

Riktlinje för avvikelshantering inom vård- och omsorgskontoret *- att säkra kvaliteten på våra tjänster*

Gäller för verksamhet/enhet: Utförarenheter i kommunal regi, myndighetsutövningen samt administrativa enheter

Gäller från och med: 2021-04-01

Senast reviderad: 2022-09-05

Tillhör process i ledningssystemet: Förbättra verksamheten genom avvikelshantering

Diarienummer: VON 2022/1028-1

Ansvarig för processen: Vård- och omsorgsdirektör

Ansvarig för dokumentet: Medicinskt ansvariga, socialt ansvariga samordnare

Framtagen av: Medicinskt ansvariga, socialt ansvariga samordnare

Antagen av: Vård- och omsorgskontorets kontorsledningsgrupp

Datum då dokumentet antogs: 2021-03-23

Ersätter dokument med dnr/G: Handbok för avvikelshantering inom vård- och omsorgskontoret dnr VON 2017/0475 003

Följs upp årligen av ansvarig för dokumentet, senast: 2023-10-01

Kort sammanfattning av innehållet: Riktlinjen beskriver vård- och omsorgskontorets avvikelshantering inom kommunal verksamhet.

Innehållsförteckning

1. VARFÖR SKA VI ARBETA MED AVVIKELSER?	4
2. VAD ÄR EGENTLIGEN EN AVVIKELSE?	5
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>5</i>
<i>Rapporterad vårdskada eller risk för vårdskada</i>	<i>5</i>
<i>Rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande</i>	<i>5</i>
2.1 VEM KAN LÄMNA KLAGOMÅL OCH SYNUNKTER?	5
2.2 VEM ÄR RAPPORTERINGSSKYLDIG OCH VAD INNEBÄR DET?	6
<i>Rapporteringsskyldighet - Vårdskada eller risk för vårdskada</i>	<i>6</i>
<i>Rapporteringsskyldighet - Missförhållande eller risk för missförhållande</i>	<i>6</i>
<i>Rapporteringsskyldighet GDPR – Personuppgiftsincidenter artikel 33 i</i>	
<i>Dataskyddsförordningen</i>	<i>6</i>
<i>Rapporteringsskyldighet– Incidenter i nätverks- och informationssystem enligt NIS-direktivet</i>	
.....	7
<i>Övrig rapporteringsskyldighet som omfattar medarbetare inom vård- och omsorgskontoret</i>	
.....	7
3. HUR KAN VI FÅ VETA MER OM AVVIKELSEHANTERING?.....	7
3.1 HUR SKA INFORMATION OM KLAGOMÅL OCH SYNUNKTER GES OCH TILL VEM?	7
<i>Till vård- och omsorgstagare, närstående, anhöriga och legala företrädare.....</i>	<i>7</i>
<i>Till chefer, legitimerad personal, övriga medarbetare och studenter/elever</i>	<i>7</i>
<i>Till nämndledamöter</i>	<i>8</i>
3.2 HUR SKA INFORMATION OM RAPPORTERINGSSKYLDIGHET NÄR DET GÄLLER VÅRDSKADOR OCH	
MISSFÖRHÅLLANDEN GES OCH TILL VEM?	8
<i>Till chefer, legitimerad personal, övriga medarbetare och studenter/elever</i>	<i>8</i>
4. HUR KAN VI HJÄLPA VÅRD- OCH OMSORGSTAGARE OCH MEDARBETARE NÄR DET BLIVIT	
FEL?.....	9
4.1 VEM ANSVARAR FÖR ATT SE TILL ATT PATIENT/BRUKARE/NÄRSTÅENDE OCH MEDARBETARE FÅR STÖD VID	
BEHOV?.....	9
4.2 HUR FUNGERAR ANMÄLAN AV BROTT ELLER MISSTANKE OM BROTT I SAMBAND MED AVVIKELSE?	9
4.3 HUR SKA KRAV PÅ ERSÄTTNING - SKADESTÄND HANteras?	9
5. HUR HANTERAR VI AVVIKELSER SOM HAR FÅTT ALLVARLIGA KONSEKVENSER FÖR VÅRD-	
OCH OMSORGSTAGARE?.....	10
5.1 VEM ANSVARAR FÖR ATT GÖRA ANMÄLAN TILL IVO ELLER LÄKEMEDELSVERKET?	10
6. VAD HÄNDER MED KLAGOMÅL SOM SKICKAS DIREKT TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH	
OMSORG (IVO)?	10
7. HUR KAN AVVIKELSER BLI ETT LÄRANDE FÖR OSS ALLA?.....	10
7.1 HUR ÅTERKOPPLAS RESULTAT FÖR ATT STARTA ETT FÖRBÄTTRINGSARBETE?	10
7.2 HUR KAN VI ANVÄNDA EGENKONTROLL FÖR ATT SKAPA ETT LÄRANDE?	11
8. FINNS DET NÅGRA MÅL FÖR AVVIKELSEHANTERINGEN?.....	11
9. VILKA UTBILDNINGSSATSER BEHÖVER FINNAS KRING AVVIKELSEHANTERING?.....	12
10. BEGREPPSFÖRKLARINGAR	13
11. REFERENSER	17
12. RUTINER KOPPLADE TILL RIKTLINJEN.....	18
13. BILAGOR KOPPLADE TILL RIKTLINJEN.....	18

13.1 BILAGOR SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	18
13.2 BILAGOR SOL/LSS	18
13.3 BILAGOR HSL	18
13.4 FÖR ENHETER SOM INTE HAR TILLGÅNG TILL VERKSAMHETSSYSTEMETS AVVIKELSEMODUL	18

1. Varför ska vi arbeta med avvikelser?

För att utveckla och säkerställa kvalitet på vård- och omsorgskontorets tjänster och att förebygga risker för skador behövs ett stort engagemang från oss alla. Avvikelsehanteringen ingår i det systematiska kvalitetsarbetet som en del i vård- och omsorgsnämndens ledningssystem.

En väl fungerande avvikelsehantering är till nytta för de som använder våra tjänster, för medarbetare samt för vård- och omsorgskontoret i sin helhet.

Ett gemensamt arbetssätt och en stark kvalitetskultur ökar tryggheten och viljan att hantera avvikelser. Arbetet ger en ökad kunskap om var i processerna det blir fel och varför, var det finns risker, hur vi kan arbeta förebyggande och hur vi kan arbeta med förbättringsåtgärder men även hur vi alla ska lära oss av det som hänt både inom den egna verksamheten och inom andra verksamheter.

Syftet med riktlinjen är att förmedla kunskap om avvikelsehantering och vård- och omsorgskontorets arbete med ständiga förbättringar.

Målet med riktlinjen är att genom ökad kunskap och gemensamt arbetssätt säkra kvaliteten på våra tjänster.

Riktlinjen är ett förtydligande till vård- och omsorgsnämndens ledningssystem *”Ledning för kvalitet, ledningssystemets uppbyggnad Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter”* kapitel 5.3¹ och den kommunövergripande *Riktlinjen för synpunktshantering*². Begreppsförklaringar återfinns längst bak i riktlinjen.

¹ VON 2021/1325-3. Ledning för kvalitet, ledningssystemets uppbyggnad, version 2.0 Kvalitetsledningssystem för vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Se även Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

² Riktlinje för synpunktshantering. KS 2020/0952

2. Vad är egentligen en avvikelse?

Avvikelse är ett samlingsbegrepp och omfattar:

- klagomål och synpunkter
- rapporterade vårdskador eller risker för vårdskador och
- rapporterade missförhållanden eller risker för missförhållanden.

Om verksamheten inte uppnår kvalitet utifrån krav och mål uppstår avvikelser.

Vad som menas med kvalitet beskrivs i de krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Även andra dokument, till exempel riktlinjer och rutiner som tagits fram för vård- och omsorgskontorets verksamheter beskriver kvaliteten i verksamheten. För att veta vad som är kvalitet eller vad som avviker från kvalitet måste uppdraget för verksamheten vara tydliggjort.

Alla som arbetar i en verksamhet måste förstå betydelsen av de krav och mål som gäller för just sin verksamhet för att kunna uppnå kvalitet. Chefer och medarbetare ska hålla sig uppdaterade utifrån att nya krav och mål kan tillkomma och att befintliga kan upphävas eller förändras.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter lämnas av bland annat vård- och omsorgstagare, närstående, andra aktörer eller kommer via Inspektionen för vård och omsorg alternativt Patientnämnden när verksamheten inte uppnår den kvalitet den klagande förväntar sig.

Rapporterad vårdskada eller risk för vårdskada

En rapport om att en patient i samband med hälso- och sjukvård upplevt eller riskerar att uppleva lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder genomförts.

Rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande

En rapport i samband med insatser och aktiviteter inom socialtjänsten och stöd och service till vissa funktionshindrade, om att utförda handlingar alternativt handlingar som någon av försummelse eller av andra skäl inte utfört, innebär eller har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

2.1 Vem kan lämna klagomål och synpunkter?

Alla vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, elever, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar, andra organisationer samt invånare i kommunen som upplever brister i en verksamhets kvalitet har rätt att framföra klagomål och synpunkter.

Missförstånd och problem ska alltid lösas direkt i verksamheten om det går. Det kan handla om enstaka händelser med ringa eller ingen konsekvens för enskilda vård- och omsorgstagare. Denna hantering behöver inte registreras i avvikelsemodulen om inte ansvarig chef anser att det är nödvändigt för enhetens kvalitetsarbete. Synpunkter och utvecklingsförslag som lämnas direkt till verksamheten ska analyseras och det man kommer fram till ska återges till den som lämnat synpunkterna.

Om den som lämnat en synpunkt eller klagomål direkt till verksamheten inte upplever sig hörd eller nöjd med lösningen erbjuds den som framfört synpunkt eller klagomål att lämna ett skriftligt klagomål eller synpunkt till vård- och omsorgskontorets administrativa enhet. Skriftliga klagomål ska alltid diarieföras.

2.2 Vem är rapporteringsskyldig och vad innebär det?

Lagstiftningen talar om vilka som har skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada alternativt missförhållande eller risk för missförhållande.

Rapporteringsskyldighet - Vårdskada eller risk för vårdskada

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rapporteringsskyldighet - Missförhållande eller risk för missförhållande

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och stöd och service till vissa funktionshindrade, är skyldig att rapportera om de uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för insatser inom verksamheten.

Rapporteringsskyldighet GDPR – Personuppgiftsincidenter artikel 33 i Dataskyddsförordningen

En personuppgiftsincident har inträffat om personuppgifter har förstörts oavsiktligt eller olagligt, gått förlorade, ändrats eller röjts för någon obehörig. Det spelar ingen roll om det har skett oavsiktligt eller med avsikt.

Upptäcks en personuppgiftsincident ska detta anmälas till Datainspektionen enligt rutin³.

³ Rutin Anmälan av personuppgiftsincidenter på Vård- och omsorgskontoret, VON 2021/0034

Rapporteringskyldighet– Incidenter i nätverks- och informationssystem enligt NIS-direktivet⁴

Vård- och omsorgskontoret är en leverantör av samhällsviktig tjänst då vi uppfyller de kriterium som är fastställda för att definieras som en leverantör enligt lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster samt enligt myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2018:7). Leverantörer av samhällsviktiga tjänster är skyldiga att rapportera incidenter som sker i nätverks- och informationssystem eller kringliggande infrastruktur. Rapporteringskyldigheten avser incidenter inom hälso- och sjukvård.

Övrig rapporteringskyldighet som omfattar medarbetare inom vård- och omsorgskontoret

Alla medarbetare inom vård- och omsorgskontorets verksamheter är skyldiga att anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att barn far illa⁵.

Medarbetare inom vård- och omsorgskontorets verksamheter är även skyldiga att lämna vidare uppgifter för att skydda djur enligt lex Maja⁶.

3. Hur kan vi få veta mer om avvikelshantering?

Allmän information om avvikelshantering finns på:

- Norrköpingskommuns webb - Tyck till om Norrköping,
- Vård- och omsorgskontorets intranät,
- Broschyr som delas ut av vård- och omsorgskontoret.

3.1 Hur ska information om klagomål och synpunkter ges och till vem?

Till vård- och omsorgstagare, närstående, anhöriga och legala företrädare

I samband med att vård- och omsorgsinsatser startar ansvarar berörd chef för att muntlig och skriftlig information lämnas om hantering av klagomål och synpunkter. Därutöver ska muntlig och skriftlig information ges regelbundet, minst en gång per år, vid brukar- och anhörigträffar eller motsvarande.

Till chefer, legitimerad personal, övriga medarbetare och studenter/elever

I samband med introduktion av nyanställda chefer och medarbetare, även vikarier, ansvarar anställande chef för att muntlig och skriftlig information lämnas om

⁴ Rutin Incidentrapportering vid tillhandahållandet av samhällsviktig tjänst enligt NIS-direktivet, VON 2021/0035

⁵ För mer information se vidare på intranätet, socialkontoret.

⁶ Rutin för lex Maja, VON 2019/00588

hantering av klagomål och synpunkter. Samma informationsansvar gäller för studenter/elever. Därutöver ska muntlig och skriftlig information ges till alla medarbetare regelbundet, minst en gång per år.

Till nämndledamöter

Vid mandatbyte ska utsedd tjänsteperson ge muntlig och skriftlig information om synpunkts- och klagomålshantering till nämnden.

Vad ska informationen om klagomål och synpunkter innehålla?

Hur klagomål och synpunkter lämnas till:

- berörd verksamhet,
 - vård- och omsorgskontorets administrativa enheter/tjänstepersoner,
 - annan aktör/enhet,
 - Patientnämnden eller till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- samt
- att utredningens resultat meddelas till den som lämnat synpunkt eller klagomål och till den verksamhet det gäller.

3.2 Hur ska information om rapporteringsskyldighet när det gäller vårdskador och missförhållanden ges och till vem?

Till chefer, legitimerad personal, övriga medarbetare och studenter/elever

I samband med introduktion av nyanställda chefer, legitimerad personal och övriga medarbetare, även vikarier, ansvarar anställande chef för att muntlig och skriftlig information ges om alla medarbetares rapporteringsskyldighet.

Därutöver ska muntlig och skriftlig information ges regelbundet minst en gång per år till alla.

Samma informationsansvar gäller för studenter/elever.

Vad ska informationen om rapporteringsskyldighet innehålla?

- Krav och mål för verksamheten,
- vad missförhållande och risk för missförhållande, vårdskada och risk för vårdskada är
- registrering i avvikelsemodul,
- hur en utredning genomförs och återkopplas,
- hur det systematiska förbättringsarbetet bedrivs inom verksamheten.

4. Hur kan vi hjälpa vård- och omsorgstagare och medarbetare när det blivit fel?

4.1 Vem ansvarar för att se till att patient/brukare/närstående och medarbetare får stöd vid behov?

Ansvarig chef bedömer behov av extra stöd till vård- och omsorgstagare, närstående/anhörig eller legal företrädare när en allvarlig händelse inträffat.

När medarbetare varit involverade i en avvikelse bedömer närmast ansvarig chef om extra stöd ska erbjudas.

4.2 Hur fungerar anmälan av brott eller misstanke om brott i samband med avvikelse?

I första hand ska den drabbade själv anmäla brottet eller misstanke om brott. Vid brott eller brottsmisstanke ska närmast ansvarig chef informeras och chefen kan i sin tur samråda med kommunens säkerhetsavdelning för att få vägledning.

4.3 Hur ska krav på ersättning - skadestånd hanteras?

Vid avvikelse kan ett skadeståndskrav riktas mot kommunen avseende till exempel personskada, sakskada, patientskada, miljöskada eller ren förmögenhetsskada. Ansvarsskador, då någon riktar ersättningskrav mot kommunen, hanteras enligt framtagna rutiner av samordnare för försäkringsfrågor, kommunstyrelsens kansli⁷.

⁷ Ansvarsskador - ersättningskrav mot kommunen
<https://intranat.norrkoping.se/service-och-stod/kris-sakerhet-och-forsakring/skadehantering/ansvarsskador---ersattningskrav-mot-kommunen>

5. Hur hanterar vi avvikelser som har fått allvarliga konsekvenser för vård- och omsorgstagare?

Händelser som har fått allvarliga konsekvenser eller bedöms ha kunnat få allvarliga konsekvenser för vård och omsorgstagare ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller till Läkemedelsverket.

5.1 Vem ansvarar för att göra anmälan till IVO eller Läkemedelsverket?

- Medicinskt ansvariga är enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning anmälningsansvariga till IVO enligt lex Maria samt för att göra anmälan till Läkemedelsverket.
- Socialt ansvariga samordnare är enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning anmälningsansvariga till IVO enligt lex Sarah.

6. Vad händer med klagomål som skickas direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)?

När ett klagomål skickats direkt till IVO av till exempel en vård- och omsorgstagare eller anhörig kan IVO begära yttrande från vård- och omsorgsnämnden som underlag till sin tillsyn.

Huvudsakligen förekommer det tre (3) olika typer av tillsyn från IVO:

- Individtillsyn
- Verksamhetstillsyn
- Nämndövergripande tillsyn

Hur arbetet ska gå till vid tillsyn från IVO finns beskrivet i en rutin⁸.

7. Hur kan avvikelser bli ett lärande för oss alla?

Tanken med att arbeta med det som inte blir som vi tänkt oss är att vi ska lära oss av det som hänt och på så vis förhindra att det händer igen. Det är viktigt att vi alla lär oss av det som hänt, om vi tror att det också kunde hända någon annanstans inom vård- och omsorgskontoret.

7.1 Hur återkopplas resultat för att starta ett förbättringsarbete?

Varje avvikelse ska utredas och analyseras och för varje avvikelse ska åtgärder tas fram. När utredningen av avvikelsen är klar så ska resultat återkopplas till berörda. Vilka som är berörda får ansvarig chef bedöma, det kan vara en arbetsgrupp, den enskilde som råkat ut för händelsen, eller hela verksamhetsområdet om resultatet bedöms vara till nytta för fler enheter.

⁸ Rutin - Hantera tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, VON 2021/1347

Resultatet är en del i verksamhetens förbättringsarbete som alla behöver känna till för att kunna arbeta efter.

På alla verksamhetsnivåer ska det finnas en tydlig struktur och fastställda rutiner för hur utredningar ska återrapporteras samt hur återrapportering av genomförda uppföljningar av åtgärders effekt ska gå till. Vid chefsbyten är det av yttersta vikt att ny ansvarig chef får information om pågående utredningar av avvikelser samt om det finns åtgärdsplaner upprättade.

När en utredd avvikelse är återkopplad övergår planerat förbättringsarbete i verksamhetens fortlöpande systematiska kvalitetsarbete enligt fastställt ledningssystem.

7.2 Hur kan vi använda egenkontroll för att skapa ett lärande?

Egenkontroller ska genomföras på enhets-, spår-, områdes- och vård- och omsorgskontorsnivå.

Att enbart utreda varje enskild rapporterad händelse, klagomål eller synpunkt, kan göra att systemfel inte uppmärksammas.

För att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska därför rapporterade händelser, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras. Mönster och trender som indikerar kvalitetsbrister ska åtgärdas på den nivå där störst effekt uppnås.

Resultaten från avvikelsestatistik, utredningar, analyser ska användas i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete samt användas för att prioritera utvecklingsområden fortlöpande under året.

Både positiva resultat och förbättringsområden ska ligga till grund för ett lärande och leda till förbättring av processer och överenskomna arbetssätt.

8. Finns det några mål för avvikelshanteringen?

100% av

- avvikelserna ska vara matrisbedömda,
- avvikelserna ska ha minst en identifierad bakomliggande orsak till varför händelsen inträffat,
- avvikelserna ska ha minst en åtgärd för att minska/förhindra risk för återupprepning,
- avvikelserna ska ha bedömts om vårdskada eller missförhållande eller ingen vårdskada/ inget missförhållande inträffat,

- avvikelser från annan vårdgivare/annan aktör eller enhet ska utredas och besvaras enligt rutin⁹,

Handläggningstid

- den som lämnat synpunkt eller klagomål ska inom 24 timmar, senast nästkommande vardag, av ansvarig chef få återkoppling på att synpunkten eller klagomålet mottagits,
- synpunkter och klagomål ska besvaras, muntligt eller skriftligt, inom 4 veckor,
- övriga avvikelser ska vara avslutade inom 3 månader (om särskilda skäl inte föreligger).

9. Vilka utbildningsinsatser behöver finnas kring avvikelshantering?

För att ge medarbetare och chefer förutsättningar att bidra i det viktiga arbetet med avvikelshantering ska information och utbildning erbjudas.

Utbildningsinsatser, beroende på vilken roll chef/medarbetare har, ska arrangeras fortlöpande under året.

Exempel på utbildningsinsatser:

- Information och förenklad utbildning vid introduktion.
- Grundutbildning – Avvikelse: klagomål och synpunkter, rapporteringsskyldighet, lex Maria, lex Sarah, registrering i avvikelsem modul samt utredning av avvikelse.
- Fortbildning chefer och utredare/analysledare avseende avvikelshantering.
- Utbildning uppdragsgivare enligt Händelseanalysmetoden.
- Utbildning utredare/analysledare och analysteam enligt Händelseanalysmetoden.
- Utbildning för att hantera statistik i syfte att använda den som underlag i det systematiska kvalitetsarbetet.

⁹ Bilaga Rutin Avvikelse mellan vårdgivare eller annan aktör, VON 2022/1028-4
Bilaga Rutin Avvikelse annan enhet, VON 2020/1028-5

10. Begreppsförklaringar

Förklaringarna indelas i tre områden

1. Allmänna begrepp
2. Avvikelser, Hälso- och sjukvård
3. Avvikelser, Omsorg – Stöd – Service

1. Allmänna begrepp	
Allvarlig händelse	Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt (Socialstyrelsens termbank).
Analysledare	Introducerar analysteamet i analysmetoden. Leder analysteamet genom de olika analysstegen. Ser till att alla i analysteamet kommer till tals. Fördelar arbetsuppgifter så att arbetet fortlöper mellan mötena (HANDBOK- Riskanalys och Händelseanalys, SKL).
Analysteam	Genomför analysen tillsammans med analysledaren. (HANDBOK- Riskanalys och Händelseanalys, SKL).
Anhörig	Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna (Socialstyrelsens termbank)
Annan aktör	Parter som vård- och omsorgskontoret har samverkan eller slutit avtal med, till exempel annan vårdgivare, larmmottagare, matdistributör, dagligvaruleverantör.
Avvikelse	Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat (Socialstyrelsens termbank).
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 (Socialstyrelsens termbank).
Bakomliggande orsak	Orsak till varför händelsen hänt, oftast på systemnivå.
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).
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
Klagomål	Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet (SOSFS 2011:9).
Kvalitet	Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt -lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och -beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (SOSFS 2011:9).
Ledningssystem	System för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål (Socialstyrelsens termbank).

MA	Medicinskt ansvarig
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Matrisbedömning	Bedömning genomförs med hjälp av fastställd matris utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning.
Negativ händelse	Händelse som medfört något oönskat (Socialstyrelsens termbank).
Närstående	Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till (Socialstyrelsens termbank)
Patient-säkerhetsarbete	Arbete som syftar till skydd mot vårdskada (Patientsäkerhetslag 2010:659).
Processer och rutiner	Serie aktiviteter och tillvägagångssätt som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat (SOSFS 2011:9)(Kunskapsguiden).
Risk	Möjligheten att en negativ händelse skall inträffa (Socialstyrelsens termbank).
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang (Socialstyrelsens termbank).
SAS	Socialt ansvarig samordnare.
Synpunkt	Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar (SOSFS 2011:9).
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra något oönskat. (Socialstyrelsens termbank).
Uppdragsgivare för analys	Övergripande ansvar för att utredning initieras och genomförs.
Verksamhetskunig - analysteam	Ser till att verksamhetens kunskap tas tillvara i analysen Tar fram faktaunderlag som krävs för analysen (HANDBOK- Riskanalys och Händelseanalys, SKL).
Åtgärd	Aktivitet som genomförs för att minska risk för upprepning av oönskad händelse.
2. Avvikelser, Hälso- och sjukvård	
Allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	Vårdskada som - är bestående och inte ringa, eller - har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (Patientsäkerhetslag 2010:659). Vid risk för ovanstående
Legitimerad yrkesutövare som utgör risk för patientsäkerheten	En vårdgivare ska snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten (Patientsäkerhetslag 2010:659).

Anmälan till läkemedelsverket- medicinteknisk produkt	Allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska så snart som möjligt anmälas till både tillverkare och Läkemedelsverket. Anmälningsplikten ska fullgöras av den som har blivit utsedd till anmälningsansvarig av verksamhetschefen. (SOSFS 2008:1).
Lex Maria – anmälan	Vårdgivaren ska till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat (Patientsäkerhetslag 2010:659, HSLF-FS 2017:41).
Anmälningsansvarig – lex Maria -	Vård- och omsorgsnämnden har delegerat till Medicinskt ansvarig att anmäla enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning inom kommunal hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. (Delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden).
Medicinskteknisk produkt	Produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller ett funktionshinder, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process, eller kontrollera befruktning (SOSFS 2008:1).
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 (Patientsäkerhetslag 2010:659).
Risk för vårdskada	Vid risk för ovanstående
3. Avvikelser, Omsorg – Stöd – Service	
Den som bedriver socialtjänst	Socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd, i fråga om sådan socialtjänst som kommunen bedriver i egen regi. Annan juridisk person än staten eller kommun som bedriver socialtjänst, till exempel ett aktiebolag eller en stiftelse. Annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver socialtjänst
Den som bedriver LSS verksamhet	Kommunal nämnd, i fråga om sådan verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade som kommunen eller lands-tinget bedriver i egen regi Annan juridisk person än staten, landsting eller kommun som bedriver verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, till exempel ett aktiebolag eller en stiftelse.
Missförhållande/Påtaglig risk för ett missförhållande	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.

	Påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, avser att det en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande (SOSFS 2011:5 och SFS 1993:387).
Allvarligt missförhållande/Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	Såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, avser en uppenbar och konkret risk för ett allvarligt missförhållande (SOSFS 2011:5 och SFS 1993:387).
Lex Sarah – rapport	En rapport om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (SFS 2001:453)
Lex Sarah – anmälan	En anmälan av ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg, IVO (SFS 2001:453).
Lex Sarah – anmälningsansvarig	Nämnden har delegerat anmälningsansvar till Socialt ansvarig samordnare att anmäla enligt Lex Sarah. (Delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden).

11. Referenser

- Kommunallagen 2017:725
- Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30
- Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659
- Patientsäkerhetsförordning, SFS 2010:1369
- Patientlag, SFS 2014:821
- Socialtjänstlagen, SFS 2001:453
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SFS 1993:387
- Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem, SOSFS 2011:9
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete; HSLF-FS 2017:40
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria); HSLF-FS 2017:41
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah, SOSFS 2011:5
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:1
- Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, SOSFS 2009:6,
- Socialstyrelsens föreskrifter om ändringar i föreskrifterna (SOSFS 2009:6) om bedömningen av en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård HSLF-FS 2017:16
- Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård Nr 6/2013 April 2013
- Handboken Utredning av allvarliga vårdskador, Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) 2021. Utgör metodstöd för händelseanalysmetoden.
- Handboken Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, Socialstyrelsen 2013. Utgör metodstöd för utredning enligt lex Sarah.
- Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- VON 2021/1325-3. Ledning för kvalitet, ledningssystemets uppbyggnad, version 2.0 Kvalitetsledningssystem för vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

12. Rutiner kopplade till riktlinjen

- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser inom den egna enheten
- Avvikelser mellan vårdgivare
- Avvikelser annan enhet
- Standardiserat arbetssätt vid tillsyn från IVO
- Arbetsgång och ansvarsfördelning vid bedömning och utredning av allvarliga avvikelser enligt HSL, SoL eller LSS inom kommunala verksamheter
- Konsekvensbedömningsmatris

13. Bilagor kopplade till riktlinjen

13.1 Bilagor synpunkter och klagomål

- Blankett synpunkt- och klagomål
- Mall svarsbrev till den som lämnat synpunkt eller klagomål

13.2 Bilagor SOL/LSS

- Mall utredning- missförhållande enligt Lex Sarah
- Handlingsplan för åtgärder
- Försäkran rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah

13.3 Bilagor HSL

- Mall Händesediagram- händelsekedja
- Mall Slutrapport för händelseanalys – vårdskada
- Handlingsplan för åtgärder - vårdskada

13.4 För enheter som inte har tillgång till verksamhetssystemets avvikelsemodul

- Mall Utredning av avvikelser för dem som inte har tillgång till verksamhetssystemets avvikelsemodul. *Exempelvis träffpunkter, anhörig- och kunskapscenter*