SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Patrik Hultgren

MISSIV

Ledningssystem för sjukvård

RIKTLINJE RAPPORTERING AV VÅRDSKADOR

Sammanfattning av ärendet
Denna riktlinje gäller i all verksamhet underställd vård- och omsorgsnämnden som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 1 kap 2, 3 § patientsäkerhetslagen (2012:957), 7 kap 2 § patientsäkerhetslagen (2012:957). Riktlinjen gäller i valda delar även entreprenader och verksamhet enligt lag om valfrihet, LOV.

Förslag till beslut

att fastställa riktlinje Rapportering av vårdskador enligt förslag i bilaga.

Agneta von Schoting

Socialchef

Bilaga:

1 Riktlinje Rapportering av vårdskador

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
73325 SALA

Besöksadress:Fredsgatan 23 , SALA
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Patrik Hultgren
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Vård- och omsorg
Patrik.Hultgren@sala.se
Direkt: 49066

Bilaga VON 2015/30/1

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-02-26 UTGÅVA: 1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Rapportering av vårdskador	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE MAS	DIARIENUMMER 2015/108
Handläggare Patrik Hultgren	PUBLICERAD	REVIDERAD

Rapportering av vårdskador

Innehåll

Rapportering av vårdskador 1
Syftet med Lex Maria 2
Information till medarbetare 2
Vem är skyldig att rapportera? 2
Vad ska rapporteras ? 2
Vad är en vårdskada? 3
Exempel på vårdskador 3
När och hur ska rapport göras? 4
Att bedöma och undanröja risker 4
Att vidta åtgärder 4
Att utreda 5
Tid för utredning 5
Om det inträffade är ett brott 5
Beslut med motivering 6
Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg 6
Stöd och information till den enskilde 6
Information till nämnd 7
Uppföljning och återföring för lärande 7
Tillämpningsrutin 7
Yrkesmässigt bedriven verksamhet 7
Avslut och förvaring 8
Stöddokument 8

Denna riktlinje gäller i all verksamhet underställd Vård och omsorgsnämnden som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 1 kap. 2,3 §§ patientsäkerhetslagen (2012:957), 7kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2012:957) Riktlinjen gäller i valda delar även entreprenader och verksamhet enligt lag om valfrihet, LOV.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

Syftet med Lex Maria[1]
Lex Maria rapporter är en del av det systematisk förbättringsarbetet och syftar till:

- Kartlägga risker för- samt inträffade vårdskador
- Att förhindra upprepning
- Att utveckla och förbättra verksamheten

Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare.

Information till medarbetare
Alla medarbetare ska i samband med anställning, uppdrag eller om de annars tillåts delta i verksamheten, informeras om sitt ansvar att rapportera befarad och inträffad vårdskada. De ska även veta vem som utsetts att ta emot rapporten samt hur rutinerna för hanteringen ser ut.

Information ska omfatta vad som i verksamheten kan ses som vårdskada och det system som används, LISA, ska ingå som en del i introduktionen. LISA ska vara lätt tillgänglig för alla nämndens medarbetare.

Informationen ska lämnas såväl muntligt som skriftligt (*se blankett Medarbetares skyldighet att rapportera).* Informationen ska därefter minst en gång per år tas upp och gås igenom i respektive personalgrupp på abetsplatsträffen.

Vem är skyldig att rapportera?
Alla som yrkesmässigt[2] deltar i verksamheten är skyldiga att rapportera befarade och inträffade vårdskador.

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande

Skyldigheten omfattar allt utförande, alla insatser ingår:

- individuellt inriktade insatser
- allmänt inriktade insatser
- strukturinriktade insatser

Vad ska rapporteras ?
Medarbetare ska ***genast*** rapportera om denne uppmärksammar eller får kännedom om en patient, som får eller kan komma ifråga för hälso- och sjukvårdsinsatser i nämndens verksamheter och som i samband med undersökning, vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada[3].
Det kan vara utförda handlingar såväl som handlingar som någon har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört

[1] 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2012:957)
[2] 1 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2012:957)
[3] 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2012:957)

konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och/eller psykiska hälsa Med risk för vårdskada avses en uppenbar och konkret risk.

Vad är en vårdskada?
Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården[4]
Det är medarbetaren själv som bedömer situationen, som:

- ska ha inträffat i eller ha en koppling till verksamheten
- ska avse person som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten
- kan ha medfört eller riskerar att medföra konsekvenser för personens liv, säkerhet eller hälsa (fysisk eller psykisk)

Exempel på vårdskador[5]

- fallskador som lett till allvarliga konsekvenser för patienten och som föranletts av brister i samband med undersökning, vård eller behandling,
- förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar,
- sådana där läkemedel är inblandade, om de föranlett eller borde ha föranlett aktiva behandlingsåtgärder eller överföring av patienten till en annan vårdenhet,
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet,
- felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till patienten eller närstående,
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personalen vid behandlande eller mottagande vårdenhet,
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem,
- tidigare okända eller mindre kända skador eller risker vid tillämpningen av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk,
- sådana som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter,

[4] 1 kap. 5§ patientsäkerhetslagen (2012:957)
[5] SOSFS 2008:28 4. kap

- vårdrelaterade infektioner

När och hur ska rapport göras?
Rapporteringen ska göras omgående i systemet LISA till närmast ansvarig chef. Om chefen inte är i tjänst lämnas rapport till ställföreträdare eller överordnad chef. Om LISA inte används[6] görs rapport enligt verksamhetens rutiner. Rapporteringen ska dokumenteras och beskriva situationen. Det ska noteras

- typ av skada eller risk samt vem eller vilka som drabbats
- hur och när situationen uppstod, vilka som var närvarande
- vilka konsekvenser som uppstod för personen eller personerna
- vilka åtgärder som vidtagits i det akuta skedet för att förhindra upprepning.

Om chefen själv berörs sker rapportering direkt till överordnad chef som då övertar ansvaret. Överordnad chef ska omgående informera verksamhetens ledning och nämnden om den uppkomna situationen.

Att bedöma och undanröja risker
I samband med inträffad händelse ska medarbetare förvissa sig om att personen inte utsätts för skada i den akuta situationen. Chefen ska, utifrån gernomförd utredning av omständigheter samt orsaker bedöma om det inträffade har inneburit eller kunde ha medfört allvarlig vårdskada för patienten. För bedömningen avänds en checklista och för konsekvensbedömningen ett analysinstrument. Chefen ansvarar även för att så snart möjligt informera verksamhetsledning och MAS.

Om bedömningen är att händelsen är, eller kunnat medföra, allvarlig vårdskada ska utredningen överlämnas till verksamhetschefen[7] som ansvarar för att situationen utreds. Chefen ansvarar för att uppgifterna lämnas inom systemet LISA (scannas in i ärendet) eller på annat sätt till utredaren eller utredningsteamet. Det som avses är diarienummer, rapporter och annat efterfrågat underlag som finns i form av journaler, rutiner och egna bedömningar

Att vidta åtgärder
Ansvarig chef ska vidta omedelbara åtgärder för att förhindra attrisken för- eller vårdskadan fortsätter eller upprepas. Åtgärder ska vidtas oavsett om situationen är klarlagd eller inte och ska medföra att:

- direkta hot mot personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa undanröjs omgående
- konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa inte förvärras,

Chefen ansvarar även för att rapporten eller rapporterna skrivs och diarieförs. Alla rapporter ska diarieföras på en objektsregistrering för den aktuella enheten.

---

[6] Endast verksamheter utanför kommunens regi.
[7] 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Att utreda

Utredning av händelser ska alltid göras för att fastställa allvarlighetsgrad samt om risk för- eller vårdskada föreligger.[8] Om det inträffade medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada d v s är en allvarlig händelse skall utredningarna alltid innehålla:[9]

1. händelseförloppet,
2. omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder,
3. identifierade orsaker till händelsen,
4. riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser,
5. händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten, och
6. riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen.

Utredningarna kommuniceras alltid med Vård och omsorgsnämndens utredningsteam innan beslut om allvarlighetsgrad, i de fall där vårdskada kan konstateras eller i fall som kunnat medföra vårdskada, samt om anmälan behöver göras[10].

Tid för utredning

Utredning påbörjas snarast, dokumenteras och görs skyndsamt. I de flesta fall kan som mest en månad ses som rimlig tid för att utreda och besluta. Syftet är att identifiera faktorer som medför att vårdskadan uppstått samt förhindra att det uppstår igen. Orsakssambanden behöver klarläggas och tydliggöras. En riskbedömning måste göras med hänsyn tagen till situation och konsekvenser. Dokumentationen ska föras fortlöpande av involverade personer. Genomförd utredning och orsaksanalys sammanställs av utredaren. Åtgärder som vidtagits eller planeras ska dokumenteras. Händelseanalyser av allvarliga händelser beslutas av MAS

Om det inträffade är ett brott

Om personen skadas eller utsätts för ett fysiskt ingripande, ingripande misstänks vara övergrepp eller nöd, nödvärn använts för att avvärja fara för liv eller hälsa, görs alltid en utredning. Om rapporterad händelse kan antas vara ett övergrepp och/eller ses som brott ska chef ta upp frågan om polisanmälan med berörd person eller legal ställföreträdare. Övergrepp kan vara:

- Behandling, undersökning eller annat som utförs mot patientens samtycke.
- Läkemedel som tillförts patienten utan dennes vetskap eller under falska förespeglingar
- Skyddsåtgärder som används mot patientens samtycke, eller under falska förespeglingar

[8] 3 kap. 3§ patientsäkerhetslagen 2012:957
[9] SOSFS 2010:4, 6 kap. 8§ SOSFS 2005:28, 6 kap. 1§
[10] 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2012:957)

Har berörd person förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig en polisanmälan vägs det in men situationen kan ändå vara sådan att polisanmälan behöver göras. En särskild skyldighet att polisanmäla finns då det gäller handlingar begånga mot person under 18 år. En prövning mot tystnadsplikten ska alltid göras, när det gäller barn (under 18) finns dock en **anmälningsskyldighet**. Ansvarig chef dokumenterar den enskildes önskemål och informerar ledningen om bedömning samt skälen för denna. Har ett övergrepp begåtts av medarbetare eller misstanke finns att övergrepp begåtts ska åtgärder vidtas omedelbart för att säkerställa att det inte kan upprepas. Om medarbetare är skyldig till brott bör det polisanmälas. Det fackliga ombudet ska kontaktas om den anställde avstängs från arbetsplatsen under utredningen. Om medarbetare begår övergrepp ska åtgärder vidtas i form av varning eller uppsägning. Åtgärderna beslutas i samråd med personalavdelningen.

Om polisanmälan görs kan verksamheten behöva vänta med att utreda händelsen p.g.a. förundersökningssekretess. Rådgör då alltid med polisen innan utredning påbörjas. Om verksamheten avvaktar ska skälet dokumenteras.

Om en legitimerad hälso- och sjukvårdsutövare bedöms vara en fara för patientsäkerheten skall detta rapporteras av MAS till IVO[11]

Beslut med motivering

Utredningen ska innehålla ett av utredaren motiverat ställningstagande; om det är en vårdskada, allvarlig vårdskada, kunnat medföra allvarlig vårdskada eller inte.

Bedömningen är beroende av konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa. Kvalitetsgranskning av utredning och beslut görs av utredningteamet. MAS och verksamhetschefen[12] beslutar.

Information, ställningstagande och beslut ska sedan återföras av utredaren till ansvarig chef, medarbetare, berörd person och eventuell legal ställföreträdare eller vårdnadshavare samt Vård och omsorgsnämnden.

Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg

Om utredning visar att det inträffade har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada[13] ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Anmälan ska göras så snart möjligt av MAS . Till anmälan bifogas slutrapport (händelsenalysen), flödesschema och bilagor. Den lämnas in senast två månader efter händelsen.

Stöd och information till den enskilde

Chefen ansvarar för att informera berörd person om det inträffade samt beslutet. Chefen bedömer i samråd med utredaren om det finns behov av stöd till berörd person och/eller medarbetare. Om stöd behövs ordnas det så snart möjligt.

---

[11] 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2012:957)
[12] 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
[13] 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2012:957)

Information till nämnd
I kommunen ansvarar verksamhetschef[14] för information till nämnd om rapporterade och inträffade risker för vårdskador För allvarliga vårdskador eller vid händelser som kunnat medföra allvarlig vårdskada, dess utredning och beslut, planerade åtgärder samt eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg svarar MAS för informationen. För privat verksamhet ansvarar person som är utsedd till verksamhetschef[15] för att informera nämnden. Uppgifterna ska lämnas inom 5 dagar till nämnd eller för detta utsedd tjänsteman.
Utförare , privata och kommunala, ska minst 2 ggr per år lämna statistik på andelen klagomål, patientillbud, patientskador, risk för vårdskada, vårdskada, allvarliga vårdskador samt händelser som kunnat medföra allvarlig vårdskada. Statistiken ska sammanställas och innehålla en analys av den ansvarige chefen.

Uppföljning och återföring för lärande
Rapporterade händelser återförs till enhetens medarbetare av ansvarig chef. Beslutade åtgärder följs upp och dokumenteras. Chefen ansvarar för att delge erfarenheterna från utredningar i egna verksamheten. De återförs och används i det systematiska kvalitetsarbete. Rapporterade och anmälda händelser följs upp månadsvis på arbetsplatsträff, chefsmöte samt på stabs- och ledningsmöte.

En sammanställning görs av cheferna till delårsrapporten. Den omfattar antal klagomål, patientillbud, patientskador, risk för vårdskada, vårdskada, allvarliga vårdskador samt händelser som kunnat medföra allvarlig vårdskada likväl orsaker och vidtagna åtgärder. Underlaget analyseras två gånger om året. Vid årets slut skrivs en kvalitetsberättelse av verksamhetschefen[16] samt, av MAS, en sammanfattande patientsäkerhetsberättelse[17].

Tillämpningsrutin
En tillämpningsrutin ska upprättas för rapporteringsskyldigheten. Rutinen ska beskriva hela händelseförloppet från skyldighet att rapportera till hur händelsen utreds och behandlas i verksamheten. Ansvarig för att upprätta och årligen revidera tillämpningsrutin är chefen. Verksamhetschef informerar enhetschefen och enhetschefen sina medarbetare. Om ansvaret överlåts till annan arbetsledare ska det framgå av tillämpningsrutinen.

Yrkesmässigt bedriven verksamhet
Skyldigheten att rapportera gäller för yrkesmässigt bedriven[18], privat, verksamhet. En motsvarande skyldighet finns att rapportera samt att upprätta en rutin för hantering, utredning och anmälan. Rutinen ska följa, 7kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2012:957beslutas av företagets ledning och kvalitetssäkras av nämnden.

---

[14] 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
[15] 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
[16] 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
[17] 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2012:957)
[18] 1 kap. 2,3 §§ patientsäkerhetslagen 2012:957

Avslut och förvaring

Inkommen rapport och utredning med flödesscheman , åtgärdsplaner och bilagorskall bevaras[19] De ska diarieföras på den aktuella enheten, d v s där de inträffade och rapporterades. De diarieförs på objektsregistrering för enheten.

Stöddokument

Dokumentnamn	Innehåll
Informationsmaterial - medarbetare	Information om medarbetares skyldighet
Checklista för rapport/dokumentation	Blankett: Checklista för dokumentationen
Utredningsmall – utredning	Mall för vad utredningen bör innehålla
Händelseanalysmall – utredning	Händelseanalysmall – vad den bäör innehålla
Vägledning: Händelsenalys	Information om hur händelseanalys går till

[19] "Bevara eller gallra nr 6" SKL gallringsråd för patientjournal och övrig vårddokumentation