

Handläggare
Bodin Karina

Datum
2013-12-11

Diarienummer
ALN-2013-0246.37

Äldrenämnden

Riktlinje för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård

Utgår från övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun omfattande ÄLN och NHO ansvarsområden

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att anta riktlinje för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård

Sammanfattning

Detta övergripande styrdokument beskriver ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvård inom äldrenämnden (ÄLN) och nämnden för hälsa och omsorg (NHO). Ansvarsfördelningen mellan vårdgivaren, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), utförarens verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal tydliggörs. Styrdokumentet utgör även ett stöd för författningsstyrda specifika riktlinjer som arbetas fram av MAS och MAR.

Ärendet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns ett avvikelshanteringssystem. Medicinskt ansvariga skriver riktlinje för processen. Hos utförarna omsätts riktlinjen i rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna som inträffat. De vidtagna åtgärdernas effekt ska följas upp. Avvikelse ska sammanställas, analyseras och återföras till verksamhetens medarbetare och andra berörda. Dessutom ska erfarenheterna från avvikelshandlingen användas i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Förbättringsresultat ska presenteras i utförarens patientsäkerhetsberättelse.

Dokumentet omfattar de processer och ansvarsområden som ska säkerställa patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete.

Syfte

Verksamhetscheferna har en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Riktlinje för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård

Utgår från övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun omfattande ÄLN och NHO ansvarsområden

Dokumentnamn Riktlinje för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård			
Fastställt av Äldrenämnden och Nämnden för hälsa och omsorg			
Dokumentansvarig Medicinskt ansvariga vid sektionen för medicinskt vård- och rehabiliteringsansvar (SMA)			
Dokumentidentitet Riktlinje	Version 1	Datum 2013-12-05	Status Förslag till beslut

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Termer och begrepp	4
Syfte	5
Omfattning	5
Genomförande	6
Avvikelseberättelse	6
Händelseanalys	6
Riskanalys	7
Ansvar	7
Vårdgivaren – ansvarig nämnd	7
Medicinskt ansvariga	7
Verksamhetschef	8
Hälso- och sjukvårdspersonal	8
Referenser	9
Bilagor	10
Bilaga 1. Avvikelseberättelse	10
Bilaga 2. Omfattning av dokumentation vid risk- och händelseanalys	12
Bilaga 3. Beslutsmatris	13

Sammanfattning

Vårdgivaren har ansvar för att det finns ett avvikelshanteringssystem. Medicinskt ansvariga skriver riktlinje för processen. Hos utförarna omsätts riktlinjen i rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna som inträffat. De vidtagna åtgärdernas effekt ska följas upp. Avvikelse ska sammanställas, analyseras och återföras till verksamhetens medarbetare och andra berörda. Dessutom ska erfarenheterna från avvikelshantering användas i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Förbättringsresultat ska presenteras i utförarens patientsäkerhetsberättelse. Dokumentet omfattar de processer och ansvarsområden som ska säkerställa patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete.

I avvikelshanteringsprocessen ska utföraren särskilt beakta att:

- verksamhetschefen ska ha dokumenterade rutiner för hantering av avvikelser
- avvikelse med allvarlighetsgrad 3 och 4 ska snarast rapporteras till medicinskt ansvariga
- alla avvikelser (oavsett allvarlighetsgrad) gällande medicintekniska produkter, vårdkedja och apotekstjänst ska meddelas via funktionsbrevlåda eller post till medicinskt ansvariga

Bakgrund

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) beskriver system för hantering av avvikelser och rapporteringsskyldigheten. Föreskriften om medicinsktekniska produkter (SOSFS 2008:1) beskriver rapporteringsskyldighet vid negativa händelser och tillbud med tekniska hjälpmedel och förbrukningsartiklar. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) fick vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna har en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ett särskilt ansvar för att anmälan görs till ansvariga nämnder, om en patient i samband med vård och behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Verksamhetscheferna har en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Avvikelse rapportering ska uppfattas positivt och som ett uttryck för ett aktivt kvalitetsmedvetande samt ett intresse för förbättringsarbete i verksamheten.

Termer och begrepp

A-hjälpmedel: förskrivna avancerade hjälpmedel, t ex elektrisk rullstol, personlyft (HUL).

Avvikelsehantering: rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

B-hjälpmedel: förskrivna bashjälpmedel, t ex rollator, toalettförhöjning (HUL).

Egenkontroll. systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (SOSFS 2011:9).

HUL: Hjälpmedel i Uppsala Län (HUL). Länsövergripande organisation för tekniska hjälpmedel för vuxna personer.

Hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

IVO: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården samt över hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning.

Medicinskteknisk produkt: produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process eller kontrollera befruktning.

Negativ händelse: en händelse som medfört en vårdskada.

Patientsäkerhetsarbete: arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Patientsäkerhet: skydd mot vårdskada.

Process: serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat (SOSFS 2011:9).

Risk: möjlighet att en negativ händelse ska inträffa.

Riskanalys: systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang.

Skada: lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården.

Tillbud: en händelse som hade kunnat medföra en vårdskada.

Vårdgivare: Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

Vårdskada: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Syfte

Att tydliggöra ansvar och roller i avvikelshanteringsprocessen.

Att främja ett systematiskt användande av risk- och händelseanalys i hälso- och sjukvårdsarbetet.

Att riskfyllda tillbud uppmärksammas i tid så att vårdskador kan förhindras och förebyggas oavsett orsak.

Att kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete sker och ligger till grund för lärande och kunskapsutveckling.

Omfattning

Avvikelsehantering omfattar identifiering, rapportering, analys, uppföljning och återföring av erfarenheter. En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. I avvikelssystemet finns exempel på vilka typer av händelser som ska rapporteras som avvikelser. En avvikelserapport ska i första hand fokusera på vad som har inträffat, inte på vem som var inblandad.

Genomförande

Verksamhetscheferna ansvarar för att det finns rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till det inträffade. De vidtagna åtgärdernas effekt ska följas upp. Avvikelse ska sammanställas, analyseras och återföras till verksamhetens medarbetare och andra berörda. Dessutom ska erfarenheterna från avvikelshantering användas i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Förbättringsresultat ska presenteras i utförarnas patientsäkerhetsberättelse. Varje anställd ska

kunna informera patient och närstående om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården.

Avvikelserapportering

Avvikelserapporterna utreds i det tvärprofessionella teamet¹. Efter analys görs en bedömning av allvarlighetsgrad och konsekvens samt vilken typ av fortsatt handläggning och åtgärd som krävs. En bedömning om vilken sannolikhet för att det som inträffar sker igen ska göras enligt anvisning i avvikelshanteringssystemet. Bifogad blankett används då elektroniskt system inte kan användas (bilaga 1).

Avvikelseer och tillbud gällande medicintekniska produkter

Kraven för rapportering av medicintekniska produkter anges i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna beskriver kriterier för rapporteringsbara händelser, tillvägagångssätt och ansvarsfrågor vid rapporteringen.

Den som upptäcker en händelse med en medicinteknisk produkt ska rapportera händelsen till verksamhetschef. Ansvarig legitimerad personal följer HULs rutiner för rapportering av olyckor/tillbud med hjälpmedel då det gäller A-hjälpmedel. Gällande B-hjälpmedel och förbrukningsartiklar ansvarar legitimerad personal för rapportering till tillverkaren.

Verksamhetschef ansvarar för att utreda samtliga händelser och rapportera avvikelser med B-hjälpmedel och förbrukningsartiklar till medicinskt ansvariga som skriver rapport till Läkemedelsverket samt bedömer om händelsen ska rapporteras till IVO för kännedom eller anmälas som en lex Maria.

Avvikelseer i vårdkedjan

Avser alla avvikelser som sker mellan huvudmännen. I Uppsala län återfinns de dokument som beskriver samverkan i vårdkedjan mellan huvudmännen i ViS². Vårdkedjeavvikelse ska efter utredning av verksamhetschef rapporteras till medicinskt ansvariga som därefter skickar till ansvarig chefsläkare/verksamhetschef inom slutenvården, primärvården eller öppenvården.

Händelseanalys

När en händelse inträffat som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört allvarliga konsekvenser för patienternas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa, ska en händelseanalys genomföras. Exempel på avvikelser som kan föranleda en händelseanalys är allvarliga brister i vård och behandling och dokumentation samt otillräcklig eller felaktig information mellan personal eller till patient. Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen inträffade samt vilka förbättringsåtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser sker igen. Syftet är att

¹ Det tvärprofessionella teamet består i första hand av verksamhetschef för en specifik enhet, omsorgspersonal och ansvarig legitimerad personal.

² Vård i Samverkan – kvalitetshandbok, www.lul.se

upptäcka brister i organisationen som exempelvis brister i kommunikation, arbetsmiljö, samverkan och rutiner.

Åtgärderna som fastställs till följd av händelseanalysen ska vara konkreta, realistiska och möjliga att genomföra inom en rimlig tidsplan samt kunna kopplas till de bakomliggande orsakerna. Åtgärderna kan vara omedelbara, kortsiktiga eller långsiktiga.

Risikanalys

Risikanalys ska göras inför olika förändringar som genomförs inom en verksamhet och även på befintliga processer i en organisation som bedöms innehålla många risker.

En riskanalys kan vara befogad i följande situationer:

- frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en specifik arbetsprocess
- medarbetarnas upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld
- ny teknik ska implementeras i verksamheten eller organisationen
- en ny metod, produkt eller ny process ska introduceras
- organisationsförändringar ska genomföras
- tillbud eller negativa händelser som inträffat hos andra vårdgivare som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten
- flera händelseanalyser har gjorts inom ett område men betydande risker kvarstår varför det finns behov av att göra en mer översiktlig riskanalys
- komplex vård och behandling

Anvisning om vad en risk- och händelseanalys bör omfatta finns angivet i bilaga 2 och 3.

Ansvar

Vårdgivaren – ansvarig nämnd

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett avvikelserapporteringssystem så att rapporteringsskyldigheten och det systematiska förbättringsarbetet kan bedrivas i de verksamheter som har avtal med nämnderna. Avvikelse rapporter, risk- och händelseanalyser är ett redskap för att hitta brister och risker i vård och omsorg. Vårdgivaren ansvarar även för att utse ansvariga för utredning och anmälan till granskande myndighet enligt gällande författningar samt återkoppla myndighetsbeslut från IVO till medicinskt ansvariga.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvariga skriver riktlinje utifrån vårdgivarens avvikelshanteringssystem med anvisning om rutiner och uppföljning. Ansvaret omfattar även att:

- utreda och anmäla allvarliga händelser enligt lex Maria till IVO
- informera patient, närstående och verksamhetschef om utredningar, anmälningar och resultat
- informera till ansvarig nämnd om utredning av allvarliga händelser och inför anmälningar till myndigheter
- analysera trender och genomföra tillsyn och granskning samt rapportera resultaten årligen till ansvarig nämnd
- sammanställa utförarnas patientsäkerhetsberättelser till ansvarig nämnd i en övergripande patientsäkerhetsberättelsen

Verksamhetschef

Verksamhetschef har det samlade ansvaret för systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket bl.a. innebär att:

- implementera riktlinjen i sin verksamhet
- skapa rutiner för avvikelshantering och egenkontroll
- tillsammans med berörd personal göra en analys av samtliga avvikelser
- ansvara för flödet i avvikelshanteringsprocessen
- genomföra risk- och händelseanalys vid behov

- upprätta handlingsplan vid allvarliga händelser/risker

Utförarens egenkontroll sker med den regelbundenhet som krävs för att kunna säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All personal är skyldig att rapportera avvikelser och den som upptäcker en händelse/tillbud är ansvarig för att avvikelserapporten skrivs. Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka vid:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- avvikelshantering, risk- och händelseanalys
- uppföljning av mål och resultat

Referenser

Hälso- och sjukvårdslag, HSL (1982:763)

Patientsäkerhetslag, PSL (2010:659)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. (SOSFS 2005:28)

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)

Socialstyrelsen 2009, Riskanalys och händelseanalys – en handbok för patientsäkerhetsarbete.

Bilagor

Bilaga 1. Avvikelse rapport

Enhet	Telefonnummer
Datum för avvikelsen	Klockslag

När avvikelsen rör en patient

Patientens födelseår och 2 sista siffror samt initialer (ex. 24xxxx-xx04 KE)

Typ av avvikelse (markera aktuellt område)

- Fall Läkemedel Tryckskada Dokumentation Brister i informationsöverföringen Smitta Nutrition
 Självordsförsök/självord Risk för avvikelse Medicinsktekniska produkter Vårdkedja Annat

BESKRIVNING AV AVVIKELSEN

Fylls i av den som upptäckte händelsen eller risken

Vad har hänt?

Vad gjorde Du? Vilka kontakter togs?

Trolig orsak till händelsen?

Datum

Namn

Titel

HÄNDELSENS ALLVARLIGHETSGRAD

Fylls i av legitimerad personal 1 2 3 4

Mindre (1) Obehag, obetydlig skada eller ingen skada (ex. feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fall utan skada)

Måttlig (2) Övergående funktionsnedsättning, tillfälligt högre vård/omsorgsnivå (ex. utebliven dos ingen effekt på patienten. Feldosering. Har inte följt rutin, dock ingen konsekvens patienten. Fallolycka med måttlig skada (ingen fraktur).

Betydande (3) Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning, kirurgiskt ingrepp krävs, bestående högre vård/omsorgsnivå. (ex. missade läkemedel som insulin, warfarin eller smärtstillande narkotiskt preparat. Förväxling av doser/patienter. Vårdrelaterad infektion, fallolycka med större skada ex fraktur).

Katastrofal (4) Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning, självmord, åtgärd/behandling på fel patient (ex slagit i huvudet och avlider senare av frakturen/skadan).

Datum

Namn

Titel

UTREDNING AV HÄNDELSE/RISK Fylls i av verksamhetschef		
VIDTAGNA ÅTGÄRDER		
HANDELSPLAN		
Sannolikhet för att avvikelser/risken ska upprepas (teambedömning)		
<input type="checkbox"/> 1. Mycket liten (händer under 1-10 års period) <input type="checkbox"/> 2. Liten (händer årligen)		
<input type="checkbox"/> 3. Stor (händer månatligen) <input type="checkbox"/> 4. Mycket stor (händer varje vecka)		
UPPFÖLJNING OCH ÅTERKOPPLING Verksamhetschef		
Datum	Namn	Titel
ÄRENDET AVSLUTAT Verksamhetschef		
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

OBS:

Samtliga avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 skall snarast rapporteras via telefon eller funktionsbrevlåda till MAS/MAR för bedömning. Alla avvikelser, oavsett allvarlighetsgrad, gällande medicintekniska produkter, brister vårdkedjan samt kopia på avvikelser till Apotekstjänst skall skickas till MAS/MAR via funktionsbrevlåda eller post.

E-post: medicinskt.ansvariga.hvk@uppsala.se

Postadress:

Sektionen för medicinskt vård och rehabiliteringsansvar (SMA)
Uppsala kommun (HVK)
Stationsgatan 12
753 75 Uppsala

Bilaga 2. Omfattning av dokumentation vid risk- och händelseanalys

Rubrik

Skriv en rubrik som även omfattar vilken/vilka enheter som utredningen/analysen omfattas av

Närvarande

Skriv vilka som deltar och vem som dokumenterar samt vem som initierat analys/utredning.

Processer

Utredningen/analysen kan omfatta en eller flera processer som ska granskas t.ex. läkemedelsadministration, ordination, samordnad utskrivningsplanering, dokumentation, osv.

Bakgrund

Historik av betydelse som ger en bild av hur det var innan händelsen/risken. Liknande händelser/risker. Händelseförlopp och bakomliggande orsaker till händelser/risker. Vilka omfattas/påverkas?

Syfte

Vad vill man uppnå med utredningen/analysen?

Mål

Ett eller flera mätbara mått på förbättring ex. aktuellt ordinationsunderlag skall alltid finnas ihop med läkemedlen, individens önskemål och delaktighet finns alltid dokumenterat osv.

Problem/risker

Rada upp identifierade problem som kräver åtgärd samt dess allvarlighetsgrad.

Åtgärder

Åtgärder som förhindrar att det sker igen eller något som förbättrar miljön så att ingen skada sker. Vad behöver göras för att syfte och mål skall nås? Åtgärderna kan vara; omedelbara (görs i eller nära anslutning till händelsen), kortsiktiga (t ex revidera en rutin) eller långsiktiga (t ex övergripande organisationsförändringar, ombyggnationer eller införande av nytt IT-stöd).

Ansvar och roller

Vem har ansvar för olika åtgärder och vilka ska genomföra olika åtgärder

Rutiner

Vilka rutiner finns, räcker befintliga, måste den/de revideras, ska det skapas nya

Sidoeffekter

Hittades några bifynd som inte direkt har anknytning till analyserade processer/rutiner/händelser/risker?

Tidplan

När skall åtgärderna vara genomförda, nya rutiner implementerade, när skall målet vara nått?

Uppföljning

När ska de genomförda åtgärderna och målet/målen följas upp?

Bilaga 3. Beslutsmatrix

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)				4
	Stor (3)				3
	Liten (2)				2
	Mycket liten (1)			2	1

FIGUR 13: HFMEA Riskmatrix.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

(exemplet är ett utdrag från *Riskanalys och händelseanalys – en handbok för patientsäkerhetsarbete.*)

Bedöma händelser och risker

En beslutsmatrix kan användas som hjälp för att bedöma om en händelseanalys ska genomföras (se ovan). I första hand ska de händelser vars konsekvenser bedöms som katastrofala eller betydande och där sannolikheten för upprepande bedöms som mycket stor bli föremål för händelseanalys. Händelsen bedöms utifrån allvarlighetsgrad (konsekvens för patient) och sannolikhet för upprepande. Ju högre siffror desto större anledning att genomföra en händelseanalys.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)				
	Stor (3)				
	Liten (2)				
	Mycket liten (1)				

