

## RUTIN

## Avvikelsehantering i samverkan

Författare: Arbetsgrupp

Godkänd av: Ledningsgrupp VVG 2020-02-10

Dokumentet gäller för: ingående verksamheter i Vårdsamverkan Västra Götaland

### Syfte

Syftet med rutinen är att beskriva en länsgemensam rutin för avvikelsehanteringen i samverkan. Med hjälp av rutinen ska eventuella brister upptäckas och processer i samverkan mellan huvudmännen förbättras så att risker kan förebyggas och negativa händelser förhindras oavsett orsak.

Rutinen ska säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sker och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och lärande i samverkan på alla nivåer.

### Omfattning

Rutinen gäller för händelser som identifieras som avvikande i samverkan mellan Västra Götalandsregionens verksamheter, länets 49 kommuner samt privata utförare när det gäller vård, stöd och omsorg. Dvs när överenskommelser, riktlinjer och rutiner, framtagna i samverkan, inte efterföljs. Överenskommelser, riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan handlar om vilka åtaganden kommun och region har kring personer som har insatser från flera huvudmän.

[Här hittar du länsgemensamma överenskommelser och avtal.](#)

### Ansvar

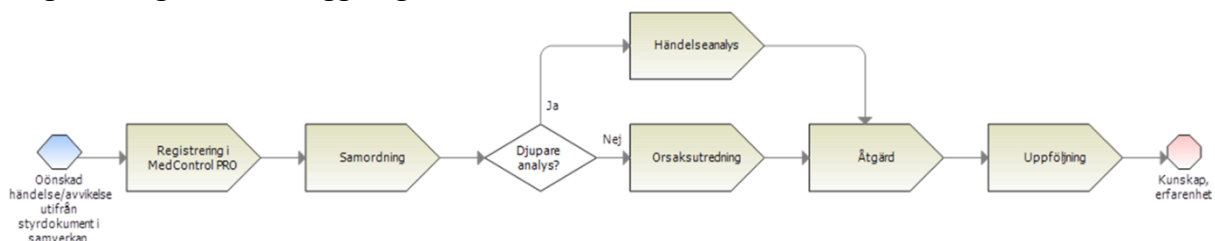
Varje huvudman/vårdgivare har ansvar för att det av respektive kvalitetsledningssystem framgår hur avvikelsehanteringen ska ske.

Avvikelserna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Den totala handläggningstiden från det att händelsen/risken upptäckts till dess att berörd rapportör erhållit svar bör inte överstiga två månader.

Avvikelser i samverkan ska ge underlag för förbättringsarbete och beaktas i patientsäkerhetsarbete.

### Processbeskrivning

#### Registrering och handläggning av en avvikelse i IT-stödet



## Analys, uppföljning och lärande



Bild 2 Kompletterad lärandecykel av Magnus Lord.

För att skapa hög patientsäkerhetskultur är uppföljning och lärande av avvikelser i samverkan beroende av följande tre systemnivåer:

### MIKRO: Lokal- och individnivå, utförarverksamheter

Varje verksamhet är skyldig att upprätta ett systematiskt kvalitetsarbete där arbete med avvikelsehantering och ständiga förbättringar är grunden för individuellt och organisatoriskt lärande.

Det är viktigt att all berörd personal arbetar aktivt med avvikelse/händelsehantering. Samtliga medarbetare har ett ansvar för att identifiera och rapportera negativa händelser samt ge förslag till förbättringar. Avvikelse gällande samverkan ska i *första hand alltid* försöka lösas mellan verksamheterna i chefslinjen. Vid behov av händelseanalyser ska dessa utföras tillsammans med berörda verksamheter över vårdgivargränser.

### MESO: Områdesnivå/delregionalt Vårdsamverkansorganisationer

Forum för uppföljning och utveckling. Västra Götaland har goda strukturella förutsättningar /arenor för systematiskt uppföljning och utveckling av gemensamma processer.

## RUTIN

## Avvikelsehantering i samverkan

Varje delregional vårdssamverkansgrupp ska ha en avvikelseansvarig och en analysgrupp som:

- Sammanställer avvikelser i samverkan.
- Vid behov göra analys av enskilda avvikelser som lyfts till Vårdssamverkan av ingående verksamhet eller NOSAM/Närsjukvårdsgrupp. Analys av enskild avvikelse ska ha ett värde som underlag till förbättringsarbete genom att belysa mindre bra arbetssätt, brister i kommunikation och dialog, identifiera systembrister m.m. Analys av avvikelse ersätter inte verksamheternas egna utredningar av avvikelser utan utgör ett komplement.
- Resultat av avvikelserna presenteras till delregionala ledningsgruppen. Delregionala ledningsgruppen fattar eventuella beslut om vidare åtgärder utifrån redovisat resultat.
- Avvikelseansvarig sammanställer avvikelserna i en årsrapport/verksamhetsberättelse som är en del i Vårdssamverkans styrprocess för planering, genomförande och utvärdering enligt kvalitetsledningssystemet.
- Rapport inklusive sammanställning och statistik publiceras på hemsidan.

### **MAKRO: Systemägare och förvaltare på huvudmannanivå. Region och kommun**

Varje delregionalt vårdssamverkansområde ska regelbundet rapportera till VVG de mest frekventa avvikelserna och identifierade systembrister enligt anvisningarna från VVG ( HoS avtal) 2 ggr/år. Vår och höst ska avvikelserna rapporteras till VVG. Rapporten ska innehålla redovisade åtgärder lokalt/delregionalt samt förslag på åtgärder för hantering på regional nivå.

## RUTIN

## Avvikelsehantering i samverkan

### **Relaterad information, bilagor**

[Lathund för registrering av en avvikelse](#)

[Lathund för handläggning av en avvikelse](#)

[Användarmanual MedControl PRO](#)

### **Instruktion för analys av avvikelser, se bilaga 1**

#### **Arbetsgrupp**

Anneli Bjerde, Västkom

Ulla Arwidson, processledare/MAS kommuner

Erika Kovacsne Tóth, Vårdsamverkan

Amira Donlagic, processledare VGR

Goran Barasin, VGR, MedControl PRO

Marga Brisman, VGR Patientsäkerhetsenheten



## BILAGA 1 MALL

## Avvikelsehantering i samverkan

### **Analys av avvikelse som berör den sammanhållna vårdprocessen mellan vård- och omsorgsgivare**

Analys av enskild avvikelse ska ha ett värde som underlag till förbättringsarbete genom att belysa mindre bra arbetssätt, brister i kommunikation och dialog, identifiera systembrister m.m.

**Observera att Analys av avvikelse inte ersätter verksamheternas egna utredningar av avvikelser utan utgör ett komplement.**

**A. Avvikelsen har lyfts för genomlysning av:**

**B. Datum då händelsen uppmärksammas:**

**C. Sammanfattning och bakgrund till avvikelsen:**

Ärendenummer i MedControl PRO:

Ärendenummer i SAMSA:

*Underlag kan vara uppgifter hämtade från MedControl PRO, ifylld avvikelseblankett eller annat.*

*Ange inga personuppgifter på patient, personal eller enhet. Använd ett neutralt och korrekt språk.*

**D. Syfte med analys:**

*Bedöm om avvikelsen är lämplig att analyseras utifrån ett samverkansperspektiv.*

*Vilken process eller rutin berör avvikelsen? Finns annan anledning?*

**E. Fortsatt handläggning:**

*T.ex. Är patienten informerad/ tillfrågad? Behövs kompletterande uppgifter? Finns mandat och vem kan i så fall komplettera?*

**F. Genomförande:**

*Ta ställning till om gällande lagar, rutiner och överenskommelser följts. Kan brister i gällande rutiner och överenskommelser identifieras? Andra systembrister?*

**G. Resultat:**

*Använd rubrikerna i denna mall för att sammanfatta och dokumentera vad gruppen kommit fram till för resultat utifrån formulerat syfte eller frågeställning. Ge förslag på eventuella förbättringsåtgärder. Andra synpunkter från arbetsgruppen?*

**H. Redovisning av resultatet:**

*Återkoppla till den som lyft avvikelsen till analys.*

*Berörda nätverk för aktuell rutin.*

*Lokala Närsjukvårdsgrupper/ledningsgrupper/arbetsgrupper.*