



Riktlinje för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. 2018–2020

Socialtjänsten

Dokumenttyp Kvalitetsdokument	Dokumentnamn Riktlinje för hantering av avvikelser klagomål och synpunkter	Fastställd/upprättad 2018-06-13, § 50	Beslutsinstans AOU	Giltighetstid 2020-09-30
Dokumentansvarig MAS	Version 1	Senast reviderad --	Dokumentinformation Dnr 119/18-709	Detta dokument gäller för Politiken, anställda, medborgare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Syfte	4
Definitioner	4
Bakgrund	5
Lokal avvikelshantering - En del i kvalitetsarbetet	5
Lagkrav	5
Fungerande rutiner	5
Ansvar och roller	6
Personal/medarbetare	6
Enhetschef och legitimerad yrkesutövare.....	6
Information om rapporteringsskyldigheten	6
Hantering av rapporter.....	7
Anställning av ny personal	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	7
Socialchef	7
Händelser som ska rapporteras.....	8
Hälso-och sjukvård.....	8
Exempel på händelser som ska rapporteras och hanteras inom hälso-och sjukvården:.....	8
Socialtjänst	8
Exempel på händelser som ska rapporteras och hanteras inom socialtjänsten	8
Anmälningsskyldighet lagrum.....	9
enligt Lex Maria och Lex Sarah	9
Rapportering	9
Vem ska rapportera?.....	9
Hur ska man rapportera?	10
Personal/medarbetare	10
Skydd för den som rapporterar	10
Behandling av inkomna rapporter	10
Vem tar emot rapporten?.....	10
Vem vidtar omedelbara åtgärder?	11
Eventuella arbetsrättsliga åtgärder och polisanmälan	11
Utredning och diarieföring	11
Vem utreder?	11
Vart skickas rapport och dokumentation över omedelbara åtgärder?	11
Avvikelse som inkommer i pappersform:	12
Anmälan till IVO.....	12

vem beslutar om anmälningar?.....	12
Rapporter som ej resulterar i en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	12
Information – när något har hänt.....	12
Information till personal, till den enskilde och anhöriga/närstående samt Godman/Förvaltare....	12
Dokumentation och uppföljning.....	13
<input type="checkbox"/> var 3:e månad:	13
<input type="checkbox"/> Ledningsgruppen för socialtjänsten:	13
<input type="checkbox"/> Patientsäkerhetsberättelsen:	13
Information till personal om rapporteringsskyldigheten	13
Lex Sarah.....	13
Syftet	13
Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) 2017:41	14
Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar till MAS	14
Arbetsordning – avvikelser, negativa händelser.....	15
Vid händelsetillfället	15
Vid teamträff	15
Genomgång av avvikelserrapporten vid teamträff.....	15
Övriga verksamheter	15
Klagomål och synpunkter.....	16
Bakgrund	16
Lagkrav.....	16
Säkra verksamhetens kvalitet	17
Hantering av klagomål och synpunkter.....	17
Enhetschef	17
Ärendegång	18
Uppföljning	18
BIL 2:Utredningsmall för rapporter om avvikelser inom SoL och LSS	19
Bilaga 3 Utredningsmall för avvikelser inom SoL och LSS- verksamheter samt vid rapporter om missförhållanden/risk för missförhållanden enligt Lex Sarah, SOSFS 2013:16	22
Bilaga 3 Konsekvensbedömningsmatris.....	25
Bilaga 4: information Synpunkter och klagomål.....	29
Synpunkter/Klagomål.....	29
Jag vill lämna synpunkter eller klaga på vården/omsorgen.....	29
Jag vill anmäla fel eller brister	30
Bilaga 5 Blankett för inlämning av Synpunkter/Klagomål	31
Externt styrande dokument.....	34

SYFTE

Syftet med avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering är upptäcka och förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

DEFINITIONER

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

Negativ händelse är alla händelser som skadar eller hade kunnat skada individen

Avvikelse innebär en negativ händelse eller tillbud som medfört eller skulle kunna medföra att kvaliteten i verksamheten äventyras. En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna.

Missförhållande: med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Vårdskada (SFS 2010:659): Med vårdskada avses i denna lag 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.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Klagomål och synpunkter. Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med **klagomål** avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med **synpunkter** avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

BAKGRUND

LOKAL AVVIKELSEHANTERING - EN DEL I KVALITETSARBETET

LAGKRAV

I både Socialtjänstlagen, SoL, Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, HSL, och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, finns krav på systematiskt kvalitetsarbete.

SoL innehåller en bestämmelse 3 kap.3 § SoL - som anger att socialtjänsten insatser ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Till stöd och vägledning har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter om kvalitet och brukarsäkerhet i hälso- och sjukvården och för verksamhet inom SoL, LVU, LVM och LSS

HSL innehåller flera bestämmelser som beskriver vårdens kvalitet. Av 5kap. §1 framgår att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att de uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bl.a. att vården ska bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet för att tillgodose individens behov av trygghet i vård och behandlingen. Av 4§ HSL framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Genom att tillämpa de båda lagrummen ska kommunen bygga upp ett system för att fortlöpande kontrollera, säkra och utveckla kvaliteten i den kommunala Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och verksamhet enligt LSS

I båda lagrummen betonas vikten av det förebyggande arbetet. Synpunkter och klagomål från enskilda eller anhängig är en viktig informationskälla för att kunna åtgärda brister samt för att kunna identifiera områden som behöver förbättras. Viktigt är att förebygga fel och brister med hjälp av riskanalyser och att med hjälp av avvikelshantering lära av de fel och misstag som begåtts.

I föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9*. Beskrivs att: Inkomna rapporter av avvikelser, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS) ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Detta är en del i det fortlöpande systematiska förbättringsarbetet.

FUNGERANDE RUTINER

En del i kvalitetssäkringsarbetet är att ha väl fungerande rutiner där avvikelser identifieras, analyseras och åtgärdas samt att avvikelserna systematiskt följs upp och utvärderas. Rutinerna skapar en god kontroll av den egna verksamheten. Personalens kunskaper om riskfaktorer ökar vilket leder till att organisationen får en ökad medvetenhet.

Genom avvikelshanteringens följer enheterna inom socialtjänsten fortlöpande upp den egna verksamheten. Kunskaperna i det förebyggande arbetet ökar vilket ger ökad säkerhet och kvalitet i verksamheten. På de avvikelser som förekommer skall alltid avvikelserrapport

skrivs, som sedan ska följas upp på den egna arbetsplatsen. Avvikelse är alltid en icke förväntad händelse som medfört eller kunde ha medfört skada eller risk för skada.

All personal är skyldiga att arbeta i enlighet med fastställda riktlinjer och rutiner. Att arbeta i enlighet med processerna och rutinerna innebär att personalen arbetar systematiskt på ett likartad sätt för att uppnå kvalitet och därigenom medverkar i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten.

ANSVAR OCH ROLLER

Rapportering av avvikelser är en skyldighet och ett ansvar för all personal i verksamheten. Det är viktigt att sammanställa, analysera, åtgärda och utvärdera avvikelse samt att ge återkoppling till medarbetarna liksom att sprida kunskap till andra verksamheter.

PERSONAL/MEDARBETARE

All personal har ett ansvar att rapportera avvikande händelser. Medarbetare ska snarast informera närmaste chef.

Praktikanter eller uppdragstagare, kan vända sig till den kontakt som denne har i verksamheten eller till dennes närmaste chef.

Detta innebär att rapporten sker via en annan person, Den personal som upptäcker avvikelse ansvarar även för att händelsen rapporteras till tjänstgörande legitimerad yrkesutövare som bedömer situationen och vidtar eventuella akuta åtgärder vid händelsen.

Dokumentation sker enligt följande:

Medarbetare som arbetar i modulen verkställighet HSL/SoL/LSS dokumenterar i verksamhet systemet.

Medarbetare som arbetar i övriga delar av socialtjänsten dokumenterar **enl bil**
Avvikelse rapport socialtjänsten

ENHETSCHEF OCH LEGITIMERAD YRKESUTÖVARE

INFORMATION OM RAPPORTERINGSSKYLDIGHETEN

Enhetschef ansvarar för att all personal får information om skyldigheten att rapportera händelser som är eller kan leda till missförhållanden i samband med anställning och praktik. Information om denna rutin SKA ges både muntligt och skriftligt till alla som omfattas av rapporterings-skyldigheten och upprepas minst en gång per år.

Enhetschef och legitimerad personal ansvarar gemensamt för att avvikelser, inom respektive verksamhetsområde, blir

- Registrerade
- dokumenterade,
- analyserade/
- utredda,
- åtgärdade och
- utvärderade.

Enhetschefen ansvarar för att åtgärdade avvikelser regelbundet återförs till verksamheten samt att individ och dennes anhöriga görs delaktiga i kvalitets-säkerhetsarbetet.

HANTERING AV RAPPORTER

Vid hantering av avvikelserapporter har enhetschef huvudansvar för avvikelser enligt SoL och LSS.

Sjuksköterskan har ansvar för hantering av avvikelserapporter som gäller medicinska händelser samt, läkemedelshändelser.

Arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvar för hantering av avvikelserapporter som gäller fallolyckor och medicintekniska produkter.

ANSTÄLLNING AV NY PERSONAL

Anställande enhetschef är skyldig att vid nyanställning ge muntlig och skriftlig information om Lex Maria och Lex Sarah, därefter årligen muntlig information om rapporteringsplikten av enhetschefen. Informationen finns på kommunens hemsida

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

Ansvarar för att Rutin/riktlinje finns för avvikelshantering

Att avvikelser hanteras i kvalitetsarbetet, sammanställs och återförs till verksamheterna som ett led i det förebyggande arbetet

Utredning händelser samt bedömer om anmälan ska ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria detta gäller även Lex Sarah utredningar. När en händelse bedöms som allvarlig eller som risk för allvarligt missförhållande ska kontakt tas med MAS samt socialchef.

SOCIALCHEF

Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten i sin helhet, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården/omsorgen.

Socialchefen ska hållas underrättad och göras delaktig i det fortlöpande arbetet

socialchefen ska även hålla utskottet informerad och delaktig i utredningens arbete tillsammans med MAS.

HÄNDELSER SOM SKA RAPPORTERAS

HÄLSO-OCH SJUKVÅRD

EXEMPEL PÅ HÄNDELSER SOM SKA RAPPORTERAS OCH HANTERAS INOM HÄLSO-OCH SJUKVÅRDEN:

- Brister i läkemedelshanteringen
- Fall och fallskador
- Trycksår
- Brister i informationsöverföring dvs Otillräcklig eller felaktig information till individ, anhörig eller emellan olika vårdgivare
- Utebliven eller fördröjd undersökning, vård eller behandling
- Felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling
- Vårdrelaterade infektioner
- Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter
- Själv mord/själv mordsförsök

SOCIALTJÄNST

EXEMPEL PÅ HÄNDELSER SOM SKA RAPPORTERAS OCH HANTERAS INOM SOCIALTJÄNSTEN

Övergripping och brister i omsorgen som utgör ett hot mot en enskilds liv och hälsa. Ett bemötande av äldre och funktionshindrade som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Brister i omsorgen kan vara

- Bristande personlig hygien
- Bristande mathållning
- Bristande tand och munhygien
- Brister i tillsyn och omsorg
- Brister i arbetsrutiner
- Brister i bemötande
- Utebliven insats

- Bristande dokumentation
- Bristande information/ kommunikation
- Bristande eller otillräckliga resurser
- Bristande biståndshandläggning.

Övergrepp kan vara

- Fysiska (t.ex. slag, nypningar och fasthållning).
- Psykiska (t.ex. hot, kränkningar, trakasserier, inlåsning och tvång).
- Ekonomiska (t.ex. stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring).
- Sexuella övergrepp.

ANMÄLNINGSSKYLDIGHET LAGRUM

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659

HSLF-FS 2017:40 vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

ENLIGT LEX MARIA OCH LEX SARAH

All personal som är verksam inom socialtjänsten och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är skyldiga att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden.

RAPPORTERING

Det som ska rapporteras är händelser som är eller kan leda till missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra. Handlingarna eller de icke utförda handlingarna ska innebära eller ha inneburit ett hot mot eller ha medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Iakttagelser av risker eller visst riskförhållande ska rapporteras till den som bedriver verksamheten för att åtgärder ska kunna vidtas.

VEM SKA RAPPORTERA?

Den som arbetar inom socialtjänsten eller i verksamheter inom stöd och service till vissa funktionshindrade omfattas av rapporteringsskyldigheten (Praktikanter under utbildning, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program eller uppdragstagare). Rapporteringsskyldigheten omfattar förutom anställda också uppdragstagare, praktikanter, studerande och deltagare i arbetsmarknadspolitiska program. Rapportering kan ej ske anonymt. Den enskilde medarbetaren ska rapportera utan att själv värdera hur allvarlig en händelse är. Den enskildes rapportskyldighet gäller i huvudsak socialtjänstens egen verksamhet samt verksamhet som utförs på uppdrag av socialtjänsten. Anställda har alltid möjlighet att påtala missförhållanden som har uppmärksammats utanför den egna verksamheten.

HUR SKA MAN RAPPORTERA?

PERSONAL/MEDARBETARE

All personal har ett ansvar att rapportera avvikande händelser. Medarbetare ska snarast informera närmaste chef.

Praktikanter eller uppdragstagare, kan vända sig till den kontakt som denne har i verksamheten eller till dennes närmaste chef.

Detta innebär att rapporten sker via en annan person, Den personal som upptäcker avvikelse ansvarar även för att händelsen rapporteras till tjänstgörande legitimerad yrkesutövare som bedömer situationen och vidtar eventuella akuta åtgärder vid händelsen.

Dokumentation sker enligt följande:

Medarbetare som arbetar i modulen verkställighet HSL/SoL/LSS dokumenterar i verksamhet systemet.

Medarbetare som arbetar i övriga delar av socialtjänsten dokumenterar **enl bil**

Avvikelse rapport socialtjänsten

SKYDD FÖR DEN SOM RAPPORTERAR

Det är av största vikt att den som har rapporterat ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande inte ifrågasätts och att rapporten inte betraktas vara av ringa betydelse.

BEHANDLING AV INKOMNA RAPPORTER

VEM TAR EMOT RAPPORTEN?

Ansvarig för att ta emot och göra en första bedömning av allvarlighetsgraden de inrapporterade händelserna är närmaste chef. Inom socialtjänsten är det enhetschef. Enhetschefen utreder händelsen tillsammans med teamet och gör en första bedömning av allvarlighetsgraden *se vidare i bilaga 2 " utredningsmall för rapporter om avvikelser inom SoL och LSS"*. När det gäller händelser i hälso-och sjukvård så ansvarar enhetschef tillsammans med MAS för utredning av händelsen

När allvarlighetsgraden bedöms till nivå 1 och 2 så hanterar verksamheten detta själva. När allvarlighetsgraden bedöms till nivå 3 överlämnas den inrapporterade händelse och rapporten till MAS för vidare utredning och bedömning.

VEM VIDTAR OMEDELBARA ÅTGÄRDER?

I samband med att ett allvarligt missförhållande eller risk för missförhållande uppdagas och rapporteras finns ofta behov av att vidta omedelbara åtgärder. Ansvarig för dessa åtgärder är ansvarig chef.

Berörd personal ska omedelbart kontakta ansvarig chef och/eller legitimerad personal som vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet. Omvårdnadspersonal dokumenterar i avvikelse modulen Ansvarig chef dokumenterar vilka omedelbara åtgärder som vidtagits i avvikelssystemet.

Gör ansvarig chef en bedömning att det uppenbart handlar om ett allvarligt missförhållande ska denne informera socialchef och MAS/ utredningsansvarig enhetschef utan dröjsmål, samt överlämnar ärendet för fortsatt utredning

EVENTUELLA ARBETSRÄTTSLIGA ÅTGÄRDER OCH POLISANMÄLAN

Ansvarig chef informerar och samråder med MAS samt personalkontoret om eventuella arbetsrättsliga åtgärder.

Om missförhållandet kan bero på en brottslig handling från en eller flera personer kan en polisanmälan bli aktuell. Anmälan kan göras som en omedelbar åtgärd av ansvarig chef. Anmälan kan också bli aktuell utifrån vad som framkommer av utredningen.

*UTREDNING OCH DIARIEFÖRING**VEM UTREDER?*

- En rapport om ev. missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande ska:
- Dokumenteras,
 - utredas och
 - avhjälpas utan dröjsmål.

Socialtjänsten och hälso-och sjukvården (HSL) använder lokal utredningsmall (bilaga 2) för rapporter om avvikelser inom SoL och LSS

Mallen bygger på direktiven i SOSFS 2013:16. MAS utreder tillsammans med utsedd enhetschef med utredningsansvar och socialchefen hålls underrättad.

VART SKICKAS RAPPORT OCH DOKUMENTATION ÖVER OMEDELBARA ÅTGÄRDER?

Ansvarig chef tar emot rapport av missförhållanden och risk för missförhållande i verksamheterna utreder och vidtar, dokumenterar eventuella omedelbara åtgärder för allvarlighetsgrad 1 och 2

AVVIKELSE SOM INKOMMER I PAPPERSFORM:

Ska snarast dokumenteras och utredningen ska fortsättningsvis hanteras där fram till utredningsnivån 6

När allvarlighetsgraden för den rapporterade händelse bedöms till nivå 6 skickas rapporten i pappersform till MAS/utredningsansvarig enhetschef för vidare utredning och bedömning. Rapporter som utreds av MAS/utredningsansvarig enhetschef skickas till Arbete och omsorgsutskottet för kännedom/beslut eller till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt diarieförs.

ANMÄLAN TILL IVO

VEM BESLUTAR OM ANMÄLNINGAR?

Om händelsen av utredaren (MAS/utredningsansvarig enhetschef) bedöms som ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska utredningen anmälas enligt Lex Sarah till IVO, och ansvarar för att detta sker. Utredarna bedömer också om de åtgärder som har vidtagits eller planeras i verksamheten är tillräckliga. Anmälning görs på IVO:s blankett för Lex Sarah.

RAPPORTER SOM EJ RESULTERAR I EN ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO)

Vid bedömningen att det inte handlar om ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande arbetar man vidare med frågan inom ramen för socialtjänstens/hälso- och sjukvårdens systematiska förbättringsarbete.

INFORMATION – NÄR NÅGOT HAR HÄNT

INFORMATION TILL PERSONAL, TILL DEN ENSKILDE OCH ANHÖRIGA/NÄRSTÅENDE SAMT GODMAN/FÖRVALTARE.

Enhetschef ansvarar för information till personal och den enskilde. I de fall där den enskilde har en legal företrädare, god man eller förvaltare, eller vårdnadshavare, om den som berörs är barn, så ska dessa få motsvarande information och stöd.

Berörda medarbetare ska informeras om händelsen och vidtagna åtgärder. Den enskilde ska informeras om att en utredning av händelse påbörjats. Det kan också finnas behov av stöd till medarbetare och den enskilde.

Lex Sarah-anmälningar som görs till IVO tas upp på Ledningsgruppen i socialtjänsten som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Händelserna beskrivs avidentifierade. Ansvarig för detta är MAS.

DOKUMENTATION OCH UPPFÖLJNING

- *VAR 3:E MÅNAD:*
Enhetschefen tar ut statistik för inkomna avvikelser enligt SoL och HSL under perioden, för att kunna identifiera ett eventuellt mönster av händelser. Händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten synliggörs i teamet. Dokumentationen lämnas till MAS för sammanställning.
- *LEDNINGSGRUPPEN FÖR SOCIALTJÄNSTEN:*
Avvikelser och Lex Sarah-anmälningar som görs till IVO tas upp på Ledningsgruppen i socialtjänsten som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Händelserna beskrivs avidentifierade. Ansvarig för detta är utredningsansvariga
- *PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSEN:*
Den 1 mars varje år skrivs en patientsäkerhetsberättelse där avvikelserna beskrivs. Ansvarig för detta är MAS och redovisas till Arbete och Omsorgsutskottet samt återförs till verksamheterna.

INFORMATION TILL PERSONAL OM RAPPORTERINGSSKYLDIGHETEN

LEX SARAH

SYFTET

Syftet med Lex Sarah-bestämmelserna är att se till att den enskilde får insatser av god kvalitet. Avsikten är att skydda den enskilde från missförhållanden. Anmälningsskyldighet ska vara till stöd för personal och andra verksamma att göra anmälan utan rädsla för repressalier. Syftet med Lex Sarah är att komma till rätta med missförhållanden och risk för missförhållande Rapport av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 14 kap. 7 § SoL och inom stöd och service till funktionshindrade enligt 24f § LSS. Lex Sarah är inte till för att lösa problem i relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare, samarbetsproblem i en arbetsgrupp eller arbetsmiljöproblem. Dessa ska lösas inom arbetsmiljöarbetet.

*INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORGS FÖRESKRIFTER OM ANMÄLAN AV HÄNDELSE
SOM HAR MEDFÖRT ELLER HADE KUNNAT MEDFÖRA EN ALLVARLIG VÅRDSKADA (LEX
MARIA) 2017:41*

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas lex Maria.

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) ska

- hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren
- vårdgivaren har en skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada
- vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALEN RAPPORTERAR TILL MAS

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 till vårdgivaren.

Hälso och sjukvårdspersonal rapporterar till MAS och enhetschef för hälso och sjukvårdsenheten. Dessa två samlar in information och utreder tillsammans händelsen. MAS utreder, vidtar åtgärder och anmäler samt redovisar till vårdgivaren/arbete och omsorgsutskottet

När Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas.

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Om vårdskadan är allvarlig ska vårdgivaren snarast anmäla den till [Inspektionen för vård och omsorg \(IVO\)](#).

ARBETSORDNING – AVVIKELSER, NEGATIVA HÄNDELSER

Medarbetare som arbetar i modulen verkställighet HSL/SoL/LSS dokumenterar i verksamhet systemet.

VID HÄNDELSETILLFÄLLET

- Händelsen rapporteras till enhetschef/tjänstgörande legitimerad yrkesutövare för bedömning av eventuell akut åtgärd av den personal som var närvarande vid händelsen.
- Händelsen registreras i avvikelsemodul och journal av den personal som var närvarande vid händelsen eller har fått kännedom om det. Händelseförloppet ska beskrivas tydlig, vad hände? hur gick det till? Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder.
- Anhöriga underrättas och görs delaktig i planeringen kring säkerheten om inte individen anser att hinder föreligger.

VID TEAMTRÄFF

Teamet bestående av enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, representant för baspersonalen gör en analys av händelsen och åtgärder preciseras samt vidtas av aktuell yrkesutövare beroende på typ av händelse och åtgärd.

Team bestående av enhetschef och legitimerad personal utreder händelsen tillsammans och gör en första bedömning av allvarlighetsgraden.

När allvarlighetsgraden bedöms till nivå 1–6 så hanterar verksamheten detta själva i sitt kvalitetsarbete. När allvarlighetsgraden bedöms till nivå 6–12 går dessa till MAS.

GENOMGÅNG AV AVVIKELSERAPPORTEN VID TEAMTRÄFF

- Enhetschefen tar ut statistik som tas upp i teamträff varje vecka.
- Har rapporten registrerats på rätt ställe? Ska den registreras om?(fall i fallolycksrapport, läkemedelsavvikelse som en läkemedelsavvikelse etc)
- Är rapporten skickad till rätt person som är ansvarig? Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelsrapporter, arbetsterapeuten/sjukgymnasten ansvarar för fallrapporter och enhetschefen ansvarar för brister i omvårdnaden
- Har händelseförloppet beskrivits tydligt? vad hände? hur gick det till
- Vilka är de identifierade orsakerna till händelsen?
- Vilka omedelbara åtgärder har vidtagits eller måste vidtas?
- Vilka planerade åtgärder bör genomföras.
- Vad kan teamet göra för att förebygga den negativa händelsen Riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser,
- Riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen
- *Information/kommunikation:* Samarbete med enskilde, anhörig eller dennes företrädare ska ske för att ytterligare säkra kvalitén och säkerheten om inte hinder föreligger.
- Dokumentation av utredningen sker i avvikelsemodulens utredningsdel
- Uppföljning ska dokumenteras av ansvarig yrkesprofession i avvikelsemodulen verksamhetssystemet VIVA

Vid oklarheter ta kontakt med MAS

ÖVRIGA VERKSAMHETER

Medarbetare som arbetar i övriga delar av socialtjänsten dokumenterar enligt bilaga

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

BAKGRUND

LAGKRAV

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår det i 3§ att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer in, ska sammanställas och analyseras för att ska kunna se mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet.

Om en individ är missnöjd med hur socialtjänstens insatser eller hälso- och sjukvårdens insatser har utförts ska denne kunna framföra klagomål och synpunkter. Det ska även gå att klaga på allmän omvårdnad av äldre och personer med funktionshinder som ges i samband med kommunal hälso- och sjukvård enligt socialtjänstlagen. Om personen inte tycker sig fått gehör för sina synpunkter kan denne vända sig till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Synpunkter och klagomål kan även framföras av exempelvis anhöriga och närstående.

Verksamheten har en skyldighet att utreda.

Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående

SÄKRA VERKSAMHETENS KVALITET

Med dessa utredningar som underlag ska resultaten av de aktiviteter som gjorts och de åtgärder som vidtagits säkra verksamhetens kvalitet. Om resultaten visar att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPKUNKTER

Informationsblad om klagomål och synpunkter (se bil.4) lämnas ut till alla som är i behov av vård och omsorg inom socialtjänsten. Blanketten ska finnas tillgänglig vid samtliga enheter samt på kommunens hemsida.

Grundregeln är att alla medarbetare oavsett yrkesfunktion har ansvar för att ta emot synpunkter/klagomål som framförs. Klagomål och synpunkter ska tas om hand och dokumenteras

Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och klagomål och därför så finns olika möjligheter att lämna in synpunkten eller klagomålet. Det finns möjlighet att prata direkt med enhetschefen eller personal/kontaktperson. Det går även att ringa, skicka SMS eller e-mail. Det går även bra att ringa till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och lämna synpunkter

ENHETSCHEF

När en person vill ge synpunkter eller lämna ett klagomål ska detta förmedlas till enhetschef som utreder. Det kan komma synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter. Verksamheten utreder enligt utredningsmall (se bil. 5).

När utredningen är klar ska återkoppling ske med den som lämnat in klagomålen.

När utredningen av klagomålet är klart så lämnas det till MAS som sammanställer dessa 1ggr/år

Klagomål och synpunkter förvaras i Arkiv på Ugglan

ÄRENDEGÅNG

- Enhetschef utreder ärenden inom sitt verksamhetsområde och beslutar vilka åtgärder ska vidtas.
- Om den som klagat angett namn och telefonnummer skall ansvarig chef kontakta den enskilde snarast eller senast inom 14 dagar.
- Om den enskilde vill vara anonym genomförs en utredning enligt bilaga 3
- Inkomna synpunkter, klagomål och förbättringsförslag ska diskuteras på arbetsplatsträffar och på så sätt vara underlag för förbättringsarbete inom enheten.
- Ansvarig chef återkopplar till den som har lämnat klagomålet. Om den klagande inte är nöjd med svaret, bistår enhetschef/biståndshandläggaren klagande att gå vidare med ärendet till socialchefen/MAS.
- Är den enskilde fortfarande missnöjd uppmanar enheten den enskilde att lämna klagomål till IVO.
- Enhetschef/ Handläggaren ska skicka svaret på utredningen med de insatser/åtgärder som ska vidtagas till MAS samt till personalkontoret.
- Registrerade synpunkter/klagomål rapporteras till arbete och omsorgsutskottet. 1ggr/år och diarieförs görs det i dagsläge? .

UPPFÖLJNING

Socialtjänstens ledningsgrupp har en viktig funktion när det gäller att stödja verksamheterna i att tillämpa och förbättra arbetsätten. Eftersom synpunkter och klagomål på våra verksamheter kan vara svåra att hantera, är en kontinuerlig diskussion och dialog nödvändig. Inom hela Socialtjänsten ska alla arbeta aktivt med förhållningssätt och attityder. För att få en bra verksamhet som ständigt utvecklas främjas ett öppet diskussionsklimat och ett tydligt brukarperspektiv. Hela organisationen arbetar, med att se synpunkt/klagomålshantering som en del i systematiska kvalitetsarbetet.

De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer in, ska sammanställas och analyseras för att ska kunna se mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet. Samtliga ledningsgrupper inom socialtjänsten ansvarar för att diskutera denna redovisning och analys med alla medarbetare. Redovisningen ska användas i etiska diskussioner och förslag till förbättring samt utveckling inom de identifierade utvecklingsområdena.

8. Vilka åtgärder <u>kommer att vidtas</u> med anledning av rapporten om avvikelser/missförhållandet eller risken? <ul style="list-style-type: none"> - Vem ansvarar för genomförandet och uppföljning av dessa planerade åtgärder. - När genomförande och uppföljning kommer att ske? 	Namn/titel Datum
9. Vilket stöd och information har den person som har drabbats av det inträffade, och dennes anhörig, ställföreträdare fått med anledning av den aktuella händelsen?	När och av vem – namn/titel, datum.
10. Vad har i övrigt framkommit under utredningen?	

Avvikelse

Bemötandet	Respektlöst uppträdande, bristande respekt för individens självbestämmande och integritet eller olämpligt uppträdande.
Följa uppdraget	Beviljad insats inte utförs
Följa genomförandeplanen	Vad som utförs och hur insatsen utförs gällande den personliga omvårdnaden i förhållande till GP enligt SoL
Dokumentationen	Saknad eller felaktig dokumentation
Information/instruktion	Information gällande alla riktningar och nivåer i informationsflödet, ex. mellan handläggning och utförande, mellan personal, enheter.

Ej avvikelse

Om den enskilde tackar nej till insats eller om behov finns att ändra tid eller dag för insats ska det göras i samband med den enskilde och dokumenteras som en åtgärd

Registrering av avvikelse i datasystem

Se Manual för upprättande av Avvikelse/Fallrapport i rutinpärmen i VIVA

BILAGA 3 UTREDNINGSMALL FÖR AVVIKELSER INOM SOL OCH LSS- VERKSAMHETER SAMT VID RAPPORTER OM MISSFÖRHÅLLANDEN/RISK FÖR MISSFÖRHÅLLANDEN ENLIGT LEX SARAH, SOSFS 2013:16

Verktyg för utredarens ställningstagande:

1. *Bedöm allvarlighetsgraden av konsekvenserna. OBS: En risk som identifieras bedöms på samma sätt som om den faktiskt inträffat för en enskild/eller grupper!* ”

Med missförhållanden avses både aktivt utförda handlingar eller handlingar som *någon av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra och som: innebär, har inneburit eller kan komma att innebära, ett hot mot, eller medfört, skulle kunna ha medfört, konsekvenser för den enskildes liv, personliga säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa*”.

Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
<i>Brister i personlig vård, omsorg, hjälp och stöd, besvarande av larm, bemötande, övergrepp som utgjort ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Lett till dödsfall. Brott mot rätts säkerheten eller sekretessbrott.</i>	<i>Brister i personlig vård, omsorg, hjälp och stöd, besvarande av larm, bemötande, övergrepp som fått omfattande konsekvenser och lett till omfattande obehag för den enskilde som har omfattande behov. Brott mot rätts säkerheten eller sekretessbrott.</i>	<i>Brister i personlig vård och aktiviteter gällande hemlivet, t.ex. omsorg, hjälp och stöd, städ, tvätt, mat, besvarande av larm, bemötande och övergrepp som fått konsekvenser och lett till obehag för den enskilde.</i>	<i>Brister i aktivitet gällande hemlivet, som städning eller tvätt, som fått mindre konsekvenser och lett till mindre obehag för den enskilde. (bedöms ev. endast som fel och brist)</i>

2. *Bedöm sannolikheten för att händelsen inträffar igen:*


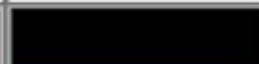


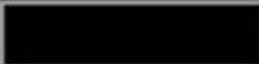











Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa en gång/år

3. *Gör ett ställningstagande, sammanvägning av konsekvens och sannolikhet för att avgöra hur utredningen ska hanteras vidare.*

När allvarlighetsgrad och sannolikhet är skattade används en riskmatris för att bestämma det numeriska värdet på riskens storlek. Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet får man fram riskens storlek.

Poäng från Allvarlighetsgrad och Sannolikhet multipliceras (Numerisk kod). Händelser där risken bedöms till 8 poäng eller mer ska lämnas vidare till MAS/MAR som ser till att en utredning genomförs. Händelser som bedöms till mellan 1-6 poäng följs upp i den egna verksamheten.

Allvarlighetsgrad

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

Godkänd av ansvarig chef

Uppföljning

Ansvarig

Q Datum

2017-09-12 16

Medansvariga



- Om händelsen bedöms tillhöra nivå 1-6 : Den avvikande händelsen hanteras lokalt av enhetschef och teamet.
- Om händelsen bedöms tillhöra nivå 6-12 eller att händelsen eller risken bedöms vara ett mindre men ofta återkommande missförhållande som berör många: Kontakta MAS snarast.

4. *Ställningsstagande/ Beslut :*

- Den rapporterade händelsen **bedöms inte vara ett missförhållande** enligt Lex Sarah, endast fel, brist eller klagomål på verksamheten.
- Den rapporterade händelsen bedöms vara **ett missförhållande** enligt Lex Sarah, kategori 6 eller mindre.
- Den rapporterade händelsen bedöms vara **en risk för ett missförhållande** enligt Lex Sarah, kategori 6 eller mindre.
- Annat:

Dessa ställningstaganden görs endast efter samråd med socialchef/MAS:

- Den rapporterade händelsen bedöms vara **ett allvarligt missförhållande** enligt Lex Sarah, kategori 6 eller högre, som ska anmälas till IVO
- Den rapporterade händelsen bedöms vara **en risk för ett allvarligt missförhållande** enligt Lex Sarah, kategori 6 eller högre, som ska anmälas till IVO

BILAGA 3 KONSEKVENSBEDÖMNINGSMATRIS

Vid avvikelser och missförhållanden av social karaktär.

Utredningsmall för avvikelser inom SoL och LSS- verksamheter samt vid rapporter om missförhållanden/risk för missförhållanden enligt Lex Sarah, SOSFS 2013:16

OBS: En risk som identifieras bedöms på samma sätt som om den faktiskt inträffat!

Typ av avvikelse	Katastrofal (4) <i>Brister i personlig vård, omsorg, tillsyn, besvarande av larm, bemötande, övergrepp som utgjort ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Lett till dödsfall. Sekretessbrott.</i>	Betydande (3) <i>Brister i personlig vård, omsorg, tillsyn, besvarande av larm, bemötande, övergrepp som lett till omfattande obehag för den enskilde som har omfattande behov.</i>	Måttlig (2) <i>Brister i personlig vård och aktiviteter gällande hemlivet, t.ex. omsorg, tillsyn, städ, tvätt, mat, besvarande av larm, bemötande och övergrepp som lett till obehag för den enskilde.</i>	Mindre (1) <i>Brister i aktivitet gällande hemlivet, som städning eller tvätt, som vållat den enskilde mindre obehag. (bedöms ev. endast som ”fel och brist”)</i>
Utebliven insats	Utebliven/fördröjd insats som utgör/leder till: - ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, - stora bestående besvär, obehag eller skada/funktionsnedsättning, - dödsfall. Ex: Glömt, inte hunnit, eller struntat i att; utföra tillsyn, personlig vård, stöd vid matsituationen, besvarat larm.	Utebliven/fördröjd insats som leder till omfattande obehag, allvarliga besvär eller skada, för den enskilde. Ex: Glömt, inte hunnit, eller struntat i att; utföra tillsyn, personlig vård, stöd vid matsituationen, besvarat larm.	Utebliven/fördröjd insats som leder till obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Glömt eller ej hunnit att utföra insats avseende personlig vård, eller hemliv tex. inköp eller dusch.	Utebliven/fördröjd insats som leder till lindriga obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex. aktivitet gällande hemlivet, t.ex. utebliven städning eller tvätt.
Felaktigt utförd insats	Utebliven/fördröjd insats som utgör/leder till: ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, stora bestående besvär, obehag eller skada/funktionsnedsättning.	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till omfattande obehag, allvarliga besvär eller skada, för den enskilde.	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Felaktigt utförd personlig vård, stöd	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som lindriga obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex.. felaktigt utförd aktivitet gällande hemlivet, tex. städning Eller tvätt.

	<p>dödsfall. Ex: Beviljad insats, personlig vård, stöd vid matsituationen, har inte utförts enligt den enskildes behov på ett professionellt sätt eller enligt dennes vilja. Personal besvarar inte larm inom rimlig tid eller på ett professionellt sätt. Bortglömd brukare. Vårdslös förflyttning, aggressiva hårda tag. Brott mot sekretesslagen.</p>	<p>Ex: Beviljad insats, personlig vård, stöd vid matsituationen, har inte utförts enligt den enskildes behov på ett professionellt sätt eller enligt dennes vilja. Personal besvarar inte larm inom rimlig tid eller på ett professionellt sätt. Bortglömd brukare. Vårdslös förflyttning, aggressiva hårda tag. Brott mot sekretesslagen.</p>	<p>vid matsituationen, etc, underlåtenhet att utföra insatser utifrån den enskildes specifika behov.</p>	
Brister i bemötande	<p>Utebliven/fördröjd insats som utgör/ leder till: ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, stor bestående psykisk skada självord/dödsfall Ex: hot, kränkningar, bestraffningar, slag, vårdslösa förflyttningar, hårda och aggressiva tag.</p>	<p>Brister i bemötandet som leder till omfattande obehag, allvarliga besvär eller skada, för den enskilde. Ex: Allvarliga psykiska övergrepp (kränkningar, hot, bestraffningar). Underlåtenhet att utföra insatser utifrån den enskildes specifika önskemål. Olämpligt språkbruk eller beteende, bemötande t.ex. att skrika åt den enskilde.</p>	<p>Brister i bemötandet som leder till som obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Mindre allvarliga psykiska övergrepp (t.ex. särbehandling, eller mindre värdigt bemötande)</p>	<p>Brister i bemötandet som leder till lindriga obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Bristande lyhördhet och respekt för den enskilde.</p>
Ekonomiska övergrepp		<p>Alla stölder som drabbar den enskilde. Ex: pengar, smycken, värdeföremål, läkemedel.</p>		
Fysiskapsykiska eller sexuella övergrepp	<p>Övergrepp som utgör/ leder till: <input type="checkbox"/> ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, <input type="checkbox"/> stor bestående psykisk skada <input type="checkbox"/> självmord/dödsfall Ex: Allvarliga fysiska, psykiska och sexuella övergrepp, sexuellt ofredande eller utförd sexuell handling.</p>			
Våld/hot mellan brukare	<p>Våld mellan brukare som utgör: <input type="checkbox"/> ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, stora bestående besvär, obehag el. <input type="checkbox"/> skada/funktionsnedläggning, eller</p>	<p>Våld mellan brukare som leder till: omfattande obehag, besvär eller skada för den enskilde, eller</p>	<p>Våld mellan brukare som leder till som leder till övergående obehag, besvär</p>	<p>Våld mellan brukare som lindriga obehag, besvär eller skada/smärta för den enskilde.</p>

	behov av långvarig läkarkontakt och/eller byte av boendeform. -dödsfall. Ex: Frakturer, allvarliga mjukdels- och sårskador, allvarliga kränkningarna och hot.	läkarkontakt och/eller byte av boendeform. Ex: Frakturer, allvarliga mjukdels och sårskador, allvarliga kränkningarna och hot.	eller skada för den enskilde. Ex: sårskada, smärta, mjukdelskada, svullnad, fasthållning, nyp, skrämnel.	Ex. mindre sårskada, smärta, mjukdelskada, svullnad, fasthållning, nyp, skrämnel.
Typ av avvikelse	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Brister i informationsöverföring och samordning internt eller externt	Brister i informationsöverföring/samordning som utgör: <input type="checkbox"/> ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, <input type="checkbox"/> stora bestående besvär, obehag eller <input type="checkbox"/> skada/funktionsnedsättning, <input type="checkbox"/> dödsfall. Ex: Missar i samordning internt eller externt, mellan vårdgivare, arbetsgrupper eller andra förvaltningar och aktörer. Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.	Brister i informations-överföring/samordning som leder till: allvarliga besvär eller skada för den enskilde. Ex: Missar i samordning internt eller externt, mellan vårdgivare, arbetsgrupper eller andra förvaltningar och aktörer. Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförande-plan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informationsöverföring inom arbetslaget.	Brister i informations-överföring/samordning som leder till: obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informations-överföring inom arbetslaget.	Brister i informations-överföring/samordning som leder till lindriga obehag, besvär eller skada för den enskilde. Ex: Ej dokumenterat viktiga och väsentliga händelser i journal. Inte upprättat en aktuell genomförandeplan som tydligt beskriver det praktiska genomförandet. Missar i en korrekt muntlig informations-överföring inom arbetslaget.
Brister i rättsäkerhet vid handläggning och genomförande	Brister i rättsäkerheten som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa Ex: Vägran att ta emot eller utreda en ansökan. Otillräcklig utredning. Lång handläggningstid, otydliga beslut; den enskilde får inte skriftligt avslag på sin ansökan eller otillåtna ändringar av gynnande beslut. Brott mot sekretesslagen. Brister i förvaring och handhavande av sekretesshandlingar så att obehöriga får tillgång till dem. Ej inlåst material eller "tappade" papper.	Brister i rättsäkerheten som innebär eller har inneburit : allvarliga besvär eller skada för den enskilde.		

<p>Brister i miljön eller teknik</p>	<p>Brister i miljön eller teknik som utgör</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ett hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, <input type="checkbox"/> stora bestående besvär, obehag eller <input type="checkbox"/> skada/funktionsnedsättning, <input type="checkbox"/> dödsfall. <p>Ex: Brister avseende lokaler, utrustning, ljus, ljud och ventilation, arbetstekniska hjälpmedel, larmteknik av olika slag.</p>	<p>Brister i miljön eller teknik som leder till:</p> <p>allvarliga besvär eller skada för den enskilde.</p> <p>Ex: Brister avseende lokaler, utrustning, ljus, ljud och ventilation, arbetstekniska hjälp-medel, larmteknik av olika slag.</p>	<p>Brister i miljön eller teknik som leder till:</p> <p>obehag, besvär eller skada för den enskilde.</p> <p>Ex: Brister avseende lokaler, utrustning, ljus, ljud och ventilation, arbetstekniska hjälpmedel, larmteknik av olika slag.</p>	<p>Brister i miljön eller teknik som leder till: lindriga obehag, besvär eller skada för den enskilde.</p> <p>Ex: Brister avseende lokaler, utrustning, ljus, ljud och ventilation, arbetstekniska hjälpmedel, larmteknik av olika slag.</p>
---	---	--	--	--

BILAGA 4: INFORMATION SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

SYNPUNKTER/KLAGOMÅL

Socialtjänsten mål är att bedriva en god och säker vård/omsorg. En del i detta arbete är att använda klagomål och synpunkter i kvalitetsarbetet. Älvsbyns kommun hanterar alla klagomål och synpunkter från dig som brukare och dina närstående. Det är värdefullt att få ta del av dina tankar, idéer och klagomål – det ger oss en chans att förbättra vår verksamhet. Dina synpunkter är mycket värdefulla i vårt ständiga utvecklingsarbete. Men framför allt är de viktiga för att du som inte är nöjd ska kunna få rättelse eller en förklaring

JAG VILL LÄMNA SYNPUNKTER ELLER KLAGA PÅ VÅRDEN/OMSORGEN

Det ska vara enkelt för dig att lämna synpunkter och klagomål och därför så finns olika möjligheter att lämna in synpunkten eller klagomålet. Du eller dina närstående kan prata med personalen eller enhetschefen. Det finns möjlighet att prata direkt med personalen/kontaktpersonen. Det går även att ringa, skicka SMS eller e-mail (se längst ner i dokumentet). Det går även bra att ringa till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och lämna synpunkter

Som brukare eller anhörig har du alltid rätt att lämna synpunkter eller klaga på vården/omsorgen. Det bidrar till att vården/omsorgen blir bättre och säkrare för alla.

Om du tycker att du bemötts felaktigt, att det finns brister i den vård/omsorg som ges så kontaktas i första hand enhetschef eller personal. Enhetschefen utreder vad som hänt och berättar för dig vilka åtgärder som kommer att vidtas för att det inte ska hända igen eller hur de kommer att beakta dina synpunkter.

De berättar även för dig vart du ska vända dig om du vill göra en anmälan.

Om du vill klaga på vård/omsorg eller är osäker på vart du ska vända dig kan du kontakta patientnämnden i ditt landsting eller till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De hanterar alla slag av problem i vården och kan hjälpa dig direkt eller lotsa dig vidare om det skulle behövas.

Besked inom 14 dagar

Du får besked om vad som händer i ditt ärende inom 14 arbetsdagar

Ring via kommunens växel 0929-17000

JAG VILL ANMÄLA FEL ELLER BRISTER

Anser du att du fått fel vård/omsorg? I så fall kan du göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Du behöver inte ange eller ens veta vem som begått misstaget eller vad som orsakat skadan för att göra en anmälan. IVO har möjlighet att utreda hela händelsen och inte bara enskilda individers handlingar. Fokus i utredningen ligger på att hitta orsakerna till att det blev fel och vad som borde göras för att det inte ska hända igen. På det sättet blir vården/omsorgen säkrare.

I kommunen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som kan hjälpa dig med information. Du kan även kontakta kommunens anhörigkonsulent som kan hjälpa dig med information.

Telefonnummer Älvsbyns kommun:

Kommunen: 0929-17000 vx

mail: förnamn.efternamn@alvsbyn.se

Anmälan om fel och brister skickar du till:

Inspektionen för vård och omsorg IVO

Avdelning nord

Box 34

901 02 Umeå

Telefon:

Växel: 010-788 50 00

E-post:

umea@ivo.se

[Patientnämnden](#)

Patientnämnden: 020-599 000

eller via brev:

Patientnämnden

Regionshuset

971 89 Luleå

Tänk på:

Att din anmälan blir offentlig handling och som huvudregel måste lämnas ut om någon begär det.

BILAGA 5 BLANKETT FÖR INLÄMNING AV SYNPUNKTER/KLAGOMÅL

Datum: _____

Berörd enhet: _____

Uppgiftslämnare (namn/telefonnummer)

Ärende _____

Åtgärd: _____

Återkoppling till uppgiftslämnare:

Överlämna uppgifter till

Underskrift/datum

Enhetschef

Bilaga 6 Flödesschema för Avvikelse
uppmärksammas

Den som uppmärksammar eller får kännedom om avvikelse ska vidta de omedelbara åtgärder som situationen kräver och registrerar händelse i avvikelsemodulen, VIVA

Allvarligt missförhållande:
Inblandad personal upprättar skriftlig rapport (bil.1) och överlämnar till enhetschef för första bedömning.

Inte allvarligt missförhållande:
Hanteras enligt rutiner för genomgång av avvikelser.

Enhetschef tar emot rapporten och gör en första bedömning genom sammanvägning av konsekvens och sannolikhet. (Bil. 2).

Allv.grad nivå 1 till 6 hanterar verksamheten enligt rutiner för genomgång av avvikelser.

Allv. grad nivå 6 och uppåt
Enhetschefen inlämnar inrapporterade händelse samt utredning gällande första bedömning till MAS för vidare utredning och bedömning.

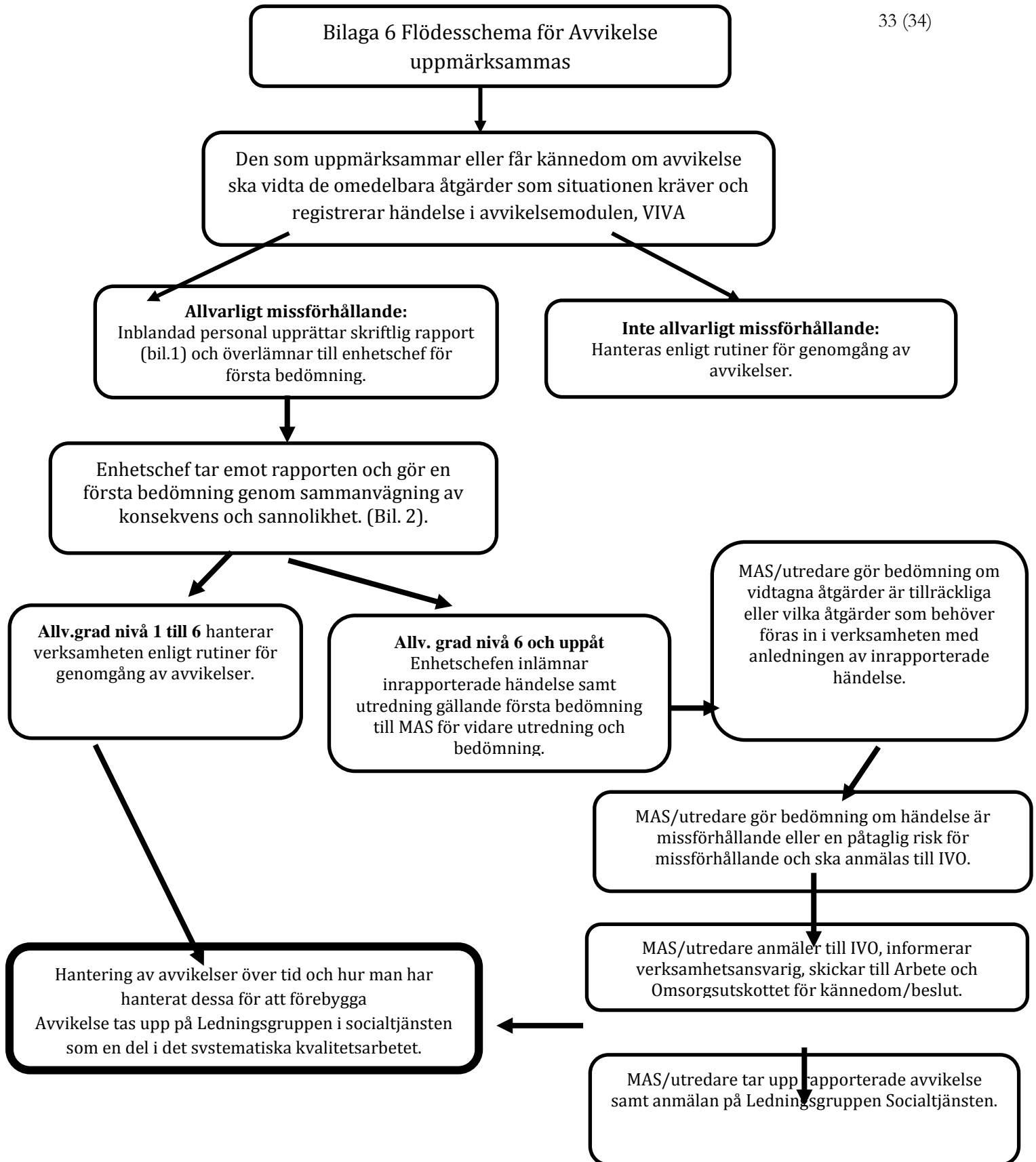
MAS/utredare gör bedömning om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller vilka åtgärder som behöver föras in i verksamheten med anledningen av inrapporterade händelse.

MAS/utredare gör bedömning om händelse är missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande och ska anmälas till IVO.

MAS/utredare anmäler till IVO, informerar verksamhetsansvarig, skickar till Arbete och Omsorgsutskottet för kännedom/beslut.

MAS/utredare tar upp rapporterade avvikelse samt anmälan på Ledningsgruppen Socialtjänsten.

Hantering av avvikelser över tid och hur man har hanterat dessa för att förebygga Avvikelse tas upp på Ledningsgruppen i socialtjänsten som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.



EXTERNT STYRANDE DOKUMENT

Dokumentnamn	Plats
Hälso- och sjukvårdlagen (HSL 2017:30)	https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
Socialtjänstlagen (SoL 2001:453)	
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)	https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387
Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)	https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete; HSLF-FS 2017:40	http://www.socialstyrelsen.se/List/Artikelkatalog/Attachments/20631/2017-5-24.pdf
Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria); 2017:41	https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/foreskrifter/hslf-fs-2017-41-webb2.pdf
Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)	http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369
Modell för risk- och händelseanalys	http://webbutik.skf.se/bilder/artiklar/pdf/7164-733-7.pdf?issuusl=ignore