Dokumentbeteckning:	Rutin hantering avvikelser och vårdskador
Antaget av	Förvaltningsledningen
Handläggare	Marianne Brattberg, SAS Anette Hernvall, MAS
Handlingen förvaras	Evolution
Diarienummer	2024/819
Datum	2022-07-12 Rev. 2026-06-23
Syfte:	Förbättra verksamheten genom ett systematiskt kvalitetsarbete.
Gäller för:	Alla verksamheter inom Omsorgsförvaltningen
Referensdokument:	Ledningssystem för kvalitetsarbete
Uppföljning:	Regelbundet minst en gång per år

Innehåll

Inledning/Bakgrund 2

Synpunkter/klagomål och avvikelser 2

- Vad är en synpunkt eller klagomål? 2
  - När blir en synpunkt/klagomål en avvikelse? 2
  - Avvikelsehantering? 3
  - Vad är en vårdskada? 3
  - Vad händer vid vårdskada? 3
- Övriga avvikelser 4
- Handläggning av avvikelser 4
- Utökad analys av avvikelse/vårdskada 5
- Åtgärder 6
- Återföring till personalgruppen 6
- Ansvar 6

Lex Sarah och Lex Maria i förhållande till övriga avvikelser 8

- Uppföljning 8
- Egenkontroll 8

Inledning/Bakgrund

Hantering av avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Om en verksamhet inte når upp till de krav och mål som finns i lagstiftningen, föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, ska socialnämnden som en del i sitt systematiska förbättringsarbete genomföra utredning av avvikelser. När en avvikelse uppmärksammas ska den utredas och åtgärder vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas. Det finns flera sätt att få kännedom om förekomsten av eventuella avvikelser:

- Riskanalyser
- Egenkontroll
- Synpunkter och klagomål
- Rapporteringsskyldighet – Lex Maria och Lex Sarah

SAS och MAS sammanställer tertialsvis inkomna rapporter, klagomål och synpunkter och de analyser med förbättringsåtgärder som planeras eller som har vidtagits.

Rapportering sker tertialsvis samt vid en årlig sammanställning i den återkommande patient- och kvalitetsberättelse.

Synpunkter/klagomål och avvikelser

Vad är en synpunkt eller klagomål?

Det går inte att ge ett enkelt svar på frågan. Den som har en synpunkt eller vill klaga på något i verksamheten är den som själv avgör detta. Verksamheten skall ta emot en synpunkt/ klagomål och skall, om den enskilde har lämnat kontaktuppgifter, svara den klagande så snart som möjligt. Vid behov sätts åtgärder in.

Viktigt att tänka på

Att alla inrapporterade händelser ska ses som en viktig del i det fortsatta kvalitetsarbetet.

När blir en synpunkt/klagomål en avvikelse?

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt HSL, LSS eller SOL ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter från bl.a. brukare/patient, närstående och personal. Synpunkten/klagomålet skall diarieföras och svar skall lämnas till den klagande. Är klagomålet relevant, upplevs det som att det ”skaver lite” eller kan man känna ett ”aj då” så är det troligen

en avvikelse. Det betyder att ett klagomål kan bli en avvikelse men vilka som blir det får man avgöra från fall till fall. Om klagomålet bedöms vara en avvikelse sker registrering både i diariet som ett vanligt klagomål samt i avvikelsemodulen på intranätet.

Avvikelsehantering

Avvikelse ska rapporteras när en händelse, ett arbetssätt eller ett beslut avviker från fastställd rutin, riskerar att påverka den enskildes säkerhet, kvalitet i insatsen eller verksamhetens måluppfyllelse.

Avvikelser och risker ska uppmärksammas och hanteras på ett sådant sätt att det finns möjligheter till förbättring. Grundsynen i avvikelsehanteringen måste präglas av stor öppenhet, så att det viktiga arbetet med att fortlöpande förbättra brukarnas/patienternas säkerhet och trygghet utgör fokus i verksamheten. För att få en kvalitetssäkrad avvikelserapportering är det viktigt att inte glömma se sig själv i spegeln och rapportera avvikelser även i sin egen verksamhet. Inte bara rapportera på andra.

- Medarbetare: ansvarar för att rapportera avvikelsen utan dröjsmål
- Chef: ansvarar för utredning, åtgärd och återkoppling
- Verksamhets-/kvalitetsansvarig: ansvarar för sammanställning och analys på övergripande nivå

Vad är en vårdskada?

Vårdskada definieras som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakt med kommunens hälso- och sjukvård och som inte är en oundviklig konsekvens av personens tillstånd. En allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa och har lett till att brukaren/klienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller dött.

Vad händer vid vårdskada?

Brukaren/patienten som har drabbats av en vårdskada ska få information om:

- händelsen som medfört skadan
- åtgärder för att förebygga ny liknande händelse för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas
- möjligheten till klagomål
- möjlighet att begära ersättning
- patientnämndens verksamhet

Informera patient eller närstående – lämna ut informationsbrev, se bilaga

Tillsammans kommer ni överens om vem som är lämpligast att informera patient eller närstående. Är det en allvarlig avvikelse är sjuksköterskan lämpligast men är det en

mindre allvarligt kan det vara bättre att exempelvis den som är kontaktperson informerar. Kontrollera i genomförandeplan/verksamhetssystemet om anhörig vill informeras. Vem som informerats ska dokumenteras i journal.

Övriga avvikelser

- Vårdkedjeavvikelser
    - Dokumenteras i Medcontrol
- Avvikelser gällande t ex medicintekniska produkter, stölder registreras på blankett Avvikelserapport för icke patientbundna avvikelser

Handläggning av avvikelser

- Alla avvikelser skall så skyndsamt som möjligt rapporteras i VIVA eller VIVA omsorg app.
- Avvikelse ska påbörjas utredning inom 3 arbetsdagar och utredning med åtgärder avslutas inom 30 arbetsdagar, om inget annat anges.
- Utredning inleds med en riskbedömning som ligger till grund för bedömning av allvarlighetsgraden av händelsen. Riskbedömningen är också vägledande för eventuella omedelbara åtgärder samt ansvaret att rapportera risk för eller faktisk vårdskada eller händelse som omfattas av Lex Sarah.
- Datum för uppföljning ska anges. Uppföljning kan leda till nya åtgärder, fortsatta åtgärder eller avslutas om risken för återupprepning reducerats eller eliminerats.
- Ansvarig enhetschef gör en bedömning av avvikelsens grad av allvarlighet enligt bedömningsmall, se Avvikelse, Bedömningsmall sannolikhet och konsekvens.pdf., bilaga 2. Preliminär riskbedömning ska göras inom tre dagar. (Öppna utredning, riskbedöm, spara, men signera inte förrän hela utredningen är genomförd). Ansvarig enhetschef tar hjälp av leg personal för bedömning av hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Ansvarig enhetschef ansvarar för samordning av analyser, åtgärder samt plan för förbättringar utifrån inkomna avvikelser, se Mötesform nedan.
- Chef ansvarar för att berörd personal får återkoppling om vidtagna åtgärder och eventuella förändringar i arbetssätt.
- Avvikelser rörande bemötande, sekretess och förväxling läkemedel ska sändas till MAS alternativt SAS för kännedom.
- Avvikelser med ett tal över 9 och om händelsens konsekvenser/risk för konsekvenser bedöms katastrofal ska dessa till MAS och SAS för kännedom.
    - MAS tar ställning till behov av utökad internutredning och/eller Lex Maria/anmälan av medicinska avvikelser.
    - SAS tar ställning till en eventuell internutredning och/eller Lex Sarah-rapport av sociala avvikelser.

Möte för avvikelsehantering:

- Genomförs minst en gång per månad i varje enhetschefs område.
- Deltagare är enhetschef, sjuksköterska och stödpedagog, gruppledare eller motsvarande. Arbetsterapeut och fysioterapeut samt personal från t ex daglig verksamhet bjuds in till mötet vid behov.
- Samtliga avvikelser som uppstått under perioden analyseras och utreds med både socialt, hälso- och sjukvård samt medicinskt perspektiv.
- Beslutar om åtgärder utifrån resultat av utredningen.
- Följer upp åtgärder från tidigare avvikelseutredningar. Uppföljning av planerade åtgärder sker systematiskt och först när effekt på åtgärder kan ses eller utvärderas.

Utökad analys av avvikelse/vårdskada

Analysen ger kunskap om hur och varför avvikelser inträffar. Den ger även information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas. Analysen kan användas till samtliga inträffade avvikelser oavsett kategorier (medicinska, sociala och övriga). Samtliga avvikelser som har inträffat under den senaste månaden ska analyseras på enheten där händelsen inträffat. Enhetschefen är sammankallande och berörda yrkesgrupper deltar.

Händelseanalys

En händelseanalys ska kunna ge svar på följande frågor:

- Vad har hänt?
- Varför har det hänt? Vilka bakomliggande orsaker finns?
- Hur förhindras en upprepning av händelsen? Åtgärdsförslag utifrån bakomliggande orsaker med tidplan och uppföljning

Händelseanalys syftar inte till att besvara frågor om vem eller vilka som orsakat felet. En händelseanalys ska i stället bidra till att fokus sätts på strukturella problem. Syftet är att upptäcka brister som kan finnas i organisationen när det gäller till exempel kommunikation, samarbete, utrustning eller rutiner, och att bidra till en säkrare verksamhet.

Finns det strukturella problem som behöver åtgärdas kan en riskanalys göras. Syftet med en riskanalys är att identifiera de kvalitetsaspekter och risker i verksamheten som är mest betydande. Beskriv risker och konsekvenser. Hur stor betydelse har aspekten? Värdera konsekvens och sannolikhet. Prioritera åtgärder och vid behov gör eventuellt en processkartläggning för att säkerställa att verksamhetens kvalitet upprätthålls. Se dokument för att skriva rutin och göra riskanalys och processkartläggning.

Åtgärder

Åtgärderna kan vara både brukar- och organisationsinriktade och varje yrkeskategori bidrar med sin kompetens. Åtgärderna ska vara både kortsiktiga och långsiktiga och syftet är att förhindra en upprepning av händelserna.

Återföring till personalgruppen

Enhetschefen ansvarar för att återföra resultatet av analysarbetet till hela personalgruppen

Sammanställning av avvikelser ska användas som underlag för egenkontroll, förbättringsåtgärder och verksamhetsutveckling.

Ansvar

All personal som är verksam inom förvaltningen ska rapportera avvikelser enligt SoL, LSS samt HSL.

Alla **medarbetare** ansvarar för att:

- uppmärksamma avvikelser och vidta omedelbara åtgärder efter behov
- rapportera avvikelser enligt rutin och rapportera till ansvarig enhetschef
- vid avvikelser gällande hälso- och sjukvård underrätta HSL-personal.
- delta i analys- och förbättringsarbetet utifrån inrapporterade avvikelser

Legitimerad personal ansvarar för

- bedöma vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som behöver vidtas.
- bedöma allvarlighetsgraden av händelsen i samråd med enhetschef (kategori 1-4).
- vara behjälplig vid utredningar av avvikelser inom hälso- och sjukvård
- delta i det gemensamma händelseanalysarbetet av inkomna avvikelser
- lyfta åtgärder för avvikelser i lämpligt forum.

Enhetschef ansvarar för att

- bedöma fortsatt handläggning av avvikelsen
- sammankalla berörda yrkeskategorier för en gemensam analys av inkomna avvikelser t ex leg personal, annan enhetschef
- resultatet av analysarbetet leder till förbättringsförslag för att minska risken för upprepning

- återföra rapporterade avvikelser och förbättringsförslag till personalen i lämpligt forum
- följa upp resultaten av förbättringsförslagen
- använda erfarenheterna av avvikelserna som underlag i det systematiska kvalitetsarbetet
- klagomål från enskild brukare/patient gällande individärende hanteras enligt avvikelserutinen
- informera brukare/patient och/eller företrädare om inträffad avvikelse och vidtagna åtgärder
- sammanställer avvikelser för genomgång i ledningsgrupp, kopia till verksamhetschef
- rapportera till MAS (kategori 3 och 4)

Ledningen, Verksamhetschefer och Processägare ansvarar för att

- driva övergripande kvalitetsarbete inom verksamhetsområdet utifrån arbetet med avvikelser, så att avvikelserna blir ett underlag för kvalitetsförbättringar i verksamheten
- återföra kvalitetsförbättringar mellan och inom de olika verksamhetsområdena
- redovisa kvalitetsförbättringarna i aktuella uppföljningsdokument

MAS/SAS ansvarar för att

- rutinen för hantering av synpunkter/klagomål och avvikelser hålls uppdaterad och aktuell.
- vid behov bistå chef/verksamhetschef med att bedöma och besluta om fortsatt handläggning av inrapporterade avvikelser
- initiera/stödja enhetschef vid händelseanalys
- bedöma och utreda vilka avvikelser som ska anmälas vidare till IVO enligt Lex Sarah, Lex Maria och/eller Läkemedelsverket
- återkoppla resultatet från internutredningar till ansvarig chef/verksamhetschef
- rapportera avvikelser av allvarlig karaktär till förvaltningschef och eventuell nämnd
- analysera avvikelser som skett under året som redovisas vid tertialsredovisningen samt i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Lex Sarah och Lex Maria i förhållande till övriga avvikelser

Rapportering och hantering av avvikelser gäller negativa händelser som bedöms vara av allvarligare art skall hanteras enligt rutin för missförhållande enligt Lex Sarah. Vägledande i bedömningen är vilken konsekvens händelsen får för brukaren. SAS bedömer om händelsen skall anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälning enligt Lex Maria görs av MAS utifrån avvikelserapport eller efter att någon kontaktar MAS utifrån en specifik händelse. Anmälan skickas till IVO.

Exempel på avvikelser

- Medicinska avvikelser som kan innebära risk för eller inträffad kroppslig eller psykisk skada, allvarlig sjukdom eller död som skett i samband med vård och behandling och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.
- Avvikelser som sker i samband med delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Vid stöld av narkotiska läkemedel ska en polisanmälan alltid bifogas till avvikelsen. Polisanmälan görs av enhetschef.
- Avvikelser i samband med externa kontakter t.ex. annan vårdgivare eller i vårdkedjan.
- Sociala avvikelser rörande brister i omsorg, tillsyn och bemötande.
- Brister i handläggning
- Avvikelser kopplade till verksamhetens organisation, metoder, rutiner, bemanning och kompetens.
- Våld och hot.
- Brott mot sekretess och tystnadsplikt
- Stöld, vid avvikelse gällande stöld bifogas polisanmälan

Uppföljning

Ledningssystemet ska se till att problem och brister, om så krävs, omedelbart åtgärdas och att klagomål och synpunkter förs upp i organisationen för sammanställning och analyser på olika nivåer. Sammanställningen görs regelbundet och systematiskt. Uppföljning av avvikelser görs årligen vid ledningens genomgång och i bokslut. Effekten av insatta åtgärder följs regelbundet upp av ansvarig chef och områdeschef.

Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Bilaga 1

Vid skada i vården – information till dig som patient

Ibland inträffar oönskade händelser i vården som leder till en skada och det har tyvärr hänt dig/din närstående. Det är vårdens ansvar och skyldighet att informera dig och utreda händelsen samt förebygga att liknande händelser inte upprepas.
Vård och omsorgsförvaltningen, som ansvarar för din vård, finns alltid tillhands för att svara på dina frågor och ska se till att du får den hjälp du behöver. Vi beklagar att detta har hänt dig/din närstående och kommer att göra vårt yttersta för att hjälpa dig.

Kort beskrivning av vad som har hänt

_____
_____
_____
_____
_____

Första samtalet
Tidpunkt för första samtalet: _____
Plats: _____
Efter detta samtal kan vi vid behov planera för en fortsatt kontakt.

Uppföljningssamtal
Tidpunkt för uppföljningssamtal: _____
Plats: _____

Kontakt vid frågor
Vid frågor och funderingar kan följande person/er kontaktas:
Namn: _____
Titel: _____
Telefonnummer: _____
E-post:_____

Information om dina rättigheter

När en skada inträffat eller när du har synpunkter eller klagomål på vården kan du som patient eller närstående vända dig till:

Kommunen

Du kan lämna synpunkter på vård eller omsorg via kommunens e-tjänst för synpunkter och felanmälan som du hittar på webbplatsen Synpunkter på verksamheten - Trollhättans stad. Du kan också vända dig med ditt klagomål till personalen eller ansvarig chef.

Patientnämnden

Patientnämnd finns i varje region och är en fristående och opartisk instans som hanterar frågor och händelser som kan uppstå i samband med vård. Patientnämnden når du via Västra götalandsregionen på webbplatsen www.vgregion.se/halsa-och-vard/Patientnamnden/

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Om du har klagomål på vården kan du – både som patient och närstående – framföra dina synpunkter till: Inspektionen för vård och omsorg Avdelning sydväst Box 53148 400 15 Göteborg Telefon: 010-788 50 00, e-post: registrator.sydvast@ivo.se

Försäkringar

Patientförsäkring
Du som har drabbats av en patientskada hos Trollhättans stad har möjlighet att vända dig direkt till vårt försäkringsbolag Svenska Kommun Försäkrings AB med en skadeanmälan genom att fylla i blanketten på deras hemsida och skicka den till Svenska Kommun Försäkrings AB. Du har också möjlighet att be kommunen att hjälpa dig med att anmäla skadan.

Skadeanmälan Svenska Kommun Försäkrings AB

För mer information kontakta Trollhättans kontaktcenter.
Telefon: 0520-495000, e-post: kontaktcenter@trollhattan.se

Läkemedelsförsäkringen
Den som anser sig ha blivit skadad av ett läkemedel har rätt att vända sig till Läkemedelsförsäkringen för att få sin sak prövad. Om försäkringsgivarens utredning konstaterar godkänd läkemedelsskada kan den som skadats få ersättning. Läkemedelsförsäkringen gäller dig som har köpt läkemedel på apotek i Sverige, deltagit i kliniska prövningar i Sverige eller fått läkemedel i svensk vård från läkemedelsföretag anslutna till läkemedelsförsäkringen (LFF).

SLF (Svenska Läkemedelsförsäkringen AB)
Box 17608
118 92 Stockholm

Telefon: 08–462 37 00, e-post: www.lakemedelsforsakringen.se

Informationen är utlämnad av: _____

Underskrift: _____

Titel: _____

Datum: _____

Bilaga 2 Stöd vid bedömning av allvarlighetsgrad

Typ av avvikelse	Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Katastrofal (4)
Bemötande	Brister i bemötandet som inte leder till någon märkbar konsekvens för brukaren Ex: Bristande lyhördhet och respekt för brukaren	Brister i bemötandet som leder till obehag eller skada för brukaren. Ex: Mindre allvarliga psykiska övergrepp (särbehandling)	Brister i bemötandet som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren Ex: Allvarliga psykiska övergrepp (enstaka kränkningar, hot, bestraffningar)	Brister i bemötandet som leder till: - stor bestående psykisk skada - självmord/dödsfall Ex: Allvarliga psykiska övergrepp (upprepade hot, kränkningar, bestraffningar)
Bristande omsorg	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som inte leder till någon märkbar konsekvens för brukaren	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till lindriga besvär eller skada för brukaren Ex: Felaktig teknik vid matsituation, personlig hygien etc, underlåtenhet att utföra insatser utifrån brukarens specifika behov	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren Ex: Bortglömd brukare, mindre allvarliga fysiska övergrepp (hårdhänt handlag), underlåtenhet att utföra insatser utifrån brukarens specifika behov	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning - dödsfall Ex: Bortglömd brukare, allvarliga fysiska övergrepp (slag)
Fall	Fall som inte leder till någon skada/ smärta • SSK informeras ingen åtgärd vidtas	Fall som leder till: • mindre sårskada • mjukdelsskada • patienten klagar på smärta • patienten är påverkad efter fallet • legitimerad personals insats krävs	Fall som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren. Fall som leder till ex: • fraktur • omfattande sårskador • måttlig bestående funktionsnedsättning • fall ur lyftsele	Fall som leder till: -stor bestående skada/ funktionsnedsättning eller i efterförloppet till dödsfall Ex. Avlider på sjukhus utan att återkomma till boendet

Läkemedel	Uteblivet/fördröjt/felaktigt givet läkemedel utan märkbar konsekvens för brukaren SSK informeras – ingen åtgärd vidtas	Uteblivet läkemedel/ felaktigt givet läkemedel som leder till märkbar konsekvens för vårdtagaren tex: • smärta • oro • ökad vätskeansamling • sömnsvårigheter • förstoppning • flera uteblivna doser under en dag • SSK-insats krävs	Uteblivet läkemedel/ felaktigt givet läkemedel som leder till att läkarkontakt tas/byte av vårdnivå • Två eller flera dagars uteblivna doser • Involverat läkemedel ex: - insulin - blodförtunnande - kramplösande eller krampförebyggande Uteblivet/fördröjt/felaktigt givet läkemedel som leder till allvarlig konsekvens för brukaren.	Uteblivet läkemedel/ felaktigt givet läkemedel som leder till: • dödsfall • självmord • stor bestående fysisk eller psykisk funktionsnedsättning
Rehab	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd insats eller felaktigt användande av hjälpmedel som inte leder till någon märkbar konsekvens för brukaren.	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd insats eller felaktigt användande av hjälpmedel som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren. Läkarkontakt och/eller byte av vårdform. Ex: Upprepade uteblivna rehabinsatser med funktions-höjande inriktning (Ex. träning efter nyinsjuknad stroke, fraktur)	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd insats eller felaktigt användande av hjälpmedel som leder till lindriga besvär eller skada för brukaren. Eventuell läkarkontakt utan byte av vårdform. Ex: Enstaka uteblivna rehabinsatser med funktions-bevarande inriktning (Ex. kontrakturprofylax	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd insats eller felaktigt användande av hjälpmedel som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning eller i efterförloppet till dödsfall

Utebliven insats	Utebliven/fördröjd insats som inte leder till någon märkbar konsekvens för brukaren	Utebliven/fördröjd insats som leder till lindriga besvär eller skada för brukaren Ex: Glömt eller ej hunnit att utföra insats vid enstaka tillfällen	Utebliven/fördröjd insats som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren Ex: Glömt eller ej hunnit att utföra insats vid upprepade tillfällen	Utebliven/fördröjd insats som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning - dödsfall Ex: Glömt eller ej hunnit utföra insats som har avgörande betydelse för den enskildes liv
Våld/hot mellan brukare	Våld mellan brukare som inte leder till någon synbar skada/smärta	Våld mellan brukare som leder till övergående fysiska eller psykiska besvär/skada Ex: mindre sårskada, smärta, mjukdelsskada, svullnad, rädsla, oro	Våld mellan brukare som leder till allvarlig skada/funktions-nedsättning Läkarkontakt och/eller byte av vårdform Ex: frakturer, allvarliga sårskador, kränkning	Våld mellan brukare som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning - dödsfall
Vård/behandling	Utebliven/ fördröjd behandling utan märkbar skada/smärta • Legitimerad personal Informeras - ingen åtgärd vidtas	Utebliven/ fördröjd behandling som leder till övergående funktionsnedsättning som leder till ökad smärta, oro • legitimerad personals insats krävs Eventuell läkarkontakt utan byte av vårdform.	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd behandling som leder till allvarliga besvär eller skada för brukaren och att läkarkontakt och/eller byte av vårdform behöver göras.	Utebliven bedömning eller utebliven/fördröjd/felaktigt utförd behandling som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning eller i efterförloppet leder till - självmord

SKR:s bedömningskriterier:

Allvarlighetsgrad	**Exempel på konsekvenser**
Katastrofal (4)	Dödsfall/självmord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter (*1, *2) Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter (*2) Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.

*1) Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbat flera patienter.

*2) Med förlängd vårdepisod avses att vårdkontakterna med patient i öppenvård blir fler eller vårdtiden i slutenvård förlängs.

Sannolikhet för inträffande	**Förekomst**
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år eller mer sällan