

Riktlinje

Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser

Typ av styrdokument: Riktlinje

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-05-01

Gäller för: All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen samt utförare inom LOV

Giltighetstid: 2 år

Revideras senast: 2024-05-01

Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Socialt ansvarig samordnare

Innehåll

1.	Bakgrund.....	1
2.	Regelverk	1
3.	Syfte	1
4.	Personalkategori	2
5.	Termer och definitioner.....	2
6.	Utförande	3
6.1.	Rapporteringsskyldighet	3
6.2.	Skyldighet att utreda	3
6.3.	Skyldighet att informera	3
6.4.	Personalens delaktighet	4
6.5.	Den enskildes delaktighet	4
7.	Avvikelserrapportering.....	4
7.1.	Beskrivning av avvikelser	4
7.2.	Avvikelser inom hälso- och sjukvård	4
7.2.1	Avvikelser inom SoL och LSS	5
7.3.	Synpunkt och klagomål.....	6
7.4.	Rapportera	6
7.4.1	Händelseförlopp	7
7.5.	Omedelbart vidtagna åtgärder	7
7.6.	Utreda.....	7
7.6.1	Syftet med utredning.....	7
7.6.2	Dokumentation av utredning	8
7.6.3	Händelseinformation.....	8
7.6.4	Analys av händelse.....	9
7.6.5	Konsekvens för den enskilde	9
7.6.6	Anmälan av allvarlig vårdskada	10
7.6.7	Anmälan av allvarligt missförhållande	10
7.6.8	Information till den enskilde	10
7.7.	Bedöma	11
7.7.1	Riskmatris – att bedöma sannolikhet för upprepning.....	11
7.8.	Risikanalys	11

8. Åtgärda.....	12
9. Uppföljning.....	13
10. Samverkan	13
Sammanställning och analys.....	14
Egenkontroll	15
Enskilds möjlighet att göra en anmälan.....	15
11. Bedömningsmall konsekvens negativa händelser.....	17
11.1. Hälso- och sjukvård	17
11.2. Socialtjänst	20

Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser

1. Bakgrund

All verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade i Alingsås kommun ska vara av god kvalitet. God kvalitet innebär att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och styrdokument som gäller för verksamheten och att fortlöpande förbättra och utveckla verksamheten. Ett led i att identifiera brister och åtgärda dem för att uppnå god kvalitet är att systematiskt arbeta med avvikelsehantering. Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser, synpunkter och klagomål kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att detta görs i verksamheten.

2. Regelverk

- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)
- Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
- Patientlagen (SFS 2014:821)
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria (HSLF-FS 2017:41)

3. Syfte

Att kvalitetssäkra hanteringen av avvikelser genom rapportering, utredning och analys samt att tillämpa åtgärder för att liknande händelser inte ska hända igen.

4. Personalkategori

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen samt socialförvaltningen, LOV.

5. Termer och definitioner

Följande termer och definitioner gäller för riktlinjen:

Avvikelse: Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.

Avvikelsehantering: Identifiera och rapportera avvikelser, kartlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera och bedöma effekterna av åtgärderna samt sammanställa och återföra resultaten.

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

Missförhållande: Ett missförhållande avser såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Allvarligt missförhållande: Allvarliga missförhållanden avser såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Vårdskada: En skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (obs: vårdskada innefattar såväl allvarliga som andra vårdskador).

Allvarlig vårdskada: Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är:

1. bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Klagomål/synpunkt: När den som får vård, omsorg eller service, närstående eller rättslig företrädare har lämnat klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet som påverkar den enskilde. Klagomål och synpunkter kan även komma från medarbetare, studerande, volontär.

6. Utförande

6.1. Rapporteringsskyldighet

All personal som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade har skyldighet att:

- rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada eller ett missförhållande
- rapportera risker för vårdskada eller missförhållande
- rapportera klagomål och synpunkter

Enhetschef ska informera personal om deras ansvar att rapportera händelser samt om gällande riktlinje, vid anställning och minst en gång om året. Rapporteringsskyldighet gäller för alla anställda, uppdragstagare, praktikanter eller motsvarande.

När en medarbetare upptäcker en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska det rapporteras till chef och medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvarig för rehabilitering.

När en medarbetare upptäcker att det föreligger risk för missförhållande eller missförhållande ska det rapporteras till chef och socialt ansvarig samordnare.

6.2. Skyldighet att utreda

- Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.
- Den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS har skyldighet att utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

6.3. Skyldighet att informera

Ansvarig enhetschef ska vid händelse som har medfört en vårdskada eller ett missförhållande och vid klagomål informera den enskilde.

- ge en förklaring till den enskilde om vad som har inträffat och
- beskriva vilka åtgärder som ska vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvarig för rehabilitering ska vid händelse som rapporterats som en lex Maria anmälan informera den enskilde.

Vid inträffad vårdskada eller allvarlig vårdskada ska informationen lämnas till anhörig/närstående/rättslig företrädare om den enskilde begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

När den enskilde har drabbats av en vårdskada ska chef också informera om:

- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg
- möjligheten att begära ersättning eller från läkemedelsförsäkringen
- patientnämndernas verksamhet

6.4. Personalens delaktighet

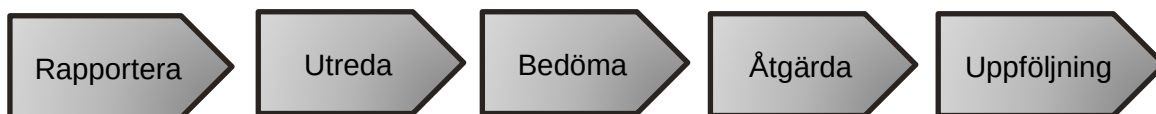
Enhetschef ansvarar för att medarbetare ges förutsättningar för att löpande vara delaktiga i avvikelshanteringen och beredas möjlighet att delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet till följd av avvikelser. Alla medarbetare har ett ansvar för patientsäkerheten och Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

6.5. Den enskildes delaktighet

Chef ansvarar för att rutiner finns för att ge den enskilde möjlighet att delta i arbetet med händelser och klagomål som inneburit något negativt för den enskilde. Att vara lyhörd och ta emot synpunkter, klagomål och redogörelser från den enskilde, är viktiga bidrag för utvecklingen av verksamheten.

7. Avvikelse rapportering

Identifierade händelser ska rapporteras, kartläggas och åtgärdas, dokumenteras och effekterna av åtgärderna ska bedömas samt sammanställas och resultaten ska återföras.



7.1. Beskrivning av avvikelser

7.2. Avvikelser inom hälso- och sjukvård

Exempel på händelser som kan leda till rapport av avvikelse:

- Fall.
- Läkemedelsförväxlingar eller utebliven dos.
- Felaktiga förskrivningar.

- Avvikelse där läkemedel är inblandade, om de föranlett eller borde ha föranlett aktiva behandlingsåtgärder eller överföring av patienten till en annan vårdenheter.
- Brister i den samordnade vårdplaneringen, till exempel brister i informationsöverföring mellan olika vård- och boendeformer.
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning och behandling.
- Utebliven undersökning eller behandling.
- Brister i arbetsrutiner.
- Brister i utförande av insatser (insatser som genomförs bristfälligt/felaktigt eller inte alls).
- Brister i dokumentation, information och kommunikation.
- Vårdrelaterade infektioner.
- Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning.
- Otillräckliga resurser (kompetens, bemanning lokaler eller utrustning) för verksamhetens bedrivande.
- Otillräcklig eller felaktig information till patient eller anhörig.
- Klagomål från patient som rör hälso- och sjukvårdsinsatser.

7.2.1 Avvikelse inom SoL och LSS

Exempel på händelser som kan leda till rapport av avvikelse:

- Brister i bemötande (exempelvis brister i respekt för självbestämmanderätt, integritet, trygghet och värdighet).
- Fysiska övergrepp (exempelvis nypningar, slag, hårda tag, fasthållning, misshandel).
- Psykiska övergrepp (exempelvis hot, bestraffningar, trakasserier, skrämsel, kränkningar).
- Brister i utförande av insatser (insatser som genomförs bristfälligt/felaktigt eller inte alls).
- Brister i dokumentation, information och kommunikation.
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik (exempelvis trygghetslarm).
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande.
- Ekonomiska övergrepp (exempelvis stöld av pengar eller ägodelar, utpressning, förskingring).
- Sexuella övergrepp (exempelvis beröring, sexuella anspelningar).

7.3. Synpunkt och klagomål

Alla som arbetar inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde ska föra mottagna klagomål och synpunkter vidare oavsett på vilket sätt de inkommer. Det är personen som lämnar synpunkt eller klagomål som avgör hur den lämnas. Muntlig synpunkt eller klagomål skrivs in i foldern "Synpunkter och klagomål". Alla synpunkter och klagomål lämnas omgående vidare till registrator för registrering.

Registratorn registrerar i Platina och diarieför, därefter överlämnas klagomål och synpunkter till ansvarig chef i den egna regin. För extern verksamhet kontaktas avsändaren och informeras vad som händer med synpunkt eller klagomål. Efter samtycke från den enskilde skickas synpunkt eller klagomål till ansvarig chef i extern verksamhet. Kopia skickas till avdelningschef, MAS, SAS. Registratorn skickar omgående bekräftelse om mottagen synpunkt eller klagomål på blanketten "Vi har tagit emot din synpunkt".

Utredningen av synpunkten/klagomålet görs skyndsamt, inom 14 dagar, på blanketten "Utredning av inkommen synpunkt och klagomål". Om chef är berörd av händelsen utreder nästa chefsnivå händelsen.

Förslag till åtgärd lämnas till närmast överordnad chef för godkännande.

Utredningen delges den klagande, om denne är känd, på blanketten "Svar på inkommen synpunkt/klagomål". Ärendet dokumenteras i den enskildes journal. Utredningen och övriga handlingar lämnas till registrator för diarieföring.

Foldern "Synpunkter och klagomål" lämnas till den enskilde i samband med upprättande av genomförandeplan och vid uppföljning av biståndsbeslut.

Blanketter för hantering av synpunkter och klagomål finns i [Alfresco](#).

7.4. Rapportera

Den som upptäcker en händelse/ avvikelse eller får kännedom om en händelse/ avvikelse ska:

- vidta nödvändiga omedelbara åtgärder
- dokumentera i journalen/social dokumentation vad som hänt och vilka åtgärder som har vidtagits
- informera berörda medarbetare
- rapportera händelsen eller klagomål/synpunkt i avvikelssystem

Vid allvarlig händelse ska den som upptäckt händelsen eller tar emot informationen kontakta enhetschef eller legitimerad personal direkt. Ansvarig som tar emot rapporten ska bedöma om ytterligare åtgärder behöver vidtas omedelbart och försäkra sig om att den enskilde och berörd personal får det stöd som krävs. Vidtagna åtgärder ska journalföras. En rapportering av avvikelse ska göras så fort som möjligt även om omedelbara åtgärder har genomförts och eventuella risker är åtgärdade.

7.4.1 Händelseförlopp

Händelsen ska beskrivas så detaljerat och objektivt som möjligt,

- vad som har hänt/ inträffat
- vilka var med vid händelsen
- tidpunkt för händelsen
- om och hur händelsen har påverkat den enskilde
- vem som lämnat klagomål om händelsen (om inte du själv)

7.5. Omedelbart vidtagna åtgärder

Vidtagna omedelbara åtgärder ska beskrivas kortfattat,

- vilka åtgärder har genomförts och tidpunkt för dessa
- vem har du kontaktat
- vilka instruktioner gavs av legitimerad personal eller chef

7.6. Utredda

Chef är ansvarig för att utreda och driva arbetet med avvikelser som berör den egna verksamheten och ska så snart som möjligt påbörja utredning.

- Om en avvikelse berör fler verksamheter ska chef ta kontakt med dessa verksamheters chefer för att gemensamt utreda avvikelsen.
- Om avvikelsen helt och hållet berör en annan verksamhet ska chef överlämna ansvaret för fortsatt utredning till berörd chef som då övertar ansvaret för fortsatt hantering.
- Chef för baspersonal ansvarar för att samarbeta med arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut vid hantering av händelser och klagomål som berör delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.
- Chef för legitimerad personal ansvarar för att arbetsterapeut och sjuksköterska har förutsättningar att samarbeta med chef för baspersonal vid hantering av händelser och klagomål som berör delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

7.6.1 Syftet med utredning

- att klarlägga händelseförloppet och faktorer som har påverkat det
- att identifiera brister i verksamheten som orsakat händelsen
- avvikelseorsak - att ge underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen eller för att begränsa effekterna av sådana händelser om det inte helt går att förhindra

7.6.2 Dokumentation av utredning

Utredning ska dokumenteras i avvikelssystemet när möjligt, annars på dokument med följande rubriker:

- Händelseinformation
- Omedelbart vidtagna åtgärder
- Avvikelseorsak – bakomliggande orsak till det inträffade
- Konsekvens för den enskilde
- Information till berörda

7.6.3 Händelseinformation

I utredningen under rubrik händelseinformation ska det framgå vad som kan ha föregått och påverkat händelsen, vad som hände samt beskrivning av identifierade brister som orsakat händelsen.

- Vad föregick händelsen – påverkande faktorer/omständigheter
- Vad har hänt
- Vad gick fel
- Varför gick det fel = identifierad brist/orsak.

Chef ska ta reda på och dokumentera kompletterande information om händelsen och dess konsekvens för den enskilde.

- ta reda på och beskriv omständigheter/situation/påverkande faktorer som kan ha haft betydelse för att händelsen inträffade
- ta reda på och beskriv om information mellan medarbetare, professioner, arbetspass eller utförare har brustit
- ta reda på och beskriv om rätt person utfört rätt uppgift på rätt sätt med rätt förutsättningar (kompetens, planering, mm)
- beskriv hur händelsen påverkat den enskilde

Legitimerad personal ska ta reda på och dokumentera kompletterande information om händelsen och dess konsekvens för den enskilde när händelsen gäller hälso- och sjukvård.

- ta reda på och beskriv omständigheter/situation/påverkande faktorer utifrån hälso- och sjukvårdsperspektiv som kan ha haft betydelse för att händelsen inträffade
- ta reda på och beskriv om information mellan medarbetare, professioner, arbetspass eller utförare har brustit
- ta reda på och beskriv om rätt person utfört rätt uppgift på rätt sätt med rätt förutsättningar (kompetens, planering, mm)
- beskriv hur händelsen påverkat den enskilde

7.6.4 Analys av händelse

Utifrån beskrivning av insamlade fakta (händelseinformation) ska analys av händelsen göras på individnivå och verksamhetsnivå.

Individnivå – finns brister i planering av vården/omsorgen, bristande utredning av aktuella behov, brister i utförandet av åtgärd, mm. Hänvisa till eventuella genomförandeplaner och/eller vårdplaner som finns med åtgärder – har de varit tillräckliga/otillräckliga/följts/inte följts.

Brister på individnivå ska åtgärdas i den enskildes planering av vården och omsorgen – beskriv vad i utredningen eller hänvisa till genomförandeplaner och/eller vårdplaner som uppdateras eller andra åtgärder.

Verksamhetsnivå – varför har ovan beskrivna brister uppstått, brister i arbetssätt, avsaknad av rutiner, bristande följsamhet till rutiner, bristande kännedom om rutiner, bristande implementering av rutiner, bristande kompetens, bristande kommunikation/information, mm.

Avvikelseorsak Utifrån insamlade fakta ska samlad analys göras av bakomliggande orsak till händelsen – varför har det hänt – på verksamhetsnivå.

Följande avvikelseorsaker på verksamhetsnivå ska användas:

- Arbetssätt, rutiner och riktlinjer
- Kommunikation och information
- Kompetens och utbildning
- Omgivning och organisation
- Teknik, utrustning och apparatur

7.6.5 Konsekvens för den enskilde

I utredning ingår att bedöma och fastställa vilken konsekvens händelsen har fått för den enskilde. En händelse kan få konsekvenser för den enskilde på flera olika sätt – sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk. Följande alternativ används:

0. Ingen/obefintlig skada/missförhållande = Inga obehag/besvär/skada
1. Mindre allvarlig skada/missförhållande = Minde obehag/besvär/skada
2. Måttlig = Övergående skada/funktionsnedsättning men utan att det leder till men för den enskilde. Obehag eller otrygghet för den enskilde
3. Betydande = Kvarstående måttlig skada/funktionsnedsättning. Omfattande obehag eller otrygghet för den enskilde
4. Katastrofal = Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning. Hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet

Bedömning om fortsatt uppföljning av konsekvens för den enskilde och medarbetare ska planeras utifrån händelsen och eventuell risk för negativa följder av det inträffade. Konsekvensen av en händelse kan bli synlig först senare, tex en fraktur efter ett fall eller att den enskilde drabbas av psykiskt lidande som otrygghet. Uppföljning ska dokumenteras i journalen. Det kan också bli aktuellt att ändra bedömningen av vald konsekvens.

Allvarlig konsekvens

Vid konsekvens 3–4 Allvarlig skada/dödsfall: Medicinskt ansvariga ska kontaktas för bedömning och ställningstagande till fortsatt handläggning:

- Fördjupad utredning ska göras – Medicinskt ansvariga övertar huvudansvaret för fortsatt utredning.
- Fördjupad utredning ska INTE göras – Utredning fullföljs med aktuell chef som huvudansvarig.

Vid konsekvens 3-4 Allvarlig missförhållande: Socialt ansvarig samordnare ska kontaktas för bedömning och ställningstagande till fortsatt handläggning:

- Fördjupad utredning ska göras – Socialt ansvarig samordnare eller motsvarande över huvudansvaret för fortsatt utredning.
- Fördjupad utredning ska INTE göras – Utredning fullföljs med aktuell chef som huvudansvarig.

Chef fullföljer alltid stegen Utredning och Bedömning i avvikelseprocessen oavsett fortsatt handläggning och dokumenterar under rubriken händelseinformation att medicinskt ansvariga eller socialt ansvarig samordnare är meddelade om bedömning Konsekvens 3–4.

7.6.6 Anmälan av allvarlig vårdskada

Medicinskt ansvariga ansvarar för bedömning om en händelse som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ansvar är enligt delegationsordning från nämnd.

7.6.7 Anmälan av allvarligt missförhållande

Socialt ansvarig samordnare (SAS) i Vård och omsorgsförvaltningen ansvarar för bedömning om en händelse som medfört eller hade kunnat medföra ett allvarligt missförhållande ska anmälas enligt lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Privata utförare har ett eget ansvar för utredning, ställningstagande och anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg för inrapporterade händelser avseende brist/risk för brist inom socialtjänst. Förvaltningen ska informeras om upprättade lex Sarah-rapporter samt ställningstagande/beslut.

7.6.8 Information till den enskilde

Den enskilde ska informeras om det inträffat en vårdskada eller missförhållande samt vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att liknande händelse inte ska inträffa igen (PSL

2010:659). I utredning av händelse ska det framgå om den enskilde har informerats om att vårdskada eller missförhållande har inträffat och om hur händelsen kommer att hanteras. Det ska också dokumenteras i journalen. Om information inte kan lämnas ska det framgå i utredningen och dokumenteras i journalen och orsak ska anges.

7.7. Bedöma

För händelse som har eller hade kunnat innebära en vårdskada eller ett missförhållande för den enskilde och analys av brister i verksamheten som orsakade händelsen ska bedömning göras av risken finns för att det kan hända igen om brister inte åtgärdas.

7.7.1 Riskmatris – att bedöma sannolikhet för upprepning

Om ingen åtgärd görs, hur sannolikt är det att det händer igen i verksamheten – *sannolikhetsgrad* — och om det händer igen vilken konsekvens kan det få för den som drabbas – *allvarlighetsgrad*.

Matris för bedömning av riskstorlek

Sannolikhet/inträffande	Allvarlighetsgrad				
		mindre (1)	måttlig (2)	betydande (3)	hög (4)
	mycket liten (1)	1	2	3	4
	liten (2)	2	4	6	8
	stor (3)	3	6	9	12
	mycket stor (4)	4	8	12	16

	Sannolikhetsgrad	Allvarlighetsgrad
1	Mycket liten = kan inträffa 1ggr/år eller mer sällan.	Mindre = Obehag eller obetydlig skada.
2	Liten = kan inträffa varje månad	Måttlig = Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
3	Stor = kan inträffa varje vecka	Betydande = Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk).
4	Mycket stor = kan inträffa dagligen	Mycket hög/ Katastrofal = Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk).

7.8. Riskanalys

När flera händelser av samma karaktär har inträffat ska en bedömning göras om det finns behov av en riskanalys. Om riskanalysen visar att en händelse kan få allvarliga

konsekvenser, är det viktigt att risken byggs bort även om det är mycket osannolikt att händelsen inträffar igen. Samtidigt kan det vara aktuellt med åtgärder även om konsekvensen är mindre allvarlig, ifall det är sannolikt att händelsen kommer inträffa ofta.

Utifrån riskvärden ska ställningstagande tas om en riskanalys ska genomföras och i vilken omfattning.

Riskvärden 1 – 8 – enheten ansvarar för att vidta åtgärder för att minska risk för återupprepning på individ- och verksamhetsnivå.

Riskvärden 9 – 16 och samtliga med allvarlighetsgrad 4 mycket hög/katastrofal – chef ska tillsammans med ledning göra en bedömning och ta ställning till att genomföra riskanalys på övergripande nivå. Åtgärd Riskanalys ska då väljas.

Riskanalysens steg:

- Beskriv vad som ska analyseras
- Identifiera de risker som finns
- Bedöm riskerna
- Identifiera bakomliggande orsaker
- Ta fram åtgärder för att förhindra eller minska riskerna, och en metod för att följa upp resultatet.
- Sammanfatta
- Utvärdera och följ upp åtgärderna. Hur har åtgärderna fungerat? Finns några risker kvar? Behövs en ny analys och ytterligare åtgärder?

8. Åtgärda

Utifrån analys vid utredning och identifierad orsak till det inträffade, ska åtgärder planeras och genomföras för att minska risk för att det händer igen. Åtgärder kan vara kortsiktiga och/eller långsiktiga samt kan vidtas på både person- och organisationsnivå. En åtgärd kan kräva flera olika aktiviteter med olika tidsplaneringar och ansvariga. Åtgärder ska kopplas till bedömd avvikelseorsak – identifierade brister – i syfte att förbättra verksamheten. Varje yrkeskategori bidrar med sin kompetens.

Använd följande rubriker för samtliga aktiviteter som ingår i en åtgärd:

Mål – vad ska uppnås	Aktiviteter – vad ska genomföras	Tidsplan – när ska det genomföras, start, slut,	Ansvarig – vem ansvarar	Uppföljning – vad, hur, när ska uppföljning göras	Hur ska åtgärden värderas

Rapporterade händelser eller klagomål kan vid identifierad bakomliggande orsak omfattas av åtgärder som är beslutade för andra avvikelser. Då kan flera likande avvikelser kopplas till samma åtgärdsplan.

Återföring till personalgruppen

Enhetschefen ansvarar för att återföra resultatet av analysarbetet till hela personalgruppen.

I verksamheten ska det finnas forum som ger möjlighet till att dela erfarenheter av händelseanalys och vidtagna åtgärder mellan varandra.

9. Uppföljning

Uppföljning av åtgärder kan göras först när det gått en tid, beroende på åtgärd, för att kunna utvärdera om åtgärden haft avsedd effekt. När uppföljning ska göras och hur ska framgå av åtgärdsplanen.

Effekt av utförda åtgärder

- Värdera om vidtagna åtgärder har lett till en minskad risk för upprepning av inträffad händelse.
- Besvara frågan om åtgärderna har lett till en förändring som är en förbättring eller inte.
- Ta ställning till om åtgärden gav:
 - förbättrad effekt
 - ingen effekt (problemen kvarstår)
 - går ej att bedöma

Dokumentera uppföljning av åtgärder

Beskriv effekterna av de åtgärder som genomförts och hur bedömning och värdering har gjorts – hur man kommit fram till resultatet. Dokumentera uppföljning direkt i avvikelssystemet.

10. Samverkan

När en händelse eller klagomål/synpunkt involverar olika yrkeskategorier, flera delar inom en verksamhet eller andra enheter ska respektive chef meddelas och samverkan inledas. Om det inträffade helt eller delvis berör annan vårdgivare ska denne omgående underrättas.

Avvikelser som involverar annan enhet i kommunen

Chefen för personal som rapporterat en händelse eller klagomål/synpunkt granskar rapporten och avgör utifrån lagrum och innehåll vilken chef som kommer att ha huvudansvar för fortsatt hantering.

Utgångspunkten är att avvikelse eller klagomål/synpunkt ska hanteras av den chef där personen får sin huvudsakliga vård och omsorg. Det innebär oftast att chef för utföraren av omsorg har huvudansvar för att hantera och avsluta avvikelsen, oavsett lagrum, och ansvarar för att samla de professioner som behövs för att utreda händelsen.

Avvikelser rapporterade av baspersonal hanteras av chef för baspersonal

- När chef för baspersonal analyserar en händelse och brist gäller hälso- och sjukvårdsansvar som åligger legitimerad personal ska chef för legitimerad personal involveras i utredningen.
- När chef för baspersonal analyserar en händelse som gäller brist i utförandet av en delegerad eller fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd ska legitimerad personal involveras i utredningen.

Avvikelse rapporterade av legitimerade hanteras av chef för legitimerade

- När chef för legitimerad personal granskar en händelse som gäller en delegerad eller fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd ska chefen överlåta fortsatt utredning till chef för vårdpersonal och berörd legitimerad personal.
- När chef för legitimerad personal granskar händelse som gäller brist i utförandet av hälso- och sjukvårdsansvar hos legitimerad personal ska utredning fullföljas av legitimerades chef.

Avvikelser mellan Alingsås kommun och regionen (extern avvikelse)

Händelser som berör extern utförare rapporteras av kommunens personal i Magna Cura. Personal med SITHS-kort kan rapportera direkt i MedControl, efter utbildning. MAS är ärendansvarig och registrerar/skickar händelsen i MedControl till berörd utförare. Inkommande svar skickas åter till rapportör via ansvarig chef.

Sammanställning och analys

En verksamhets systematiska förbättringsarbetet ska bestå av *riskanalys, egenkontroll och hantering av händelser*.

Resultat och analys av rapporterade händelser, klagomål/synpunkter och genomförda utredningar ska sammanställas för att ge en bild av mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet för att synliggöra utvecklingsbehov.

Genom att analysera inkomna händelser, klagomål och synpunkter samlat, kan även mönster och trender som inte framkommit i utredning av enskilt fall upptäckas.

Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten se över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Analys på olika nivåer i organisationen

- **Individnivå** – chef ansvarar för att händelser och konsekvenser för den enskilde utreds och analyseras samlat ihop med berörda professioner, t ex upprepade fallhändelser.
- **Enhetsnivå** – chef analyserar trender och mönster i verksamheten.
- **Övergripande nivå** – sammanställning och analys över flera enheter görs av avdelningschef eller motsvarande.
- **Medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare** – tar del av analyser från verksamheten och väger in resultatet i analys på kommunnivå för patientsäkerhetsberättelse ock kvalitetsberättelse. Antalet händelser, synpunkter/klagomål, vårdskador och missförhållande redovisas till nämnd halvår och helår.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen är också en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontroll innebär:

- Att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat
- Att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet
- Att egenkontrollen kan göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet

Alla enheter ska göra egenkontroller av följsamhet till denna riktlinje för att säkerställa att arbetssätt och processer för händelser- och klagomålshantering fungerar utifrån ställda krav.

Enskilds möjlighet att göra en anmälan

Patientnämnderna är en opartisk instans mellan patient och vårdgivare.

Nämndernas verksamhet ska hjälpa patienter med problem som uppstått i kontakten med vården och ta initiativ till förändringar som stärker patientens ställning och förbättrar vården. Patientnämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål bidra till

kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar.

Vårdgivaren har skyldighet att informera den enskilde om möjligheten att inkomma med klagomål och synpunkter till patientnämnden.

www.vgregion.se/patientnamnden

Den enskilde kan också vända sig till Inspektionen för vård och Omsorg IVO, för att framföra synpunkter och klagomål inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

www.ivo.se/privatpersoner/

11. Bedömningsmall konsekvens negativa händelser

11.1. Hälso- och sjukvård

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
LÄKEMEDEL	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som leder till stor bestående skada/funktionsnedsättning för den enskilde eller i efterförloppet leder till dödsfall – självmord. <u>Exempelvis:</u> Uteblivet livsviktigt läkemedel t ex Waran, insulin, överdosering av lugnande och smärtlindrande läkemedel, felaktigt inställd droppräknare. Bristen föranleder läkarkontakt eller byte av vårdform.	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som leder till måttlig bestående skada/funktionsnedsättning för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Uteblivet livsviktigt läkemedel t ex Waran, insulin. Bristen föranleder läkarkontakt eller byte av vårdform.	Uteblivet, fördröjd eller felaktigt givet läkemedel som leder till övergående skada/smärta/funktionsnedsättning för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Uteblivet läkemedel t ex Parkinson, smärtlindrande medicin. Bristen föranleder läkarkontakt.	Uteblivet, fördröjt eller felaktigt givet läkemedel som orsakar den enskilde kortvarig övergående skada, funktionsnedsättning av mild karaktär. <u>Exempelvis:</u> Enstaka uteblivna doser t ex lugnande, antibiotika, blodtrycksmedicin	Händelsen har inte har lett till någon påverkan på den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Enstaka uteblivna doser av t ex mjukgörande salva, tårersättningsmedel eller vitaminer, läkemedelssvinn.
FALL	Fall som leder till stor bestående skada/funktionsnedsättning eller i efterförloppet till dödsfall/självmord. <u>Exempelvis:</u> Fallet orsakar dödsfall, stora bestående funktions-nedsättningar efter ett fall.	Fall som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/skada. <u>Exempelvis:</u> Fraktur som innebär att den enskilde inte längre är gångare. Den enskilde har kvarvarande rädsla för förflyttning med lyft efter ett fall ur lyften.	Fall som leder till övergående besvär eller skada för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Fraktur där den enskilde återfår tidigare funktionsförmåga, större sårskada, omfattande blåmärken, smärta, svullnad som är övergående.	Fall som orsakar den enskilde kortvarig övergående skada/smärta. <u>Exempelvis:</u> Mindre blåmärke, smärta, svullnad som övergår inom några timmar, skrapår och mindre sårskador.	Fallet som inte har lett till någon påverkan på den enskilde.

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
VÅRD OCH BEHANDLING	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till mycket allvarliga besvär eller skada för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord. <u>Exempelvis:</u> Felaktig omläggning som leder till amputation, utebliven behandling t ex blodförgiftning som i förlängningen orsakar död.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar. <u>Exempelvis:</u> Bestående smärta, svårläkta trycksår, bestående Infektioner (MRSA).	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till - övergående besvär eller skada för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Övergående smärta, rodnad som kan leda till trycksår, tecken på undernäring.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kortvarigt övergående besvär eller skada för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Förlängd sårläggning, bristande följsamhet till basala hygienrutiner.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
REHABILIT- ERING	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till stor bestående funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd insats som leder till övergående funktionsnedsättningar/ besvär eller skada för den enskilde.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd insats som leder till lindriga besvär eller skada för den enskilde.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
HJÄLPMEDEL	Felaktigt utprovat hjälpmedel eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till stor bestående funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord. <u>Exempelvis:</u> Fall ur tippbräda, Felaktigt användande av trach.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Fall ur tippbräda, brister i vård vid användandet av trach.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till övergående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Övergående skavsår från ortos, utslag efter behandling med TENS.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till lindriga besvär för den enskilde. <u>Exempelvis:</u> Dålig fixering av ortos.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
VÅRD OCH BEHANDLING	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till mycket allvarliga besvär eller skada för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord. Exempelvis: Felaktig omläggning som leder till amputation, utebliven behandling t ex blodförgiftning som i förlängningen orsakar död.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar. Exempelvis: Bestående smärta, svårläkta trycksår, bestående Infektioner (MRSA).	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till - övergående besvär eller skada för den enskilde. Exempelvis: Övergående smärta, rodnad som kan leda till trycksår, tecken på undernäring.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kortvarigt övergående besvär eller skada för den enskilde. Exempelvis: Förlängd sårläggning, bristande följsamhet till basala hygienrutiner.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
REHABILIT- ERING	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till stor bestående funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd insats som leder till övergående funktionsnedsättningar/ besvär eller skada för den enskilde.	Utebliven eller fördröjd bedömning, felaktigt utförd insats som leder till lindriga besvär eller skada för den enskilde.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
HJÄLPMEDEL	Felaktigt utprovat hjälpmedel eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till stor bestående funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde eller i efterförloppet till dödsfall/själv mord. Exempelvis: Fall ur tippbräda, Felaktigt användande av trach.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde. Exempelvis: Fall ur tippbräda, brister i vård vid användandet av trach.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till övergående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde. Exempelvis: Övergående skavsår från ortos, utslag efter behandling med TENS.	Felaktigt utprovat eller felaktigt använt hjälpmedel för behandling som leder till lindriga besvär för den enskilde. Exempelvis: Dålig fixering av ortos.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
VÅRDKEDJAN	Brister inom läkemedel, hjälpmedel, informationsöverföring som leder till stor bestående funktions-nedsättning för den enskilde eller i efterförloppet dödsfall/själv mord. Exempelvis: Inte kommunicerat förändrad ordination av t ex blodförtunnande läkemedel, insulin Utebliven vård & behandling pga. otydlighet kring vem som har läkaransvaret.	Brister inom läkemedel, hjälpmedel, informationsöverföring som leder till kvarstående måttliga funktionsnedsättningar/besvär för den enskilde. Exempelvis: Försenad hjälpmedelsleverans/ åtgärdad arbetsorder som t ex orsakar kvarstående rörelseinskränkningar. Utebliven hjälpmedelsbedömning Inte kommunicerat förändrad ordination av t ex Penicillin.	Brister inom läkemedel, hjälpmedel, informationsöverföring som leder till övergående måttliga funktionsnedsättningar/ besvär för den enskilde. Exempelvis: Försenad hjälpmedelsleverans/ åtgärdad arbetsorder som t ex orsakar trycksår, långvarig mindre smärta. Utebliven hjälpmedelsbedömning. Inte kommunicerat förändrad ordination av t ex blodtrycksmedicin.	Brister inom läkemedel, hjälpmedel, informationsöverföring som leder till lindriga besvär för den enskilde. Exempelvis: Försenad hjälpmedelleverans/ åtgärdad arbetsorder som t ex orsakar kortvarig lindrigare smärta. Utebliven hjälpmedelsbedömning Inte kommunicerat förändrad ordination av t ex Alvedon, Ipren.	Händelsen har inte lett till någon påverkan för den enskilde.

11.2. Socialtjänst

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
UTEBLIVEN INSATS	Utebliven/fördröjd insats som leder till: - stor bestående skada/funktionsnedsättning – dödsfall. Exempelvis: Glömt eller inte hunnit utföra insats som har avgörande betydelse för den enskildes liv.	Utebliven/fördröjd insats som leder till allvarliga besvär eller skada för den enskilde. Exempelvis: Glömt eller inte hunnit att utföra insats vid upprepade tillfällen.	Utebliven/fördröjd insats som leder till lindriga besvär eller skada för den enskilde. Exempelvis: Glömt eller inte hunnit att utföra insats vid enstaka tillfällen.	Utebliven/fördröjd insats som inte leder till någon märkbar konsekvens för den enskilde.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
BRISTANDE OMSORG	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till: -avsevärda och bestående fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde – dödsfall. Exempelvis: Bortglömd brukare, allvarliga fysiska övergrepp (slag), felaktigt användande av hjälpmedel.	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till allvarliga fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde. Exempelvis: Bortglömd brukare, mindre allvarliga fysiska övergrepp (hårdhänt handlag), underlåtenhet att utföra insatser utifrån den enskildes specifika behov, felaktigt användande av hjälpmedel.	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som leder till lindriga fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde. Exempelvis: Felaktig teknik vid matsituation, personlig hygien etc, underlåtenhet att utföra insatser utifrån den enskildes specifika behov, felaktigt användande av hjälpmedel.	Felaktigt utförd insats/bristande tillsyn som inte leder till någon märkbar konsekvens för den enskilde. Exempelvis: Utför insatser som den enskilde själv kan utföra.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
BEMÖTANDE	Brister i bemötandet som leder till stor bestående psykisk skada - självmord/dödsfall. Exempelvis: Allvarliga psykiska övergrepp (upprepade hot, kränkningar, bestraffningar)	Brister i bemötandet som leder till allvarliga besvär eller skada för den enskilde. Exempelvis: Allvarliga psykiska övergrepp (enstaka kränkningar, hot, bestraffningar).	Brister i bemötandet som leder till obehag eller skada för en enskilde. Exempelvis: Mindre allvarliga psykiska övergrepp (särbehandling).	Brister i bemötandet som inte leder till någon märkbar konsekvens för den enskilde. Exempelvis: Mindre brister i lyhördhet och respekt för den enskilde.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
EKONOMISKT ÖVERGREPP/	Ekonomiskt övergrepp/misstänkt stöld från den enskilde som leder till stora bestående konsekvenser för dennes fysiska eller psykiska hälsa.	Ekonomiskt övergrepp/misstänkt stöld från den enskilde som leder till konsekvenser för dennes fysiska eller psykiska hälsa.	Ekonomiskt övergrepp/misstänkt stöld från den enskilde som leder till tillfälliga besvär/visst obehag/otrygghet.	Ekonomiskt övergrepp/ misstänkt stöld från den enskilde som leder till obetydlig skada/besvär.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.

	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)	Ingen (0)
VÅLD, HOT MELLAN BRUKARE	Våld mellan enskilda som leder till: - stor bestående skada/ funktionsnedsättning – dödsfall.	Våld mellan enskilda som leder till allvarlig skada/ funktionsnedsättning, läkarkontakt och/eller byte av vårdform. Exempelvis: Frakturer, allvarliga sårskador, kränkning.	Våld mellan enskilda som leder till övergående fysiska eller psykiska besvär/skada. Exempelvis: Mindre sårskada, smärta, mjukdelsskada, svullnad, rädsla, oro.	Våld mellan enskilda som inte leder till någon synbar skada/smärta eller oro hos personen.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.
BRISTER I RÄTTSSÄKERHET	Brister i rättssäkerhet som leder till avsevärda och bestående fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde. Exempelvis: Brister i rättssäkerheten såsom vägran att ta emot eller utreda en ansökan. Lång handläggningstid, otydliga beslut; den enskilde får inte skriftligt avslag på sin ansökan eller otillåtna ändringar av gynnande beslut. Ej korrekt förvaring eller bortkomna sekretesshandlingar.	Brister i rättssäkerhet som leder till allvarliga fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde. Exempelvis: Felaktig placering eller insats. Felaktig information om rättigheter till den enskilde. Sekretessmaterial förvaras åtkomligt för obehöriga.	Brister i rättssäkerhet som leder till lindriga fysiska och/eller psykiska konsekvenser för den enskilde. Exempelvis: Ej upprättad genomförandeplan, bristande journalföring.	Brister i rättssäkerhet som inte leder till någon märkbar konsekvens för den enskilde. Exempelvis: Den enskilde får för kort kommunikeringstid.	Händelsen har inte lett till någon påverkan på den enskilde.

