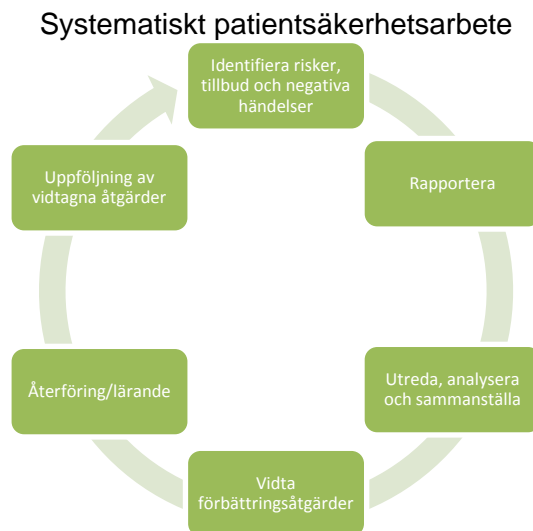


# Anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete



## Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är vårdgivaren skyldig att utreda händelser i verksamheten som bedöms ha medfört eller kunde ha medfört en vårdskada. Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas (vårdskada) i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. En hög patientsäkerhet förutsätter ett systematiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Patienter/närstående och personal är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, det finns en god patientsäkerhetskultur och vårdskador förhindras genom ett riskförebyggande förhållningssätt.

Det innebär att;

- planera, leda och kontrollera verksamheten
- fortlöpande undersöka och analysera vilka risker som finns
- utreda inträffade händelser
- utveckla arbetsätten
- lära av både goda exempel och misstag och sprida erfarenheterna

Konkret innebär ett systematiskt patientsäkerhetsarbete:

- att arbeta långsiktigt och systematiskt med olika angreppssätt och metoder
- att det ska finnas en koppling mellan mål, strategier och valda angreppssätt och metoder

Vid ett långsiktigt arbete kan man i resultaten från lokala, regionala och nationella mätningar visa på att resultatens utveckling är en följd av tillämpning av valda angreppssätt och metoder.

### Lagrum och styrande förutsättningar

- [Patientsäkerhetslagen \(SFS 2010:659\)](#)
- [Patientlagen \(SFS 2014:821\)](#)
- [Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbeten \(SOSFS 2011:9\)](#)
- [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 \(lex Maria\)](#)

### Syfte

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete syftar till att tidigt identifiera patientrelaterade risker och utreda vårdskador för att öka patientsäkerheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården genom att undanröja orsaker till negativa händelser/vårdskador, tillbud och risker.

### Omfattning

Anvisningen berör all hälso-, sjuk och tandvård i Region Norrbotten.

### Roller/Ansvarsfördelning

- **Verksamhetschefen** ansvarar för att rutiner för det systematiska patientsäkerhetsarbetet utformas för sitt verksamhetsområde och att lokala rutiner upprättas.
- Verksamhetschef kan utse en person som ansvarar för handläggningen på enheten/verksamheten (avvikelsehandläggare (AH/avvikelseansvarig AA) som gör den första bedömningen/handläggningen. AH/AA analyserar, riskbedömer och klassificerar de avvikelser enheterna äger och sänder dessa vidare till respektive Avvikelseansvarig (AH) för åtgärd.
- Avvikelseansvarig, ansvarar för avvikelshanteringen inom enheten<sup>1</sup>. Avvikelseansvarig bör ha sådan position i organisationen att han eller hon har möjlighet att göra jämförelser mellan avvikelser, se tendenser och delta i det systematiska patientsäkerhets- och förbättringsarbetet.
- En **tvärprofessionell analysgrupp** utses inom enheten. Analysgruppen ansvarar för att analysera avvikelserna som samt ge förslag på åtgärder som minimerar risken för att en negativ händelse eller tillbud upprepas.
- All **hälso- och sjukvårdspersonal** är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har därför ansvar för att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada.

## Anvisning

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska informationen från olika informationskällor analyseras, sammanställas, åtgärdas och följas upp. Exempel på informationskällor för det systematiska patientsäkerhet;

- avvikelser,
- risk- och händelseanalyser analyser
- resultatrapporter,
- nationella och regional mätningar
- synpunkter och klagomål
- patientnämndsärenden
- lex Maria
- patientenkäter

## Identifiering



Identifiera beskriv och fastställ processer och rutiner som säkrar verksamhet

Avvikelsehantering är en viktigt redskap för att identifiera risker, tillbud och händelser.

Alla medarbetare ska ha kunskap om och förståelse för vikten av att identifiera och rapportera negativa händelser och tillbud.

## Rapportera



### *Varför ska händelser, tillbud och risker rapporteras*

- För att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador.
- För att tidigt identifiera risker.
- För att fånga förbättringsförslag som minskar risker för vårdskador.
- För ett lärande i organisationen.

### *När ska en händelse, risk eller tillbud rapporteras*

- I så nära anslutning till den upptäckta händelsen/tillbudet eller den identifierade risken som möjligt.

### *Vad ska rapporteras*

En avvikelse är något som avviker från det normala. Det kan vara;

- En identifierad risk
- Ett tillbud
- En händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (negativ händelse).
- Klagomål, synpunkter och förslag till förbättringar från patient och närstående.
- Ärenden som kommer från Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Lex Maria händelse.
- **Vårdskada** (negativ händelse): En händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kan vara av olika karaktär och ha olika bakomliggande orsaker. Det finns många möjliga orsaker, till exempel
  - underlåtenhet att vidta en eller flera åtgärder eller felaktigt vidtagna åtgärder.
  - brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation
  - latent tillstånd i verksamheten, det vill säga sådant som finns i verksamheten men som inte syns förrän något händer
  - tillfälliga omständigheter som sammanfaller, till exempel att antalet patienter plötsligt ökar samtidigt som det inte finns möjlighet att öka bemanningen.
  - diagnostiska fel
  - fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsöverfyllnad eller VRI – vårdrelaterade infektioner
  - läkemedelsrelaterade skador
  - skador till följd av kirurgisk behandling
  - suicid
  - brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation.
  - brister som kan relateras till latent tillstånd i verksamheten.

### Rapportera

- All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera händelser, tillbud och risker och delta i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Patienter och närstående som i samband med vård och behandling har synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål på vården kan lämna synpunkter och klagomål till vården.

### Hur ska en händelse rapporteras

Händelser/risker/tillbud/synpunkter/klagomål från patienter eller närstående ska rapporteras i regionens IT-verktyg Synergi för avvikelshantering.

Råd till rapportör:

- Beskriv händelsen, tid och datum för händelsen och var händelsen inträffade.
- I beskrivning av händelseförloppet tänk på att skriva så att inblandade personer inte går att identifiera.
- Beskriv eventuellt genomförda åtgärder och ge förslag på åtgärder som hade kunnat förhindra att händelsen inte inträffade.
- Om utrustning/produkt är inblandad beskriv vilken och eventuellt inventarienummer.
- Bifoga eventuellt dokument som kan knytas till händelsen. Till exempel aktuell rutin/bruksanvisning för produkter etc.
- Lägg till patientuppgifter eller andra uppgifter på involverade personer, på avsedd plats i avvikelserna.

### Utreda, analysera och sammanställa



### Utreda och analysera

Vården och tandvården är skyldig att utreda händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Händelsens karaktär/allvarlighetsgrad styr utredningen.

Utredningens syfte är att skapa förståelse för hur, och varför, en negativ händelse, tillbud eller risk inträffat. Analysen ska utgå från ett systemperspektiv som beskriver samspelet mellan människa, teknik och organisation, MTO perspektiv. Det är också viktigt att uppmärksamma eventuella positiva aspekter i utredningen. Det kan handla om åtgärder som begränsade eller förhindrade effekterna av en vårdskada.

### Utredning

Händelsen karaktär (ärendetyp) styr utredningen och analysen. Det finns fyra nivåer av ärendetyper.

- Negativ händelse indelas i två allvarlighetsgrader (ska utredas)
  - Vårdskada (som inte är allvarlig)
  - Allvarlig vårdskada
- Tillbud
  - Tillbud (som inte är allvarlig)
  - Allvarliga tillbud
- Risk
- Förbättringsförslag

Utredningen ska dokumenteras i IT-stödet Synergi för avvikelser. Avvikelsenummer dokumenteras i patientjournalen under sökord – ”Anmälan/Tabellvärde anm11 – Avvikelse”. Se; ”[Dokumentation av avvikelsernummer i patientjournal](#)”.

Det första steget är att **omhändertaga**<sup>1</sup> avvikelserna. Händelsen ska analyseras på den enhet där avvikelserna skett. Om en händelse helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet ska den vårdgivaren underrättas om det inträffade. Innan en annan vårdgivare informeras så måste hänsyn tas till sekretess- eller tystnadsplikreglerna.

En utredning ska komma igång så snart som möjligt. Utredning och analys av händelsen ska i normalfallet vara genomförd inom fyra (4) veckor.

- ”**Synpunkter och klagomål från patient/närstående**” ska omhändertas inom **ett dygn** från det de är inrapporterade/registrerade (nya lagändringar om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården från 1 januari 2018). Klagomål från barn ska hanteras extra skyndsamt. Se även anvisning för hantering av klagomål och synpunkter från patient och närstående (under utarbetande). Se anvisning för ”*Handläggning av synpunkter, klagomål och förbättringsförslag från patient/Närstående*”.

---

<sup>1</sup> Med **omhändertag** menas att avvikelserna ska öppnas, eventuellt skickas till berörd enhet om den inte rör den egna enheten samt ärendetyp ska bedömas (tillbud/risk/negativ händelse/förbättringsförslag)

- **Händelser registrerade av medarbetare** ska omhändertas snarast senast men senast **en (1) vecka** från inrapporterad/registrerad avvikelse.

Efter det första omhändertagandet går avvikelsen vidare för utredning/analys.

### *Utredning av vårdskada/tillbud som inte är allvarlig*

Utredningen genomförs i IT-stödet för Synergi.

En vårdskada eller tillbud som inte är allvarlig är;

- vårdskada/tillbud som efter riskbedömning av allvarlighetsgrad och upprepningsfrekvens får en sammanfattad riskpoäng under åtta riskpoäng (< 8).
- Vårdskada tillbud och som i bedömning av allvarlighetsgraden inte bedöms som ”katastrofal” eller har ”mycket stor sannolikhet att upprepas”.

TABELL 8. Riskmatris

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för upprepning	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

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

Utredningen/analysen dokumenteras i IT-stödet Synergi för avvikelsehantering och avvikelenummer dokumenteras i patientjournal under sökord enligt lokal rutin.

### **Utredningen ska innehålla;**

1. Uppgifter om händelsen, datum och var händelsen ägde rum.
2. Beskrivning av händelsen/händelseförloppet.
3. Vid behov inhämtas involverade personers beskrivning av händelseförloppet.
4. Vid behov inhämtas involverad patient/närståendes beskrivning av händelseförloppet.
5. Om involverat system/medicin teknisk utrustning (MT) varit inblandad anges detta samt även inventarienummer/referens. Om MT-utrusning varit inblandad se även rutiner i ”Kvalitetshandbok för medicintekniska produkter och tjänster”.
6. Berörda rutindokument/annan dokumentation som kan ha betydelser för händelsen bifogas utredningen.

7. Riskbedömning, där allvarlighetsgraden och upprepningskonsekvens bedöms enligt riskmatris.
8. Analys av bakomliggande orsaker.
9. Förslag på åtgärder kopplade till bakomliggande orsaker som är effektiva och förhindrar/förebygger att patient drabbas av vårdskada. Tidplan för planerade åtgärder ska anges.
10. Om händelsen inte föranlett någon åtgärd ska skälen för detta anges under i kommentarsfältet under fliken ”Rapporterat till”.
11. Upprätta en åtgärd med uppgifter om hur kunskap om händelsen återkopplas och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.
12. Uppgifter om händelsen är rapporterad eller skickad till verksamhetschef/analysgrupp för bedömning eller analys. Dokumenteras under fliken ”Rapporterat till” i IT-stödet Synergi för avvikelshantering.
13. Uppgifter om information given till patient/närstående. Dokumenteras och signeras under fliken ”Rapporterat till”.
14. Uppgifter om patient/närstående varit delaktig och fått information om vart patienten kan vända sig för ersättning/anmälan/stöd.

### *Utredning av allvarlig vårdskada/tillbud*

Utredningen genomförs i IT-stödet för händelseanalys NITHA.

Allvarlig vårdskada eller tillbud ska utredas och anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

En *allvarlig* vårdskada eller *tillbud* är;

- en vårdskada som efter riskbedömning av allvarlighetsgrad och upprepningsfrekvens får en sammanfattad riskpoäng lika med åtta eller över åtta (= >8) eller som bedöms ha allvarlighetsgraden ”*katastrofal*”/”*mycket stor sannolikhet att upprepas*”.

### **Åtgärder**

- Vid allvarliga tillbud/negativa händelser rapporterar avvikelshanläggare/avvikelseansvarig/analysteam omgående händelsen till verksamhetschef för beslut om omedelbar åtgärd. Om avvikelserna bedöms som eventuell lex Maria händelse kontaktar verksamhetschefen chefläkare med lex Maria ansvar för bedömning.
- Verksamhetschefen kommenterar sin bedömning i kommentarsfältet/signerar vidtagna åtgärder i avvikelshanteringssystemet under fliken ”Rapporterat till”.
- Lex Maria ansvarig dokumentera sin bedömning i kommentarsfältet under fliken ”Rapporterat till” i IT-stödet Synergi.
- Verksamhetschef ansvarar för att berörd patient/närstående informeras och involveras i utredningen.
- Verksamhetschef ansvarar för att berörd hälso-, sjuk och tandvårdspersonal informeras.



- Utredningen/analysen dokumenteras i IT-stödet Synergi för avvikelshantering och avvikelenummer dokumenteras i patientjournalen under sökord enligt lokal rutin.
- Händelseanalys initieras av verksamhetschef alternativt i samråd med lex Maria ansvarig.
- Händelseanalysen genomförs enligt metoden beskriven i ”[Handbok för Riskanalys och händelseanalys](#)”.

#### **Utredningen ska innehålla;**

1. Uppgifter om händelsen, datum och var händelsen ägde rum.
2. Beskrivning av händelsen/händelseförloppet.
3. Involverade personers beskrivning av händelseförloppet.
4. Patient/närståendes beskrivning av händelseförloppet.
5. Om involverat system/medicin teknisk utrustning (MT) varit inblandad anges detta samt även inventarienummer/referens. Om MT-utrusning varit inblandad se även rutiner i Kvalitetshandbok för medicintekniska produkter och tjänster.
6. Berörda rutindokument/annan dokumentation som kan ha betydelser för händelsen kan bifogas utredningen.
7. Riskbedömning där allvarlighetsgraden och upprepningskonsekvens bedöms enligt riskmatris.
8. Analys av bakomliggande orsaker.
9. Åtgärdsplan med förslag på åtgärder kopplade till bakomliggande orsaker som är effektiva och förhindrar/förebygger att patient drabbas av vårdskada. Åtgärdsplanen ska även innehålla tidplan, vem som ansvarar för åtgärden och vem som ansvarar för uppföljning.
10. Upprätta en åtgärd med uppgifter om hur kunskap om händelsen återkopplas och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.
11. Uppgifter om händelsen är rapporterad eller skickad till verksamhetschef/analysgrupp för bedömning eller analys. Dokumenteras under fliken ”*Rapporterat till*” i IT-stödet Synergi för avvikelshantering.
12. Uppgifter om information given till patient/närstående. Dokumenteras och signeras under fliken ”*Rapporterat till*”.
13. Uppgifter om patient/närstående varit delaktig i utredningen och fått information om vart patienten kan vända sig för ersättning/anmälan/stöd.
14. Händelseanalysen bifogas avvikelsen.
15. Dokument som berör händelsen så som aktuella rutiner etc. bifogas avvikelsen.
16. Utredningen ska återkopplas till involverad patient/närstående.

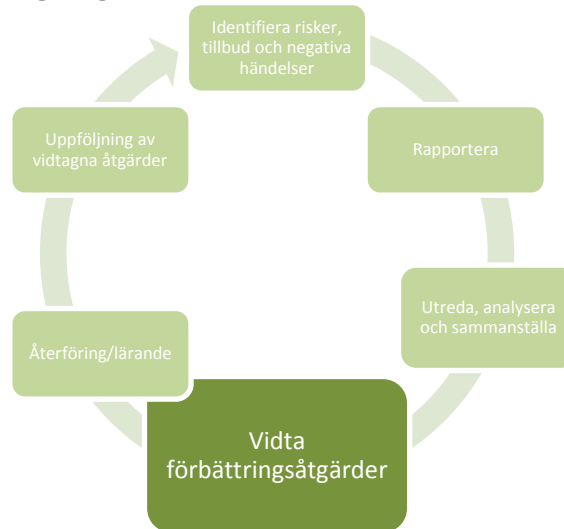
#### *Utredning av risker*

Beroende på riskens allvarlighetsgrad ska det finnas rutiner för hur risken handläggs. Se särskild anvisning för “Risker och riskanalys”

## Förbättringsförslag

Förbättringsförslag ska tillvaratas på ett strukturerat sätt och rutiner för att omhänderta förbättringsförslag ska upprättas i verksamheten. Exempelvis via förbättringstavlor eller liknande.

### Vidta förbättringsåtgärder



Avvikelseansvarig eller analysgruppens förslag till åtgärd återkopplas till enhets- och/eller verksamhetschef för beslut om förbättringsåtgärder.

Åtgärder för att förebygga vårdskada ska vidtas omedelbart. Om detta inte är möjligt ska tidsplan för genomförande upprättas av verksamhetschefen.

Förbättringsarbetet tar sin utgångspunkt i resultatet från avvikelshantering.

- Åtgärdsplan ska upprättas. Antingen i IT-stödet Synergi för avvikelshantering eller i särskild åtgärdsplan ([se bilaga åtgärdsplan händelseanalys](#))
- Åtgärdsplanen ska innehålla uppgifter om planerade åtgärder, när de ska genomföras, vem som är ansvarig och hur och när uppföljning ska ske.

## Återföring/lärande



Kunskapsåterföring är en mycket viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet eftersom den bidrar till ett ökat lärande och till en större förståelse för vikten av avvikelserapportering. Genom att dra lärdom av inträffade händelser kan vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen förbättra sitt förebyggande arbete och på så sätt minska risken för att patienter drabbas av vårdskador.

Återföring av rapporterade avvikelser, anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), synpunkter och klagomål från patienter och närstående samt patientnämndsärenden, ska ske på ett strukturerat sätt på alla nivåer.

Regionnivå

Divisionsnivå

Verksamhetsnivå

- Verksamhetschefen ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal/tandvårdspersonal inom verksamheten informeras om deras skyldighet enligt PSL<sup>2</sup> att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.
- Verksamhetschefen ansvarar för att resultatet av utredningar av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och de lärdomar som har dragits med anledning av händelserna återkopplas till medarbetarna.
- Verksamhetschefen ansvarar för att berörd hälso- och sjukvårdspersonal blir informerade om anmälningar till och beslut från IVO.

Lokal rutiner för hur återföring och lärande ska ske underlättar lärandet.

<sup>2</sup> Patientsäkerhetslagen

## Uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och vidtagna åtgärder



### *Uppföljningen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet omfattar.*

- Antal registrerade avvikelser/antal avslutade.
- Antal registrerade avvikelser per ärendetyp (risk, tillbud, negativ händelse).
- Antal negativa händelser fördelade på allvarlighetsgrad.
- Antal vårdskador (negativ händelse fördelade på händelse/iakttagelse).
- Antal avvikelser fördelade på ”Händelse/iakttagelse”.
- Antal lex Maria anmälningar.
- Handläggningstider avvikelser, lex Maria anmälningar.
- Antal Patientnämndsärenden och inkomna klagomål från patient/närstående.
- Resultat från mätningar och journalgranskning.

### *Regionövergripande uppföljning*

- Följa upp på regionövergripande nivå avvikelshanteringsprocessen, lex Maria processen, klagomålsprocessen, nationella mätningar och journalgranskning.
- Rapportera till regionstyrelsens per tertial- och årsrapport.
- Rapportera kontinuerligt resultatet i regiondirektörens rapport till styrelsen.
- Sammanställa den övergripande patientsäkerhetsberättelsen enligt kraven i patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap, 9-10 § och följer upp divisionernas avvikelshanteringsprocess i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Utvärdering av avvikelshanteringsprocessen ska visa uppnådda effekter för patientsäkerheten.

### *Divisionsnivå*

- Ansvara för att utforma rutiner som stödjer uppföljning och utvärdering enligt regionens anvisning för *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*.
- Sammanställa och återkopplar divisionens resultat från avvikelshanteringsprocess utifrån anvisning för *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*.
- Följa upp på divisionsövergripande nivå avvikelshanteringsprocessen, lex Maria processen, klagomålsprocessen, nationella mätningar och journalgranskning.
- Rapportera till regiondirektören i ordinarie uppföljningssystem per tertial- och årsrapport.
- Återkoppla resultat relevanta ledningsgrupper och patientsäkerhetsrådet.
- Sammanställa och återkoppla den divisionsövergripande patientsäkerhetsberättelsen enligt kraven i patientsäkerhetslagen, SFS

2010:659, 3 kap, 9-10 § och följa upp divisionernas avvikelshanteringsprocess i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljning ligger till grund för förbättringsarbete inom divisionerna. Utvärdering av avvikelshanteringsprocessen ska visa uppnådda effekter för patientsäkerheten.

### *Verksamhetsnivå/enhetsnivå*

Varje verksamhetsområde/enhet

- Ansvarar för att utforma lokala rutiner som stödjer uppföljning och utvärdering enligt regionens anvisning för *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*.
- Sammanställer verksamhetens/enhetens resultat från sin avvikelshanteringsprocess utifrån divisionens rutiner.
- Följer upp verksamhetens/enhetens avvikelshanteringsprocess, lex Maria processen, klagomålsprocessen, nationella mätningar och journalgranskning.
- Rapportera till regiondirektören enligt ordinarie uppföljningssystem per tertial- och årsrapport.
- Återkopplar resultat i patientsäkerhetsrådet och ledningsgrupper.
- Sammanställer den divisionsövergripande patientsäkerhetsberättelsen enligt kraven i patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap, 9-10 § och följer upp divisionernas avvikelshanteringsprocess i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljning ska ligga till grund för förbättringsarbetet inom verksamhetsområdet. Utvärdering av avvikelshanteringsprocessen ska visa uppnådda effekter för patientsäkerheten.

### *Enhetsnivå*

Varje enhet<sup>3</sup>

- Ansvarar för att utforma lokala rutiner som stödjer uppföljning och utvärdering enligt verksamhetsområdets rutiner.
- Sammanställer och följer kontinuerligt upp resultaten för avvikelshanteringsprocess, lex Maria processen, klagomålsprocessen, nationella mätningar och journalgranskning.
- Ansvarar för att återkoppla resultat till medarbetarna.

Uppföljning ligger till grund för förbättringsarbetet inom enheten. Utvärdering av avvikelshanteringsprocessen ska visa uppnådda effekter för patientsäkerheten.

### **Informationsskyldighet**

Informationsskyldigheten i samband med inträffad händelse beskrivs i respektive avsnitt.

Utöver detta omfattar informationsskyldigheten även vårdgivarens ansvar att informera hälso- och sjukvårdspersonalen/tandvårdspersonal om deras skyl-

---

<sup>3</sup> Med **enhet** avses klinik eller annan organisatorisk indelning som respektive verksamhetschef anser vara lämpligt

---

dighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och följas upp en minst en gång per år. Förslagsvis i samband med medarbetarsamtalet. Samtidigt bör information ges om deras funktion i verksamhetens systematiska patient-säkerhetsarbete.

## Termer och begrepp

Allvarlig vårdskada	Vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (SFS 2010:659)
Avvikelse	Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.  En avvikelse är antingen en negativ händelse, risk eller ett tillbud
Avvikelsehantering	Att identifiera och rapportera avvikelser, klargöra och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten
Förbättringsområde	Åtgärd/er som syftar till att förbättra patientsäkerheten.
Kvalité	Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter
Negativ händelse	Händelse som medfört något oönskat
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada (SFS 2010:659)
Patientsäkerhetsarbete	Arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
Risk	Möjlighet att en vårdskada eller allvarlig vårdskada ska inträffa. (SFS 2010:659)
Skada på patient	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar en patient
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra något oönskat
Vårdskada	Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso-, sjuk och tandvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SOSFS 2011:9)  Vårdskador delas in i två områden beroende på allvarlighetsgrad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vårdskada av övergående art.</li> <li>• Allvarlig vårdskada</li> </ul>
Ärendetyp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativ händelse – Vårdskada som inte är allvarlig eller Allvarlig vårdskada</li> <li>• Risk</li> </ul>



---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tillbud</li><li>• Förbättringsförslag</li></ul>
--	---

Mer att läsa;

- Handläggning av synpunkter, klagomål och förbättringsförslag från patient/närstående
- [Handläggning av lex Maria ärende](#)
- [Handläggning av risker och riskanalys](#)
- [Riktlinje för händelseanalys](#)