

JH

Handbok

Information till verksamheten

JärnaHälsans rutiner

JärnaHälsans rutiner

1. Kontakt med verksamheten
2. Rapportering
3. Delegering/anvisning
4. Läkemedelshantering
5. Dokumentation och förvaring av handlingar
6. Medicintekniska produkter
7. Hygienrutiner
8. Risk- och avvikelshantering, anmälan om vårdskada
9. Tandvård och munhygien
10. Individuella vårdplaner och samverkan
11. Klagomål
12. Patientsäkerhetsberättelse
13. Ansvara för hälso- och sjukvård enligt HSL

1. Kontakt med verksamheten

VAD?

Personalen i verksamheten skall följa riktlinjer för hur man skall kontakta sjuksköterska när vårdtagarens tillstånd fordrar det.

Vid behov kan brukare tillsammans med personal komma till JärnaHälsan för klinisk rådgivning av t.ex. sår som behövs undersökas för eventuell konsultation med läkare eller annan vårdinrättning.

HUR?

Brukarens kontaktperson (i möjligaste mån) ringer/sms/mailar till sjuksköterskan på JärnaHälsan vardagar mellan klockan 8-17, resten av dygnet ringer man 1177 för rådgivning.

NÄR?

Personal skall i första hand kontakta tjänstgörande sjuksköterska när brukarens hälsotillstånd förändras. Ring och boka tid till JärnaHälsan. JärnaHälsans sjuksköterska kan även ta sig till brukaren i akuta fall om det behövs för konsultation.

NÄR UPPFÖLJNING?

Uppföljning om hur kontakt mellan JärnaHälsan och verksamheten fungerar görs i samband med rapportering.

VEM GÖR VAD?

Brukarens kontaktperson kontaktar JärnaHälsans sjuksköterska. Verksamhetschef och sjuksköterska följer upp i februari månad hur kontakten fungerar.

2. Rapportering

VAD?

Rapportering är en av grundförutsättningarna för att kunna bedriva en god och säker vård.

HUR?

JärnaHälsans sjuksköterska bör ha telefonkontakt med personalen minst 1 gång/år för rapport.

Däremellan skall personal ta kontakt med JärnaHälsans sjuksköterska när behov föreligger.

NÄR?

Februari

NÄR UPPFÖLJNING?

Uppföljning görs inför rapportering.

VEM GÖR VAD?

Verksamhetschef, eller någon utsedd av denne, bokar i god tid en telefontid med JärnaHälsans sjuksköterska för en rapportering i februari månad.

3. Delegering/anvisning

VAD?

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:14)

Delegering av medicinska arbetsuppgifter skall alltid utföras enligt gällande författningar och JärnaHälsans riktlinjer. Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Den utbildning som ges i samband med delegeringen följs av ett skriftligt kunskaps-test. Utföraren ska se till att personalen har den kompetens som behövs för att kunna utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

HUR?

Delegeringsrutin:

- Gå in på www.Skl.se
- Skriv i sökrutan: ”jobba säkert med läkemedel” och klicka sedan på länken webb- utbildning jobba säkert med läkemedel

- Klicka igen på länken webb utbildning ” jobba säkert med läkemedel”, Svenskt Demenscentrum
- Klicka härifrån: gå till utbildningsportalen
- Här följer du stegen för att registrera dig och det gör du i eget namn
- Nu är du inne på Demenscentrums utbildningsportal och du går ner till externa kurser och klickar på ”jobba säkert med läkemedel”

- Ta dig igenom de fyra första delkurserna;

Du är viktig

Livskvalitet med läkemedel

Ta över ansvaret

Känna igen risker

Efter varje delkurs klickar du ner sidan och kommer då tillbaka till sidan där du kan välja delkurs. När du genomgått de fyra delarna får du ta dig igenom ett kunskapstest. När det är klart kan du skriva ut ett diplom. Har du inte tillgång till skrivare kan du logga in på sidan och skriva ut det på din arbetsplats.

- Du lämnar diplommet till JärnaHälsans sjuksköterska efter tidsbokning och får samtidigt din skriftliga delegering.

NÄR?

Enligt verksamhetens rutiner.

NÄR UPPFÖLJNING?

Delegeringen gäller ett år och skall sedan förnyas.

VEM GÖR VAD?

JärnaHälsans sjuksköterska delegerar alla medarbetare på boenden för att få dela ut ordina-

de mediciner till brukarna. Verksamhetschef/motsvarande hos berörd verkställande enhet skall fortlöpande hålla sig underrättad om aktuella delegeringar.

4. Läkemedelshantering

VAD?

Läkemedelshantering på JärnaHälsan

HUR?

Medicin delas i dosetter av sjuksköterskan på JärnaHälsan som av verksamheten får en läkemedelslista av ordinerande läkare. Vid varje dosettodelning dokumenteras allt på pappersjournal av sjuksköterskan på JärnaHälsan. På läkemedelslistan ska det stå: namn, personnummer, enhet, ansvarig läkare samt aktuella mediciner. På baksidan av dosetten finns lista av ordinerade mediciner och klockslag.

NÄR?

En ansvarig lämnar tomma dosetter första tisdagen i varje månad till JärnaHälsan. Lämna 9 dosetter/brukare vid första besöket därefter 4 dosetter/brukare. Dessa fylls på en gång i månaden av ansvarig sjuksköterska på JärnaHälsan och hämtas av verksamheterna tisdag veckan efter inlämnandet.

NÄR UPPFÖLJNING?

Uppföljning görs om nödvändigt vid inlämning/uthämtning av dosetter. I annat fall i samband med övriga uppföljningar i februari.

VEM GÖR VAD?

När medicinen är slut tar JärnaHälsans sjuksköterska kontakt med förskrivande vårdcentral för nytt recept.

5. Dokumentation och förvaring av handlingar

VAD?

JärnaHälsan ansvarar för att dokumentation sker i enlighet med Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2008:14. Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser som genomförs skall dokumenteras i patientjournal.

HUR?

- Uppgifter ska vara tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga så att brukaren/godman kan följa hur beslut har fattats och på vilka grunder
- Uppgifterna ska vara respektfulla. Formuleringar får inte innehålla värdeomdömen som inte har med saken att göra eller vara allmänt nedsättande och kränkande för patienten. Undvik ord som är värdeladdade
- Dokumentera kortfattat, inga långa uppsatser. Håll dig till fakta och observationer. Skriv bara sådant som du kan stå för.
- Det ska vara ett rakt tydligt strukturerat och enkelt språk
- Skriv om en händelse i taget
- Det ska framgå vem som skrivit dokumentationen och när
- Externa namn som läkare och kontaktpersoner ska stå utskrivet

Förvara pappersdokumentation

Enligt lag måste handlingar förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte får tillgång till dem

- All pappersdokumentation om patienter förvaras i låsbara och brandsäkra utrymmen.

Dokumentation på JärnaHälsan i journalsystem "Rätt spår"

Järna Hälsan använder journalsystem "Rätt spår" via verksamheterna

- Dokumenterar vid insatser
- JärnaHälsan har pappersdokumentation inlåst i medicinrummet

NÄR?

Patientdatalagen anger att all legitimerad personal och den personal som har särskilt förordnande att utöva visst yrke har skyldighet att föra journalanteckningar för varje patient och vid varje kontakt som gäller vård, undersökning eller behandling.

NÄR UPPFÖLJNING?

Uppföljning av dokumentation görs av verksamhetschef varje kvartal.

VEM GÖR VAD?

Ingen social dokumentation får lämnas ut till annan utan att brukaren har gett muntligt eller skriftligt godkännande för detta. Det är ALLTID verksamhetschefen som beslutar om handlingar ska lämnas ut eller inte.

6. Medicintekniska produkter (MTP)

VAD?

Lagen om medicintekniska produkter (SFS 1993:584) Socialstyrelsens föreskrifter 2008:1
JärnaHälsan följer Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1). Hjälpmidlet skall skötas och underhållas enligt bruksanvisning. Personalen får endast använda sådan utrustning som man har kompetens för.

HUR?

Det ska finnas ett PM på varje enhet, som JärnaHälsans sjuksköterska informerar om och ser till att undervisning till medarbetarna sker av expertkunnig person.

JärnaHälsan ska efter anmälan från verksamheten rapportera till tillverkaren och Läkemedelsverket när hjälpmedel är involverade i olyckor och tillbud eller om det finns en risk för tillbud eller olyckor. Om en händelse med hjälpmedel har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska en anmälan enligt lex Maria göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

NÄR?

När behov av MTP finns i verksamheten.

NÄR UPPFÖLJNING?

1 gång/år i mars månad, oftare om behov föreligger.

VEM GÖR VAD?

JärnaHälsan ansvarar för att fastställa vem eller vilka i verksamheten som har ansvaret för att anmäla olyckor och tillbud till JärnaHälsan. I ansvaret ingår att upprätta lokala rutiner för hur ett skadat hjälpmedel tas ur drift och att eventuella inställningar av hjälpmedlet om möjligt bibehålls.

JärnaHälsan ska vara kontaktlänk till verksamheterna så att kvalitetssäkring av MTP tas upp som en punkt på personalmöten.

Informera såväl nyanställd personal som vikarier om vad kvalitetssäkring av MTP innebär samt upprätta rutiner för rengöring samt funktionskontroll av hjälpmedel tillsammans med verksamhetschefen.

7. Hygienrutiner

VAD?

JärnaHälsan skall bedriva en verksamhet med god hygienisk standard och förebygga vårdrelaterade infektioner. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Alla vårdrelaterade infektioner är avvikelser och skall registreras.

HUR?

Upprätthålla god hygienisk standard och förebygga vårdrelaterade infektioner genom att följa rutinerna nedan:

Basala hygien rutiner

Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg.

Arbetskläder

All personal ska använda kortärmat klädesplagg vid undersökning, vård och behandling.

Arbetskläder används endast på arbetsplatsen pga. smittspridning. Det ska bytas dagligen samt alltid om de förorenats. Tvättas vid minst 60oC i kontrollerad process. Hanteras och förvaras så att dess renhetsgrad behålls efter tvätt.

Skyddskläder (skyddsrock och plastförkläde)

Används om kläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material under ett vård- eller omsorgsmoment.

Om skyddskläder används ska de bytas mellan varje patient, skyddsrock är bunden till en patient.

Byt skyddsrock dagligen och då den blivit synligt smutsig eller fuktig. Plastförkläde kastas direkt efter användning.

Hår, smycken, naglar och bandage

Långt hår och skägg ska fästas upp så att det inte hänger eller faller ned.

Ringar, armband eller armbandsur ska inte användas.

Naglarna ska vara korta. Konstgjorda naglar eller nagellack ska inte användas.

Bandage, stödskenor eller motsvarande ska inte användas på händer och underarmar. Handdesinfektionen kan inte utföras med gott resultat om inte ovanstående uppfylls eftersom smittämnen fastnar på och under konstgjort material och inte kan desinfekteras bort. Använd mjukgörande kräm för att förebygga torra och nariga händer.

Handhygien

[Kontaktsmitta](#) via händer är den vanligaste smittvägen inom all vård. Handdesinfektion och eventuell handtvätt utförs för att avlägsna smittämnen och därmed bryta smittvägar.

Handtvätt

Tvätta händerna om händerna blivit nedsmutsade med kroppsvätskor ex diarré och kräkningar etc. med flytande tvål.

Märk alltid ny flaskan med brytningsdatum p.g.a. hållbarheten efter öppnande.

Torka händerna torra med pappershandduk

Desinfektera händerna med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel eller annat medel med motsvarande effekt.

Handdesinfektionsmedel har oftast begränsad hållbarhet efter att förpackningen brutits märk flaskan med brytningsdatum.

Desinfektera

Direkt före och direkt efter patientnära kontakt

Före och efter användning av handskar

Efter smutsigt arbete och handtvätt kupa handen och fyll den med handdesinfektionsmedel, 2-4 ml beroende på händernas storlek.

Gnid in medlet överallt på händerna. Börja med handflatorna, handryggarna, fingertopparna, runt alla fingrar och i tumgreppen.

Avsluta med underarmarna. Fortsätt gnida tills huden torr.

Skyddshandskar

Är för engångsbruk och ska bytas mellan varje arbetsmoment. De används vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor som till exempel blod, urin, avföring, kräkning, sekret samt vid smutsigt arbete.

Kasta skyddshandskarna direkt efter användning. Återanvänd eller desinfektera inte handskar.

Desinfektera händerna direkt före och direkt efter handskanvändning.

NÄR?

Alltid i kontakt med patient

NÄR UPPFÖLJNING?

En gång/år i april, oftare om behov uppstår.

VEM GÖR VAD?

Sjuksköterskor ansvarar för att materiel finns och beställs när det tar slut. De rapporterar avvikelser till MAS som gör uppföljning inom 7 dagar samt årligen i april.

8. Risk- och avvikelshantering, anmälan om vårdskada

VAD?

En riskanalys genomförs för att hitta risker i en verksamhet. Att analysera risker är ett framåt-syftande arbete för att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt.

Riskanalys kan utföras både på lokal verksamhetsnivå samt på övergripande organisatorisk nivå. Den kan genomföras på redan befintlig process eller inför en förändring.

En riskanalys kan initieras av hälso- och sjukvårdschef, divisionschef, eller verksamhetschef. Riskanalysen genomförs av denne tillsammans med personal från verksamheten som har kunskap och erfarenhet inom det område som riskanalysen fokuserar på.

En avvikelse är en identifierad risk för vårdskada eller en händelse som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) ska även händelser där patienten drabbats av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister rapporteras.

HUR?

Riskanalysen ska:

identifiera risker som kan förekomma

*hitta orsakerna till varje tänkbar risk

*uppskatta sannolikheten för risken

*göra en bedömning av vilka konsekvenser som kan uppstå

*ta fram åtgärdsförslag som eliminerar eller minskar riskerna

En plan för genomförandet av beslutade åtgärder bör upprättas. Det bör även fastställas vilken metod som ska användas för att följa upp de beslutade åtgärderna. Riskanalysen är starten i ett förbättringsarbete.

Hantering av avvikelser inom hälso- och sjukvården sker enligt följande:

Rapportering sker av den anställda när avvikelserna upptäcks. Händelsen registreras direkt i av-

vikelsehanteringssystemet eller på särskild blankett. Detta bör ske så snart som möjligt men senast en vecka från det att händelsen inträffat.

Avvikelsen ska innehålla:

- * avvikelsekategori
- * beskrivning av händelsen samt dess datum
- * akuta åtgärder om sådana vidtagits

Rapporten tas emot av ansvarig chef eller motsvarande delegerad person som bearbetar/handlägger rapporten samt vidtar eventuella åtgärder. Bearbetning bör påbörjas inom 2 veckor. Bedöms ärendet vara av sådan art att det bör handläggas på högre nivå, överlämnas ärendet till styrelsen.

Styrelsen ansvarar för att åtgärder vidtas. Bedömer styrelsen att ärendet bör prövas enligt lex Maria överlämnas ärendet till verksamhetschefen och verksamhetschefen handlägger ärendet enligt lex Maria (SFS 2010:659, 3 kap. 5§). Dessutom ska Lex Maria ärenden registreras.

Åtgärder ska vidtas för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. De ska vara konkreta, realistiska och möjliga att genomföra. När alla åtgärder är vidtagna avslutas ärendet. Handläggningstiden bör inte överstiga två månader.

NÄR?

En riskanalys kan göras i följande situationer:

- *frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en specifik arbetsprocess
- *medarbetarnas upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld
- *ny teknik ska implementeras i verksamheten eller organisationen
- *en ny medicinsk metod/medicinteknisk produkt eller annan typ av ny process ska introduceras
- *organisationsförändringar ska genomföras

*negativa händelser eller tillbud som inträffat hos annan vårdgivare och som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten

NÄR UPPFÖLJNING?

Återkoppling ska ske till dem som varit inblandade i händelsen och den som registrerat avvikelser i systemet får återkoppling när ärendet avslutas. Verksamhetschefen/motsvarande förutsätts ha rutiner för återkoppling av ärenden till berörda.

Regelbunden uppföljning och analys av avvikelserapporter ska ske inom kliniken/enheten genom sammanställning av avvikelser. Sammanställningen ska på lämpligt sätt delges samtliga medarbetare.

VEM GÖR VAD?

Verksamhetschefen/motsvarande har det övergripande ansvaret för hantering av upptäckta risker och inträffade avvikelser. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rutin för information till *patient* som drabbats av vårdskada

Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador

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

- o att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada
- o vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen
- o möjligheten att anmäla klagomål till IVO möjligheten att begära ersättning enligt patientskadlagen eller från läkemedelsförsäkringen
- o patientnämndernas verksamhet

Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte

själv kan ta del av informationen. Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen.

9. Tandvård och munhygien

VAD?

Tandvård och munhygien ligger inte inom ramen för JärnaHälsans uppdrag. Varje verksamhet ansvarar för att ombesörja att den enskilde får tillgång till den tandvård och munhygien som krävs.

10. Individuella vårdplaner och samverkan

VAD?

I JärnaHälsans vårdplaneringsteam ingår läkare och sjuksköterska. Vid behov kan arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, demenssjuksköterska eller omvårdnadspersonal ingå. Verksamhetschefen/vårdplaneraren ansvarar för att övriga yrkeskategorier blir kallade vid behov.

HUR?

För att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker vård och omsorg krävs i vissa fall samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan. Vårdplaneringen ska resultera i en samordnad vårdplan som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård/primärvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivning från sjukhus. Grundläggande för den samordnade vårdplaneringen är att det sker i samråd med patienten och att patientens integritet respekteras.

Vårdplan

I vårdplanen ska omsorgs- och hälso- och sjukvårdsinsatser beskrivas så tydligt och konkret så att alla berörda är överens om vad som gäller och vem som ansvarar för vad.

Vårdplanen kan exempelvis omfatta:

- Personlig omvårdnad och serviceinsatser
- Sjukvård och rehabilitering
- Kommunikation
- Förebyggande av risker i hemmet

NÄR?

I de fall en patient har kontakt med flera enheter och vårdgivare bör fasta vårdkontakter eller insatser för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samordnas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan, i detta fall liknas JärnaHälsan vid landstinget. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

SIPen

Det är vårdtagarens önskemål och behov som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Av planen ska framgå:

- 1) Vilka insatser som behövs
- 2) Vilka insatser respektive huvudman ska stå för?
- 3) Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget?
- 4) Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen?

NÄR UPPFÖLJNING?

Av vårdplanen bör det framgå när en uppföljning ska ske. Alla inblandade kan när som helst påtala behov av ny vårdplanering om man uppfattar att behoven har förändrats.

VEM GÖR VAD?

Vem som helst av parterna kan initiera upprättande av en SIP. Övriga parter är skyldiga att medverka.

Vårdplanering i hemmet

När man på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte själv klarar av vardagliga sysslor, sin personliga omvårdnad och har behov av hälso- och sjukvård som ligger inom JärnaHälsans område bör en vårdplan upprättas. Vid all vård och omsorg bör om möjligt vårdtagarens/patientens egna behov och önsknings tas tillvara. Insatserna ska planeras och genomföras på ett samlat och patientsäkert sätt.

Sammanfattande

Sammanfattande till vårdplanering samt vilka yrkesgrupper som bör delta är ett gemensamt intresse för enhetschef/biståndshandläggare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Patientens behov och önskemål avgör vilka personer och yrkesgrupper som bör kallas till vårdplaneringen.

11. Klagomål

VAD?

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Patient eller närstående har alltid rätt att klaga på vården. Det kan bidra till att vården blir bättre och säkrare för alla. Med klagomål menas negativa synpunkter på hälso- och sjukvården.

HUR?

Hantering av klagomål inom hälso- och sjukvården sker enligt följande:

Patient/närstående/boendet framför klagomål muntligt eller skriftligt. Berörd anställd på JärnaHälsan tar emot och dokumenterar klagomålet, om möjligt tillsammans med den som klagar. Sedan informerar denne MAS för bearbetning/handläggning. Eventuella problem ska åtgärdas snarast och MAS vidtar nödvändiga åtgärder. Om ärendet ska prövas enligt lex Maria överlämnas ärendet till verksamhetschefen. Verksamhetschefen handlägger ärendet enligt Lex Maria (SFS 2010:659, 3 kap. 5§)

NÄR?

Klagomålet/synpunkten tas om hand snarast möjligt och är en mötespunkt på APT. Inom tre dagar skall den som klagat få en bekräftelse på att klagomålet inkommit till rätt person. Återkoppling med åtgärdsplan skall ges till den klagande inom 14 dagar från att klagomålet inkommit. Återkopplingen sker via telefon eller skriftligen via brev eller e-post.

NÄR UPPFÖLJNING?

Enskilda fall, så snart som möjligt. Alla inkomna klagomål ska dokumenteras för att de skall kunna sammanställas för kartläggning och analys och återkopplas för att ständiga förbättringar ska kunna ske. Sammanställning sker årligen i juni.

VEM GÖR VAD?

MAS vidtar nödvändiga åtgärder efter ankomsten klagomål. Om ärendet ska prövas enligt lex Maria överlämnas ärendet till verksamhetschefen. Verksamhetschefen handlägger ärendet enligt Lex Maria (SFS 2010:659, 3 kap. 5§)

Rutin vid Lex Maria

Syfte

Lex Marias primära syfte är att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till en inträffad allvarlig skada eller uppkommen risk för sådan för att därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. Ett annat syfte är att den drabbade patienten eller dennes anhöriga/närstående genom utredningen så långt möjligt skall få klarhet i vad som faktiskt inträffat och varför skadan eller sjukdomen uppstått.

Vad skall rapporteras

Anmälan skall göras om en patient drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård. Samtliga avvikelser som inkommer till MAS/MAR bedöms och i de fall MAS/MAR bedömer enligt ovanstående sker en Lex Maria anmälan.

Ärendegång vid Lex Maria

Utredning genomförs av MAS/MAR

Patient, anhörig/närstående informeras och ges möjlighet att inkomma med yttrande till Socialstyrelsen

Verksamhetschef, berörd personal, samt vård- och omsorgsnämnd informeras

Socialstyrelsens beslut delges patient, anhörig/närstående, verksamhetschef, berörd personal, samt vård- och omsorgsnämnd

Vem skall rapportera?

Vårdgivaren skall utse en person för uppdraget att fullgöra vårdgivarens anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Inom JärnaHälsan åligger detta MAS/MAR.

Lex Maria Lex Maria regleras av PSL (SFS 2010:659, 3 kap. 5§) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28). Anmälan till IVO skall göras vid *händelse som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada*.

Hälso- och sjukvårdspersonalen skall rapportera till vårdgivaren, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada. En vårdenhet eller vårdgivare bör underrätta en annan enhet eller vårdgivare som vårdat patienten i de fall en händelse som kan vara anmälningspliktig inträffat i den tidigare verksamheten. Det primära med lex Maria är att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till en inträffad skada/sjukdom eller uppkommen risk för sådan, för att därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. Ett annat syfte är att den drabbade patienten eller dennes närstående genom utredningen så långt som möjligt skall få klarhet i vad som faktiskt inträffat och varför skadan eller sjukdomen uppstått.

Vårdgivaren ska använda de erfarenheter som kan göras i samband med utredningar i lex Maria-ärenden i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

I de fall medicintekniska produkter varit inblandade i en avvikelse gäller, vid sidan av anmälningsskyldigheten enligt lex Maria, även bestämmelserna om rapporteringsskyldighet i Läkemedelverkets föreskrifter och allmänna råd.

Händelser som bör föranleda anmälan är t.ex.

- fallskador som lett till allvarliga konsekvenser för patienten och som föranletts av brister i samband med undersökning, vård eller behandling
- förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar

- sådana där läkemedel är inblandade, om de föranlett eller borde ha föranlett aktiva behandlingsåtgärder eller överföring av patienten till en annan vårdenhet
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till patienten eller närstående
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personalen vid handlande eller mottagande vårdenhet
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem
- tidigare okända eller mindre kända skador eller risker vid tillämpningen av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk
- sådana som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter,
- vårdrelaterade infektioner
- handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling

En anmälan skall göras, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom. Verksamhetschefen fullgör vårdgivarens anmälningskyldighet till IVO enligt lex Maria vad avser den av JärnaHälsan bedrivna hälso- och sjukvården.

Anmälan skall vara IVO tillhanda snarast eller senast inom två månader från det avvikelsen inträffat. Kan inte anmälan ske inom denna tid bör tillsynsmyndigheten kontaktas. Om patientsäkerheten kräver en extra snabb handläggning skall en anmälan omedelbart göras. Patienten skall underrättas om att en händelse som medfört allvarlig vårdskada föranlett en lex Maria-anmälan, om det inte finns hinder enligt offentlighets och sekretesslagen (2009:400). Patienten skall ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen. Om informationen inte kan lämnas till patienten, skall den i stället lämnas till en närstående i enlighet med 2 b§ andra stycket HSL (1982:763) och 3 kap. 8§ i PSL. I dessa fall skall den närstående ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Om det

förelegat en risk för allvarlig vårdskada och en anmälan gjorts, bör patienten underrättas. En anteckning om att patienten eller en närstående underrättats om lex Maria-anmälan skall göras i patientjournalen. Det skall även antecknas om information inte lämnats och anledningen till detta. Patienten bör informeras om att en patient formellt inte är part i de ärenden som anmäls enligt lex Maria.

Handläggning

- Ärendet lämnas till MAS/MAR för bedömning, om MAS/MAR bedömer att ärendet bör utredas enligt lex Maria sker följande.

- Rapporteringen till MAS/MAR skall innehålla en skriftlig redogörelse av verksamhetschefens/motsvarandes interna utredning som skall innefatta

1. händelseförloppet
2. vidtagna åtgärder
3. identifierade orsaker till händelsen
4. riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser
5. händelser av liknande art som tidigare inträffat i verksamheten
6. riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen
7. handlingsplan för genomförandet av identifierade åtgärder

I de handlingar som tillställs verksamhetschefen skall ingå patientens fullständiga journal för aktuellt vårdtillfälle, gällande rutiner i tillämpliga delar, berörd personals redogörelser samt i förekommande fall patientens/närståendes redogörelse samt aktuell avvikelserapport

MAS/MAR handlägger ärendet och beslutar om åtgärd. MAS/MAR beslutar om händelsen kan hanteras inom den lokala avvikelshanteringen och anmälan enligt lex Maria inte är aktuell.

Denne informerar berörda

- om ärendet däremot uppfyller kriterierna enligt lex Maria, beslutar MAS/MAR att en anmälan skall göras till IVO. MAS/MAR meddelar verksamhetschefen och styrelsen att anmälan kommer att göras. MAS/MAR underrättar berörd patient/närstående, skriver anteckning i pa-

tientens journal om detta, samt underrättar berörd personal.

- IVO ska säkerställa att anmälda händelser, som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada, har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska i övrigt vidta de åtgärder som anmälningarna motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.

- IVO:s beslut meddelas verksamhetschefen som omgående delger detta till styrelsen. Denne ska i sin tur utan dröjsmål informera patienten/närstående och tillse att denne får en kopia av IVO:s beslut, även detta ska antecknas i patientens journal. Detta gäller inte om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt. Verksamhetschefen ska också utan dröjsmål informera berörd personal om innehållet i beslutet samt tillse att denne får kopia av beslutet

- anmälan och beslut i lex Maria-ärenden är, med undantag av uppgifter om patienter, offentliga.

- vid suicid gäller samma rutiner som ovan. Om anhörig hör av sig och önskar personlig hjälp i form av stöd, ska det som rör den nya kontakten dokumenteras i den personens journal (inte i den avlidnes).

12. Patientsäkerhetsberättelse

VAD?

Patientsäkerhetsberättelsen ska tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Den beskriver hur JärnaHälsan har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år.

HUR?

Genom att i patientsäkerhetsberättelsen beskriva

- hur man har arbetat med patientsäkerhet under året
- vilka åtgärder som har vidtagits
- vilka resultat som har uppnåtts

NÄR?

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år

NÄR UPPFÖLJNING?

Uppföljning av föregående år i samband med upprättandet

VEM GÖR VAD?

MAS och verksamhetschef upprättar tillsammans patientsäkerhetsberättelsen med början i januari.

13. Ansvara för hälso- och sjukvård enligt HSL

VAD?

Hälso- och sjukvården arbetar i huvudsak med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även arbetet med att ta emot och utreda klagomål och synpunkter, utreda och anmäla vårdskador och hantera lex Maria anmälningar är till för att kunna förbättra vården.

HUR, NÄR, NÄR UPPFÖLJNING, VEM GÖR VAD?

Genom att följa upprättade rutiner i ledningssystemet kan anställda på JärnaHälsan ta sitt ansvar att utföra hälso- och sjukvård enligt HSL (2017:30)