

Dokumenttyp:

Rutin

Fastställt/upprättad av

20-10-28/MLA

Senast reviderad:

Giltighetstid:

Tills vidare

Detta dokument gäller för:

Barn och Utbildning/EMI

Dokumentansvarig:

Verksamhetschef/MLA

## Rutin för händelse-och riskanalys

### Händelseanalys

#### Alla händelser ska utredas

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap. 3§ ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att:

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt
2. 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.

En utredning av en händelse ska innehålla följande uppgifter:

1. händelsens förlopp
2. vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för berörd patient/elev
3. när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades
4. vilka omedelbara åtgärder som vidtogs med anledning av den inträffade händelsen
5. vad som framkommit av den berörda hälso-och sjukvårdspersonalens redogörelser för händelsen
6. huruvida den berörda hälso-och sjukvårdspersonalen har utfört sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och enligt gällande rutiner
7. vårdgivarens bedömning av orsaken till händelsen
8. huruvida liknande händelser har inträffat i verksamheten tidigare
9. bedömningen av risken för att något liknande skulle kunna inträffa igen.

Om en händelse har medfört en vårdskada ska utredningen även innehålla en beskrivning av patientens/elevens upplevelse av händelsen. Om patienten/eleven inte kan eller vill ge sin beskrivning ska det framgå av utredningen.



En utredning och händelseanalys ska innehålla uppgifter om planerade förebyggande åtgärder:

1. vilka åtgärder som har vidtagits eller som ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att begränsa effekterna av händelser som inte helt går att förhindra
3. tidsplan för när planerade åtgärder ska vara genomförda
4. vem eller vilka som ansvarar för att de planerade åtgärderna genomförs
5. vem eller vilka som ansvarar för uppföljningen av de åtgärder som har vidtagits
6. hur hälso-och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om den inträffade händelsen
7. huruvida händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och således ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap. 8§ ska vårdgivaren snarast informera en patient/elev som har drabbats av en vårdskada om:

1. det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att liknande händelser inte ska inträffa igen
3. vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter
4. möjligheten att anmäla klagomål till IVO
5. möjlighet att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen.
  - Informationen ska lämnas till en närstående till patienten/eleven, om hen begär det eller inte själv kan ta del av informationen.
  - Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen (SFS 2017:378).

Om händelsen bedöms ha lett till en allvarlig vårdskada av verksamhetschef, MLA eller skolläkare ska en lex Maria anmälan göras digitalt på IVO:s hemsida.

## Risicanalys

Med riskanalys avses systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang och för varje riskabel händelse ska detta bedömas:

- sannolikheten att den inträffar
- negativa konsekvenser

Målet med riskanalysen är att få svar på:

1. vilka risker finns?
2. Varför har vi dessa risker?
3. Hur undanröjer vi riskerna?

Riskanalysen ska leda till svar på frågorna:

1. vilka risker har identifierats?
2. vilken fakta har vi om riskområdet/processen?
3. vad orsakar riskerna?
4. hur allvarligt är det?
5. vilken är sannolikheten för upprepning?
6. vilka långsiktigt eliminerade åtgärder vidtar vi?
7. vilka förbättringsresultat ska vi uppnå?
8. hur följer vi upp resultatet?
9. hur sprider vi lärandet och erfarenheterna?

I Hjo kommun rapporterar Elevhälsans medicinska insats (EMI) avvikelser och risker digitalt via Eira i systemet DF Respons, där även händelse-och riskanalysen görs. Rapporten går med automatik till MLA, som har avvikelse-och riskhantering i sitt uppdrag. Undantag görs då MLA, som även arbetar som skolsköterska i kommunen, har orsakat en allvarlig vårdskada då skickas rapporten istället till verksamhetschefen för EMI. Verksamhetschefen för EMI får kännedom om alla avvikelse-och riskrapporter via sin mail. MLA/verksamhetschef utreder inkomna händelser och tar vid behov hjälp av övriga skolsköterskor i kommunen och/eller skolläkaren. Skolsköterskorna i Hjo kommun har regelbundna verksamhetsträffar varje månad, där en stående punkt på dagordningen är rapporterade avvikelser, risker, klagomål och synpunkter. Rapporterna går då igenom tillsammans och likaså vidtagna eller planerade åtgärder som en del i förbättringsarbetet.

Syftet med avvikelshantering är att vara i en lärandeprocess och åstadkomma förbättringar i verksamheten. Det kräver att berörd personal involveras i diskussionen kring hur rutiner, organisation, information och så vidare ska utformas för att uppnå höjd kvalitet.