.	Registrator	16
	Bilaga 1. Bedömningsmatris allvarlighetsgrad	17



1. Syfte

Syftet med anvisningen är att säkerställa att förvaltningen arbetar systematiskt med att minimera risken för att avvikande händelser och missförhållanden sker. Syftet är även att underlätta för förvaltningens medarbetare genom att i denna anvisning beskriva hela processen av avvikelshantering.

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 (socialtjänst) eller allvarlig brist i hälso- och sjukvård. Det gäller både offentligt och privat anställda.

Dokument som stöd till rapportering och utredning som finns i HSL-handboken:

- Manual för registrering av avvikelse
- Lathund avvikelshantering
- Lathund statistikrapport för avvikelser
- Anvisning för kontakt med legitimerad personal när brukares tillstånd så kräver

3. Definitioner och avgränsningar

Denna anvisning avser samtliga verksamheter inom Socialförvaltningen och dess entreprenörer och företag med LOV för utförande av hemtjänst.

3.1. Definitioner

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

Annan huvudman – andra vårdgivare utanför Socialförvaltningen, till exempel sjukhus och vårdcentral. Entreprenörer och LOV är *inte* annan huvudman eftersom de har avtal med Socialförvaltningen om utförande och därför räknas som en av kommunens utförare.

Fall - En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. 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 samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder inom socialtjänst hade vidtagits.

Exempel på avvikelse är:

- Fall som inte beror på brist i hälso- och sjukvård, se under brist i hälso- och sjukvård.
- Bristande bemötande.
- Olika typer av förväxlingar (dokumentation, identitet och så vidare).
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare.
- Brister i omsorg/omvårdnad/stödinsats.
- 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 organisation eller i samarbete mellan olika enheter, organisationer och huvudmän.
- Bristande eller otillräckliga resurser (till exempel kompetens, bemanning, lokaler, utrustning).
- Självordsförsök/självord

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:

- Fall som beror på brister i hälso- och sjukvård. Exempelvis om fallet beror på ett felaktigt utprovat hjälpmedel, felaktigt ordinerade läkemedel.
- 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 i samband med hälso- och sjukvårdande insats.
- 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 i stället 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 enskildes 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 oskäligt utdragen handläggning, 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. ”Stökig” miljö som kan upplevas stressande vid kognitiv funktionsnedsättning.
- Ekonomiska övergrepp som till exempel stöld, förskingring eller utpressning
- Allvarliga brister i tillsyn, till exempel att en brukare obemärkt avviker eller försummelse



3.2. Avgränsning

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.

4. Anvisningen

4.1. Händelse

4.1.1. Omedelbara åtgärder

När händelsen eller risk för händelse upptäcks ska nödvändiga åtgärder direkt genomföras för att röja undan direkta hot mot den enskildes hälsa, personliga säkerhet och liv, till exempel kontakta legitimerad personal. Se "Anvisning för kontakt med legitimerad personal när brukarens tillstånd så kräver" i HSL-handboken. Detta för att se till att situationen inte blir värre.

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

Information till brukare och eventuella brukarföreträdare och andra

Upptäckaren informerar brukaren vid behov och utifrån samtycke god man/förvaltare, vårdnadshavare eller andra anhöriga. Om avvikelser har lett till förändringar i hälsotillståndet är det sjuksköterska som ska informera om detta. Vid dödsfall är det läkare som informerar.

Vid allvarlig brist i hälso- och sjukvård eller missförhållande i socialtjänstinsatser ansvarar närmaste chef eller kontaktman för att informera den enskilde som är berörd och utifrån samtycke god man/förvaltare, vårdnadshavare eller annan som 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.



4.1.2. Rapportering

Händelse som ska rapporteras

En avvikelserapport ska skrivas när en händelse medfört eller skulle kunnat medföra någon typ av skada/negativ konsekvens för en brukare/patient/klient och som inte är förväntad utifrån brukaren/patientens/klientens tillstånd eller vårdens/omsorgens/insatsens karaktär.

Det är den som upptäcker händelsen som skriver rapporten i anvisat avvikelssystem. Rapporten skickas automatiskt 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, ska ”grupp” anges. Det kan exempelvis vara brister i samverkan eller i verksamhetssystem.

Lex Sarah

Rapporteringsskyldigheten är central i bestämmelserna kring lex Sarah. En lex Sarah är ett missförhållande/risk för missförhållande vilket betyder att händelsen inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

Vid händelse av missförhållande eller risk för missförhållande ska kryssruta för lex Sarah markeras av rapportör. Detta innebär inte att händelsen byter skepnad utan ska fortfarande hanteras i det inledande skedet som en avvikelse.

HMC

För avvikelser gällande hjälpmedel där Regionens Hjälpmedelscentrum (HMC) brustit, skrivs avvikelse i DF. Dessa skickas via MAS/MAR till HMC.

Apoteket

För avvikelser gällande ApoDos eller originalförpackningar där dosleverantören brustit, skrivs avvikelse på Apotekstjänsts hemsida av sjuksköterska.

Serviceresor

För avvikelser och synpunkter gällande serviceresor skriver personal avvikelse/synpunkt via Hallandstrafikens hemsida eller ringer Hallandstrafiken och lämnar avvikelser/synpunkten muntligen.

Övriga instanser

För avvikelser eller synpunkter på instanser som inte står med ovan tas kontakt direkt med berörd instans och ska hanteras utanför vårt avvikelssystem.



4.1.3. Utse utredare

Det är enbart krav på att utreda händelser som faktiskt är en brist i den egna verksamheten. Ansvarig chef mottar avvikelsen och avgör om utredning ska ske av denne eller om det är annan chef som ska utreda. När legitimerad personal, annan chef eller MAS/MAR och kvalitetsstrateg behöver information om händelsen läggs de till för kännedom.

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.)

Ytterligare utredare

Chefen utser eventuella ytterligare utredare. Man kan välja flera.

När avvikelsen avser brist i hälso- och sjukvård som utförare orsakat ska berörd legitimerad personal vara ytterligare utredare. När legitimerad personal själva orsakat avvikelsen läggs endast dennes chef som utredare. När avvikelsen avser brist i flera enheter ska ansvariga chefer läggas som ytterligare utredare.

Fallavvikelser när brukaren inte är inskriven i hemsjukvården

- Vid fallavvikelser där brukaren enbart har larm ansvarar chefen för trygghetsteamet för utredningen. För övriga brukare ansvarar respektive chef.
- När trygghetsteamet skriver fallavvikelser ska chefen för trygghetsteamet läggas som ansvarig chef.
- Vid behov av ytterligare utredare kan chefen lägga till annan chef som medutredare, t ex trygghetsteamets chef.
- Vid upprepade fall kontaktas biståndshandläggare av ansvarig chef och brukaren uppmanas också kontakta sin vårdcentral.
- Vid fall där brukaren har insats personlig assistans hanteras avvikelsen så långt det är möjligt av trygghetsteamet och därefter i samverkan med assistansbolaget.

Fallavvikelser när brukaren är inskriven i hemsjukvården

- Omsorgens chef (där fallet inträffade) ansvarar för utredningen.
- När trygghetsteamet skriver fallavvikelser ska chefen för brukarens hemtjänst läggas som ansvarig chef.
- Vid behov av ytterligare utredare kan chefen lägga till annan chef som medutredare, t ex trygghetsteamets chef.
- Legitimerad personal läggs ”för kännedom” vid fall.
- På teamträff tas fallhändelserna upp för dialog.

Flytta ärendet

Ärenden som registreras på fel enhet flyttas till den verksamhet som ska utreda. (Alla verksamheter som utför insatser inom socialnämndens ansvarsområde, både kommunala och privata.)



Extern vårdgivare är delaktig

När den avvikande händelsen har orsakats av den egna verksamheten OCH en extern vårdgivare, ska händelsen dels utredas av chefen i socialförvaltningens verksamhet, dels skickas till den externa vårdgivaren.

Ej kommunens ansvar

När den avvikande händelsen enbart är orsakad av annan vårdgivare (någon som bedriver hälso-och sjukvård eller tandvård) skickas den vidare för utredning. "Annan huvudman" läggs som utredare och MAS/MAR skickar avvikelsen till berörd enhet. Berörd avdelning eller vårdcentral måste därför alltid namnges när "Annan huvudman" anges. När annan huvudman än vårdgivare är ansvarig för utredning avslutar chefen avvikelsen då den ej är kommunens ansvar.

Händelser gällande verksamhetssystem

Ansvarig chef vidtar eventuella åtgärder utifrån sitt ansvarsområde och lägger vid behov ansvarig chef för *Systemsupport och utveckling* som ytterligare utredare eller som ansvarig utredare.

Händelse som annan huvudman identifierat

Inkommen händelse, som annan vårdgivare identifierat, registreras i verksamhetssystemet av MAS/MAR på den enhet där den avvikande händelsen inträffat. Ansvarig chef utreder, analyserar, vidtar eventuella åtgärder och avslutar avvikelsen. MAS/MAR får automatiskt mejl vid avslut och skickar sedan utredningen vidare till den vårdgivare som identifierat händelsen.

4.2. Utredning

En händelseanalys ska göras under utredningen. Händelseanalysen syftar till att upptäcka brister som kan finnas i organisationen, till exempel 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?

4.2.1. Ärendet avslutas utan utredning

Händelsen bedöms inte vara en avvikelse.

Innan utredning påbörjas kan ansvarig utredare avsluta ärendet utan utredning om det är tydligt att händelsen inte är en avvikelse, exempelvis om det handlar om brister i arbetsmiljö.



Fall utreds och följs upp i tidigare ärende

Fall som inträffar upprepade gånger med samma eller likartade bakomliggande orsaker, kan samlas i ett tidigare, ej avslutat ärende (grundutredningen) där utredning och åtgärder görs. Se Manual för avvikelshantering.

4.2.2. Bakomliggande orsaker

Det är viktigt att identifiera om det finns bakomliggande orsaker till händelsen. Exempel på områden där det ofta finns bakomliggande orsaker är; kommunikation, information, kompetens, organisation och utrustning.

4.2.3. Vidtagna åtgärder

Utifrån de bakomliggande orsakerna påbörjas ett förbättringsarbete. Ange de åtgärder som vidtagits för att förhindra att liknande händelse inträffar igen.

4.2.4. Planerade åtgärder

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

4.2.5. Bedömning av konsekvens

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

4.2.6. Allvarlighetsgrad

Bedömning av allvarlighetsgrad av skadan eller risken för skada görs i förhållande till det tillstånd den enskilde hade innan händelsen. 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). Se Bilaga 1. Bedömningsmatris allvarlighetsgrad.

4.2.7. 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.



4.2.8. Riskvärde

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 blir MAS/MAR och kvalitetsstrateg delaktiga.

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 (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

4.2.9. Fortsatt utredning lex Maria, egen regi och extern regi

När chefen bedömer att allvarlighetsgraden för en hälso- och sjukvårdsbrist är 3 eller 4 går ett automatiskt mejl till MAS/MAR som tar ställning till om utredningen är tillräcklig eller behöver kompletteras av chef. När MAS/MAR godkännt utredningen går ett automatiskt mejl till chefen. Chefen avslutar då utredningen direkt eller när eventuell uppföljning är gjord.

Om MAS/MAR gör bedömning om fortsatt utredning och eventuell 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 Läke medelsverket (görs av MAS/MAR).

4.2.10. Fortsatt utredning lex Sarah, egen regi

När chefen bedömer att allvarlighetsgraden är 3 eller 4 går ett automatiskt mejl till kvalitetsstrateg som tar ställning till om utredningen är tillräcklig eller behöver kompletteras av chef. När kvalitetsstrateg godkännt utredningen går ett automatiskt mejl till chefen. När eventuell uppföljning är gjord avslutas utredning av chefen.



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

4.2.11. Fortsatt utredning lex Sarah, extern regi

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 egenregi.*

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 stöd och utvecklingsavdelningen.

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

4.2.12. Tid för genomförandet av utredningen

Utredning av allvarlig brist i hälso- och sjukvård eller missförhållanden ska ske skyndsamt.

Övriga utredningar ska påbörjas inom 2 veckor och vara avslutade inom 4 veckor, för att undvika upprepning av avvikelser samt för att rapportören ska få återkoppling i nära tid till händelsen. Medutredare förväntas vara klara inom 2 veckor från det att de blev medutredare. Efter 2 veckor kan huvudutredare avsluta utredningen oavsett om medutredaren aktivt deltagit i utredningen eller ej.

4.3. Uppföljning

I de fall då avvikelsernas åtgärder kräver uppföljning ska detta göras innan avvikelserna 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.

4.4. 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 veckor kan utredningen avslutas av ansvarig chef ändå.



4.4.1. Avslut med bedömning om det är en brist i verksamheten

De flesta avvikelser som registreras beror på någon form av brist i verksamheten, exempelvis bristande följsamhet till rutin eller att omsorgspersonal inte har tillräcklig kunskap. Avslutas en avvikelse med bedömningen att den ej beror på brist i verksamheten ska det tydligt framgå av utredningen **varför** det inte bedöms vara en brist i verksamheten.

Exempel 1: När en person faller och det visar sig att någon riskbedömning inte gjorts och att några förebyggande åtgärder inte genomförts, hade fallet sannolikt kunnat undvikas. Fallskadan är därmed undvikbar och beror på brist i verksamheten.

Om riskbedömning och förebyggande insatser gjorts, men personen ändå faller, hade fallet sannolikt inte gått att undvika. Fallskadan är inte undvikbar och bedöms inte vara en brist i verksamheten.

Exempel 2: När en personal är inblandad i en händelse ska den alltid utredas som en brist i verksamheten eftersom personal är en del av verksamheten.

4.4.2 Avslut när avvikelsen ej är kommunens ansvar

När svar på avvikelserapport som är skickad till annan vårdgivare emottas av MAS/MAR avslutas utredningen. Rapportör (om det är legitimerad personal) och berörd chef läggs för kännedom. De kan då läsa svaret i flik 4.

MAS/MAR kan avsluta avvikelser som inte återkopplats till kommunen efter ett år.

4.5. Återkoppling

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

I avvikelssystemet går en automatisk återkoppling till rapportör när utredningen är avslutad. I meddelandet framgår bakomliggande orsaker och vidtagna/planerade åtgärder samt om händelsen bedöms som en lex Sarah eller lex Maria och vilken chef som kan kontaktas om det finns kvarstående frågor.

4.6. 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/klienten 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.

4.7. 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/områdeschef för att kontakta systemadministratör som lägger in ersättare.



4.8. Statistikrapport

Manual för att ta fram specifika statistikrapporter av avvikelser, finns i HSL-handboken. Månads-, halvårs- och helårsrapport skickas automatiskt från verksamhetssystemet till ansvarig chef.

4.9. 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) arkiveras i kommunens diarium.

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. Legitimerad personal

Ansvarar för att

- som medutredare bidra i utredningen och sedan klarmarkera inom 2 v.
 - o bedöma hur delegerad personal agerat och eventuellt vidta åtgärd.
 - o bedöma vilken konsekvens det blev för brukaren.
 - o göra allvarlighetsbedömning tillsammans med utredande chef. Har man inte samma uppfattning av allvarlighetsgraden, läggs MAS/MAR/kvalitetsstrateg för kännedom.
- vid frånvaro längre än en vecka ansvarar legitimerad för att lägga in ersättare i avvikelshanteringssystemet.

5.3. Chef

Ansvarar för att

- personalen har kännedom om och följer anvisningen.
- vara huvudansvarig för utredning av avvikelse för händelser i sin verksamhet.
- vid behov lägga medutredare till utredningen eller flytta avvikelsen till annan chef.
- vid allvarlighetsbedömning gällande brist i hälso- och sjukvård, bör den göras tillsammans med legitimerad personal.
- lägga legitimerad personal för kännedom vid fallavvikelser.



- återkoppla resultatet av analysarbetet till hela personalgruppen.
- som medutredare, bidra i utredningen och sedan klarmarkera inom 2 v.
- sammanställa och analysera enhetens avvikelser och genomförda förbättringsarbete. Detta redovisas i aktuellt system eller vid begäran.
- resultatet av analysarbetet leder till förbättringar som minskar risken för upprepning.
- vid händelse som gäller allvarlig/risk för allvarlig skada eller missförhållande omedelbart kontakta kvalitetsstrateg/MAS/MAR.
- vid frånvaro längre än en vecka ansvarar chef i samråd med områdeschef för att kontakta systemadministratör som lägger in ersättare.
- i samråd med områdeschef hantera och avsluta avvikelser innan anställning upphör.
- utreda och avsluta avvikelser utan uppföljning inom fyra veckor.

5.4. Områdeschef i förvaltningen/motsvarande hos entreprenörer och LOV

Ansvarar för att

- löpande säkerställa att avvikelser hanteras och avslutas i tid enligt denna anvisning.
- vid frånvaro längre än en vecka ansvarar chef i samråd med områdeschef för att kontakta systemadministratör som lägger in ersättare.
- säkerställa att chef hanterar och avslutar avvikelser innan anställning upphör.
- driva övergripande kvalitetsarbete inom verksamhetsområdet utifrån arbetet med rapporterade händelser.
- återföra kvalitetsförbättringar mellan och inom de olika verksamhetsområdena.
- sammanställa, analysera och rapportera verksamhetens avvikelser och kvalitetsförbättringar i aktuella system och vid begäran.

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

Ansvarar för att

- följa upp anvisningen och uppdatera den vid behov.
- vid behov bistå chef med att bedöma och besluta om fortsatt handläggning av inrapporterade händelser.
- utreda lex Sarah för egen regi och anmäla på delegation av Socialnämnden lex Sarah och till IVO.
- utreda lex Maria för alla verksamheter och anmäla på delegation av Socialnämnden lex Maria till IVO och/eller Läkemedelsverket.
- lägga in återkoppling och eventuell begäran om komplettering från IVO i avsett avvikelssystem på aktuellt ärende.
- i samråd med ansvarig chef återkoppla till den enskilde och/eller företrädare om inträffad händelse bedöms som allvarlig brist i hälso- och sjukvård, vidtagna åtgärder samt beslut av IVO i ärendet.



- i samråd med ansvarig chef i egenregion återkoppla till den enskilde och/eller företrädare om inträffad händelse bedöms som ett allvarligt missförhållande i vidtagna åtgärder samt beslut av IVO i ärendet.
- analysera samtliga händelser som skett under året och redovisa dessa i kvalitets säkerhetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse.
- skicka vidare hälso- och sjukvårdsavvikelser för utredning till andra vårdgivare (MAS/MAR).
- registrera svar och avsluta avvikelser från andra vårdgivare (MAS/MAR).
- avsluta de avvikelser där svar inte inkommit från andra vårdgivare inom ett år (MAS/MAR).
- registrerar inkommande hälso- och sjukvårdsavvikelser från andra vårdgivare (MAS/MAR).
- skicka anmälan till berörda myndigheter.
- för avvikelser som utreds inom flera lagrum enas kvalitetsstrateg och MAS/MAR om vem som godkänner utredningen.

5.7. Registrator

Ansvarar för att:

- registrera lex Sarah- och lex Maria-rapport samt -anmälan i kommunens diarie.
- förmedla kopia på beslut från IVO till kvalitetsstrateg och MAS/MAR.

Revidering 260525

- Avvikelser till HMC ska skrivas i Digital Fox (DF). MAS/MAR ansvarar för att dessa skickas till HMC och att svar läggs in i DF.
- Trygghetsteamets chef ansvarar för att utreda avvikelser som trygghetsteamet rapporterar.
- Redaktionella ändringar.

Revidering 250605

- 4.2.1 Fall utreds och följs upp i tidigare ärende - Hänvisar till manual för avvikelshantering.

Bilaga 1. Bedömningsmatris allvarlighetsgrad

Bedömningen gäller både vid faktisk händelse samt vid påtaglig risk för händelse.

	Mindre (1) Lindriga eller inga besvär.	Måttlig (2) Övergående besvär eller funktionsnedsättning.	Betydande (3) Allvarlig skada/påtaglig risk för allvarlig skada. Omfattande och kvarstående måttliga besvär eller funktionsnedsättning.	Katastrofal (4) Allvarligt hot mot hälsa, liv eller säkerhet. Större kvarstående besvär eller funktionsnedsättning. Dödsfall.
Fall	Fall som inte har lett till någon påverkan eller som orsakar kortvariga övergående besvär eller skada Exempel: mindre blåmärke, smärta, svullnad eller rädsla som övergår inom några timmar, skrapsår och mindre sårskador	Fall som leder till övergående besvär eller skada Exempel: fraktur där den enskilde återfår tidigare funktionsförmåga. Större sårskada, omfattande blåmärken, smärta, svullnad, rädsla som är övergående	Fall som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/skada/besvär Exempel: Fraktur som innebär att den enskilde inte längre är gångare. Den enskilde har kvarvarande rädsla för förflyttning	Fall som leder till: -stor bestående skada/funktionsnedsättning eller i efterförloppet till dödsfall Exempel: Fallet orsakar dödsfall, stora bestående funktionsnedsättningar efter ett fall



Brist i/ utebliven omsorgs- insats	<p>Brister i utförande av insats som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren</p> <p>Exempel: fördröjd eller felaktigt utförd insats, brister i tillsyn, rutiner saknas</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till övergående besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid enstaka tillfällen, brister i informationsöverföring, bristande rutiner</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid upprepade tillfällen, bristande samordning kring brukaren, insatser utförts mot brukarens vilja, tidigare åtgärder ej tillräckliga</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till stor bestående skada eller funktions-nedsättning eller dödsfall</p> <p>Exempel: utebliven insats som har avgörande betydelse för brukarens liv, tidigare åtgärder ej genomförda</p>
Brist i/utebliven serviceinsats (mycket ovanligt att bristen skulle innebära höga risker)	<p>Brister i utförande av insats som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren</p> <p>Exempel: fördröjd eller felaktigt utförd insats, brister i tillsyn, rutiner saknas</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till övergående besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid enstaka tillfällen, brister i informationsöverföring, bristande rutiner</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid upprepade tillfällen, bristande samordning kring brukaren, insatser utförts mot brukarens vilja, tidigare åtgärder ej tillräckliga</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till stor bestående skada eller funktions-nedsättning eller dödsfall</p> <p>Exempel: utebliven insats som har avgörande betydelse för brukarens liv, tidigare åtgärder ej genomförda</p>



Brist i trygghet	<p>Brister i trygghet som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren</p> <p>Exempel: bristande lyhördhet för brukares önskemål, rutiner saknas</p>	<p>Brister i trygghet som leder till övergående besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: sär-behandling, ovärdigt bemötande, bristande rutiner</p>	<p>Brister i trygghet som leder till kvarstående allvarliga besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: kränkningar, hot, bestraffningar, olämpligt språkbruk eller beteende, tidigare åtgärder ej tillräckliga</p>	<p>Brister i trygghet som leder till stor bestående psykisk skada eller självmord eller dödsfall</p> <p>Exempel: upprepade hot, kränkningar, bestraffningar, tidigare åtgärder ej genomförda</p>
Brist i bemötande	<p>Brister i bemötande som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren</p> <p>Exempel: bristande lyhördhet för brukares önskemål, rutiner saknas</p>	<p>Brister i bemötande som leder till övergående besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: sär-behandling, ovärdigt bemötande, bristande rutiner</p>	<p>Brister i bemötande som leder till kvarstående allvarliga besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: kränkningar, hot, bestraffningar, olämpligt språkbruk eller beteende, tidigare åtgärder ej tillräckliga</p>	<p>Brister i bemötande som leder till stor bestående psykisk skada eller självmord eller dödsfall</p> <p>Exempel: upprepade hot, kränkningar, bestraffningar, tidigare åtgärder ej genomförda</p>



Brist i/ utebliven stöd- och behandlings- insats	<p>Brister i utförande av insats som inte leder till något märkbart besvär för brukaren</p> <p>Exempel: fördröjd eller felaktigt utförd insats, brister i tillsyn.</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till övergående besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid enstaka tillfällen. Avvikelse gentemot genomförandeplan.</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till kvarstående allvarliga besvär eller skada för brukaren</p> <p>Exempel: utebliven insats vid upprepade tillfällen, bristande samordning kring brukaren, insatser utförts mot brukarens vilja.</p>	<p>Brister i utförande av insats som leder till stora bestående besvär, funktionsnedsättning eller dödsfall</p> <p>Exempel: utebliven insats som har avgörande betydelse för brukarens liv. Mycket allvarlig tillsynsbrist.</p>
Brist i handläggning	<p>Brister i rättssäkerhet som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren</p> <p>Exempel: brukaren får för kort kommunikeringstid, bristande dokumentation, rutiner saknas</p>	<p>Brister i rättssäkerhet som leder till övergående lindriga fysiska eller psykiska besvär för brukaren</p> <p>Exempel: brister i informations-överföring, avsaknad av genomförande-plan, bristande journalföring, bristande rutiner</p>	<p>Brister i rättssäkerhet som leder till kvarstående allvarliga fysiska eller psykiska besvär för brukaren</p> <p>Exempel: felaktig placering eller insats, felaktig information om rättigheter, sekretessmaterial förvaras åtkomligt för obehöriga, tidigare åtgärder ej tillräckliga</p>	<p>Brister i rättssäkerhet som leder till avsevärda och bestående fysiska eller psykiska besvär för brukaren</p> <p>Exempel: vägran att ta emot eller utreda en ansökan, orimligt lång handläggningstid, avsaknad av skriftligt avslag, otillåtna ändringar av gynnande beslut, bortkomna sekretess-handlingar, tidigare åtgärder ej genomförda</p>



Ekonomiska övergrepp	<p>Ekonomiskt övergrepp eller stöld som leder till lindrig skada eller besvär</p> <p>Exempel: stöld av ringa värde som går att ersätta</p>	<p>Ekonomiskt övergrepp eller stöld som leder till övergående besvär eller otrygghet</p> <p>Exempel: stöld som leder till kännbara besvär, inte kan utföra sitt inköp på planerad dag</p>	<p>Ekonomiskt övergrepp eller stöld som leder till kvarstående besvär</p> <p>Exempel: stöld av exempelvis ärvda smycken som har stort affektionsvärde och ej går att ersätta.</p>	<p>Ekonomiskt övergrepp eller stöld som leder till stora kvarstående besvär</p> <p>Exempel: tillskansar sig omfattande ekonomiska tillgångar, sätta brukare i skuld, enskilda eller upprepade tillfällen, utpressning och förskingring</p>
Sexuella övergrepp	<p>Sexuella ofredanden som inte leder till något märkbart besvär</p> <p>Exempel: verbalt ofredande mellan personal/brukare eller brukare/brukare, oönskad uppmärksamhet/anspelningar</p>	<p>Sexuella ofredanden som leder till övergående besvär</p> <p>Exempel: fysiskt eller psykiskt ofredande, grovt verbalt ofredande som upplevs kränkande eller nedsättande, utsätta brukare för oönskad exponering</p>	<p>Sexuellt utnyttjande som leder till kvarstående besvär</p> <p>Exempel: bristande skydd runt brukare</p>	<p>Sexuellt utnyttjande som leder till stora kvarstående besvär</p> <p>Exempel: våldtäkt, våldtäkts-försök och sexuella övergrepp</p>



Fysiska övergrepp	Våld mellan brukare eller personal mot brukare som inte leder till smärta eller synbar skada Exempel: nypning, skrämsel	Våld mellan brukare eller personal mot brukare som leder till övergående fysiska besvär eller skada. Exempel: sårskada, smärta, svullnad, rädsla, oro	Våld mellan brukare eller personal mot brukare som leder till kvarstående allvarlig skada eller funktions nedsättning. Exempel: fraktur, allvarliga sårskador, kränkning, hårda tag	Våld mellan brukare eller personal mot brukare som leder till stor bestående skada eller funktions-nedsättning eller dödsfall
Psykiska övergrepp inklusive hot	Kränkningar och hot som inte leder till något märkbart besvär för brukaren Exempel: bristande lyhördhet och respekt för brukares önskemål	Kränkningar och hot som leder till övergående besvär eller skada för brukaren Exempel: verbala kränkningar, särbehandling	Kränkningar och hot som leder till kvarstående allvarliga besvär eller skada för brukaren Exempel: sekretessbrott, allvarliga kränkningar, hot om bestraffning	Kränkningar och hot som leder till stor och bestående psykisk skada eller självmord eller dödsfall Exempel: upprepade kränkningar eller hot eller bestraffningar, sexuella övergrepp
Brist i/ utebliven dokumentation	Brist i/utebliven dokumentation som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren Exempel: dokumentation journalförs i efterhand,	Brist i/utebliven dokumentation som leder till övergående fysiska eller psykiska besvär för brukaren	Brist i/utebliven dokumentation som leder till kvarstående allvarliga fysiska eller psykiska besvär för brukaren Exempel: utebliven eller bristfällig journalföring	Brist i/utebliven dokumentation som leder till bestående fysiska eller psykiska besvär för brukaren



	rättelse av felaktig dokumentation	Exempel: avsaknad av genomförandeplan, förväxling av brukare		Exempel: utebliven eller bristfällig journalföring av exempelvis insulingivning
Suicid Kvalitetsstrategi och/eller MAS läggs alltid till som medutredare	Används ej	Används ej	Används ej	Suicid eller suicidförsök av person aktuell inom verksamheten.
Självskadebeteende	Självskada som inte har lett till någon påverkan eller som orsakar lindriga besvär eller skada samt Att tillsyn brustit eller att det skett i verksamhet där risken borde ha uppmärksammats. Viss brist i säkerhetstänk. Exempel: mindre blåmärke, smärta, svullnad, skrapsår och mindre sårskador. Eller	Självskada som leder till/eller hade kunnat leda till övergående besvär eller skada samt Att tillsyn brustit eller att det skett i verksamhet där risken borde ha uppmärksammats. Viss brist i säkerhetstänk. Exempel: större sårskada, omfattande blåmärken, smärta eller svullnad. Eller	Självskada som leder till/eller hade kunnat leda till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/skada/besvär samt Bristande tillsyn i ärende där det finns indikationer på att den enskilda kan komma att skada sig själv. Brist i säkerhetstänk i verksamhet där självskada är möjligt. Exempel: allvarlig sårskada, blodförlust,	Självskadebeteende som leder till/eller hade kunnat leda till stor bestående skada/funktionsnedsättning eller dödsfall samt Bristande tillsyn i ärende där det finns tydliga indikationer på att den enskilda kan komma att skada sig själv allvarligt. Allvarliga brister i säkerhetstänk i verksamhet där självskada är troligt.



	<p>Exempel Att verksamheten inte uppmärksammat risk för självskada. Att föremål som skulle kunna användas vid självskada finns lätt tillgängliga i verksamhet där person med självskadebeteende skulle kunna vistas.</p>	<p>Att föremål som skulle kunna användas vid självskada finns lätt tillgängliga i verksamhet där person med självskadebeteende skulle kunna vistas.</p>	<p>bestående skador som begränsar den enskilde.</p> <p>Eller</p> <p>Otillräcklig tillsyn trots indikationer på att brukare i närtid allvarligt kan komma att skada sig själv. Otillräcklig tillsyn trots risk för självskada.</p> <p>Knivar, saxar och andra vassa föremål har funnits lätt tillgängliga i verksamhet där det finns risk för att de används vid självskada.</p>	<p>Exempel: mycket allvarlig sårskada, livshotande blodförlust, bestående skador som innebär omfattande begränsningar för den enskilde.</p> <p>Eller</p> <p>Otillräcklig tillsyn trots indikationer på att brukare i närtid allvarligt kan komma att skada sig själv. Grav försummelse.</p> <p>Knivar, saxar och andra vassa föremål har funnits lätt tillgängliga i verksamhet där det finns stor risk för att de används vid allvarlig självskada.</p>
--	--	---	--	---



Brist i information/kommunikation/samverkan	<p>Brister i informationsöverföring/samordning som leder till lindriga besvär</p> <p>Exempel: Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.</p>	<p>Brister i informationsöverföring/samordning som leder till övergående besvär</p> <p>Exempel: Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.</p>	<p>Brister i informationsöverföring/samordning som leder till kvarstående allvarliga besvär</p> <p>Exempel: Missar i samordning internt eller externt, mellan vårdgivare, arbetsgrupper eller andra förvaltningar och aktörer. Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.</p>	<p>Brister i informationsöverföring/samordning som utgör ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, stora kvarstående besvär eller skada/funktionsnedsättning, dödsfall.</p> <p>Exempel: Missar i samordning internt eller externt, mellan vårdgivare, arbetsgrupper eller andra förvaltningar och aktörer. Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet.</p>



				Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.
Läkemedelsinsatser Bör bedömas tillsammans med sjuksköterska.	Uteblivet, fördröjt eller felaktigt givet läkemedel som för den enskilde leder till lindriga besvär eller ingen påverkan Exempel: Enstaka uteblivna doser t ex antibiotika, blodtrycksmedicin. Feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet. Enstaka uteblivna doser av t ex mjukgörande salva, tårersättningsmedel eller vitaminer, läkemedelssvinn som inte lett till påverkan av patientens smärta eller sjukdom.	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som för den enskilde leder till övergående skada/ smärta/funktionsnedsättning Exempel: Uteblivet läkemedel t ex Parkinson, smärtlindrande, lugnande medicin,	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som för den enskilde leder till måttlig kvarstående skada/ funktionsnedsättning Exempel: Uteblivet livsviktigt läkemedel t ex blodförtunnande läkemedel, insulin. Bristen föranleder läkarkontakt eller byte av vårdform	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som leder till stor kvarstående skada/ funktionsnedsättning för den enskilde eller i efterförloppet leder till dödsfall eller självmord Exempel: Uteblivet livsviktigt läkemedel t ex blodförtunnande läkemedel, insulin, överdosering av lugnande och smärtlindrande läkemedel, felaktigt inställd droppräknare Bristen föranleder läkarkontakt eller byte av vårdform



Brist i hälso- och sjukvårdsinsats Bör bedömas tillsammans med	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling eller dokumentation som leder till lindriga eller inga besvär	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling eller dokumentation som leder till övergående besvär	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling eller dokumentation som leder till kvarstående måttliga besvär	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling eller dokumentation som leder till mycket allvarliga besvär eller dödsfall/själv mord



legitimerad personal	Exempel: förlängd sårläggning, bristande följsamhet till basala hygienrutiner	Exempel: övergående smärta, trycksår (med klassificering grad 1-2)	Exempel: bestående smärta, trycksår (med klassificering grad 3-4 eller "sårdjup okänt), bestående infektioner (multiresistenta bakterier)	Exempel: felaktig omläggning/behandling som leder till amputation, annan felaktig/utebliven behandling som i förlängningen orsakar död
Brist i It-system	Brister i utrustning och teknik som inte leder till någon märkbar besvär för brukaren Exempel: brister i trygghetslarmfunktion eller journalsystem	Brister i utrustning och teknik som leder till övergående lindriga besvär eller skada för brukaren Exempel: upprepade brister i trygghetslarmfunktion eller journalsystem	Brister i utrustning och teknik som leder till kvarstående allvarliga besvär eller skada för brukaren Exempel: ej fungerande trygghetslarm eller journalsystem	Brister i utrustning och teknik som leder till stor bestående skada eller funktions-nedsättning eller dödsfall Exempel: ej fungerande trygghetslarm eller journalsystem
Händelse hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö Bör bedömas tillsammans med	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till lindriga eller inga besvär för den enskilde	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till övergående måttliga besvär för den enskilde	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till kvarstående måttliga besvär för den enskilde	Felaktigt utprovat hjälpmedel eller felaktigt använt hjälpmedel som leder till stora bestående besvär för den enskilde eller dödsfall/själv mord



legitimerad personal	Exempel: dålig fixering av ortos som ger lindriga besvär.	Exempel: brukares luftpumpade sittdyna läggs fram och bak i rullstolen, det upptäcks under dagen och brukaren får ont och övergående rodnad på sittben. Stödstrumpa dras på utan att följa rutin och brukaren får en övergående sårskada. Övergående skavsår från ortos, utslag efter behandling med TENS	Exempel: felaktig användning av trach, brukare faller ur lyftsele eller rullstol. Brukare förflyttas enkelbemannat när det ska vara två. Rullstolsdyna som ligger felvänd under flera dagar/vecka och leder till sår/risk för svåråkt trycksår. Omsorgspersonal signalerar inte att brukare har tappat vikt och därmed riskerar glida ur lyftsele. Hjälpmedel som går sönder på grund av felmontering och som riskerar allvarlig skada.	Exempel: felaktigt användande av trach, brukare faller ur lyftsele eller rullstol.
----------------------	---	---	--	--