

## Rutin för utredning av vårdskada

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. **HSLF-FS 2017:40** Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete förtydligar detta ansvar.

Vid en utredning av en händelse kan ett sätt att dra lärdom av den vara att utöver negativa aspekter även fokusera på positiva aspekter, t.ex. åtgärder som förhindrade eller begränsade effekterna av en vårdskada.

En händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kan inträffa i samband med

- en eller flera vidtagna åtgärder
- underlåtenhet att vidta en eller flera åtgärder
- brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation
- brister som kan relateras till latenta tillstånd i verksamheten
- tillfälliga omständigheter som sammanfaller och påverkar patientsäkerheten negativt.

Verksamheten kan få kännedom om händelse som kan innebära en vårdskada eller risk för vårdskada via flera vägar:

- Eget synergiärende
- Synergiärende från annan enhet inom Region Kronoberg
- Markörbaserad journalgranskning
- LÖF anmälan
- PAN ärende
- Enskild anmälan till IVO
- Avvikelse från annan vårdgivare
- Annan

Oberoende av hur verksamheten fått kännedom om händelsen gäller nedanstående.

### En utrednings omfattning

Utredningen av en händelse ska ha en omfattning som anpassas efter händelsens karaktär.

### Vårdskador som inte är allvarliga

En utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada som inte är allvarlig ska innehålla

1. uppgifter om händelsen samt analysen och bedömningen av den
2. uppgifter om hur kunskap om händelsen och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet

- de andra uppgifter som behövs för att bidra till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Utredningen ska vidare innehålla uppgifter om de åtgärder som planeras med anledning av händelsen samt när de ska vidtas. Om händelsen inte har föranlett någon åtgärd, ska skälen till det anges. Utredningen ska dokumenteras.

Dessa ärenden hanteras vanligen enbart i Synergi (negativ händelse) men i vissa utvalda fall speciellt om allvarlighetsgrad inte kan bedömas initialt eller om ärendet har en principiell betydelse kan en internutredning eller händelseanalys utföras som komplement till hanteringen i Synergi.

### **Allvarliga vårdskador**

En utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada görs enligt rutin för Lex Maria.

### **Vårdskador som inträffat i annan vårdgivares verksamhet**

Om utredningen av en händelse som har medfört en vårdskada visar att den helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet, ska denne underrättas om det inträffade. Detta gäller om det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess i offentlighets och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659).

### **Sammanställning och analys**

Genomförda utredningar av händelser bör sammanställas och analyseras på en aggregerad nivå i syfte att dra lärdom av dem och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Nivån för aggregering bör vara både på verksamhetsnivå och regionalnivå.