

Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelse för Pratamera Sverige AB - 2021

Kvalitetsberättelse

Beskrivning av verksamheten

Pratamera är en verksamhet som ger psykoterapeutisk behandling på distans, med video-, röst- och chattbesök, och erbjuder även gruppbehandlingar och s.k. Internet-KBT-behandlingar även de på området psykisk ohälsa. Vi har under 2021 haft ca 40 behandlare anställda och behandlat ca 10.000 patienter online.

Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår:

1. Journalkontroll

Journaler kontrolleras varje månad. För varje behandlare kontrolleras journalen från två slumpmässigt valda patienter för: a. att det genomförs en psykoterapeutisk behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, b. att journalen är skriven korrekt och c. hur många besök behandlaren har haft med patienten.

Om det finns något som avviker kontaktas behandlaren direkt, får feedback och journalen åtgärdas.

2. Medarbetarsamtal

Var fjärde vecka har medarbetare samtal med sin chef för att kunna kvalitetsäkra arbetet. Det är en digital arbetsplats och man behöver kunna bygga relationer till medarbetare samt gå igenom hur arbetet fungerar för dem, vad som behöver förbättras för att kunna ge en ännu bättre vård, säkerställa att personalen har en god attityd i förhållande till patienten och arbetet, och få inblick i vilka problem, hinder och risker som föreligger i den bedrivna vården.

3. Infört standardiserad utvärdering av behandlingar (CORE-10)

Före och efter behandling är nu utvärderat via en evidensbaserade utvärderingsskala CORE – 10 för att kunna mäta effektiviteten av alla behandlingar som ges av Pratamera. Arbetssättet infördes december 2021. Resultat kommer att visas tidigast våren 2022 då behandlingsserierna ofta sträcker sig över någon eller några månader i tid.

4. Systematisk genomgång av inkommen patientfeedback. (NPS: 69%)

Vid varje session har patienten möjlighet att lämna omdöme om dels sin behandlare, dels vården i stort på Pratamera. Svaren går igenom regelbundet, dels av varje chef inför medarbetarsamtal då man tittar på den enskilde medarbetarens inkomna feedback och delar den med medarbetaren, dels av verksamhetsutvecklare för att identifiera utvecklingsmöjligheter och brister.

5. Förändra och förtydliga arbetssätt kontinuerligt, efter förändrade riktlinjer, skapa nya och uppdaterat gamla rutiner.

Företaget växer fort och uppdateringar sker veckovis. Riktlinjer uppdateras kontinuerligt vid behov samt följer utvecklingen som sker. Arbetsättet ändras sig ofta och vi använder oss av arbetmodeller som är utvecklade inom små kliniska fokus-grupper. Alla förändringar kommuniceras vidare till medarbetare via APT, nyhetsbrev eller inlägg på vårt intranät. Riktlinjer publiceras internt, tillgängligt för alla medarbetare. Behandlingsansvarig finns för konsultation i olika kliniska och administrativa frågor och även verksamhetschef + 2 gruppchefer hjälps åt att besvara de frågor som uppstår.

6. Fortbildning i form av kunskapsdelning och handledning

En gång i månaden har hela företaget möjligheten att delta i en kunskapsdelning med olika tema. Syftet är kollegial utbildning samt spridning av nya och relevant information eller evidens-baserade teorier, terapier osv. Varje behandlare har haft obligatorisk handledning ca 2h per månad (grupp om 4) och erbjuds också kontakt med kollega för kollegial handling utöver det (denna del är frivillig).

7. Anställning av nya medarbetare vilka är utbildade i evidensbaserade metoder

Krav för anställningen är att man är antingen Leg. Psykolog eller Leg. Psykoterapeut som är välutbildad i evidens-baserade metoder, företrädesvis KBT.

8. Introduktion

Nyanställda genomgår en gedigen introduktion för att lära sig alla våra system, kunna arbeta med god vård i dem, introduceras för vår behandlingsmodell samt datorsystem. Nya anställda får en mentor de första veckorna för att kunna fråga och få hjälp. Man är alltid välkommen att fråga eller be om hjälp vid behov. Introduktionen har genomgående fått högt betyg av nyanställda som gått igenom den och vi arbetar kontinuerligt med att förbättra och uppdatera den. Vid nyanställningar kontrolleras psykologernas och behörighet och legitimation, samt ev fällningar av psykologernas etiknämnd.

9. Utvecklat nytt och förbättrat befintligt material för gruppbehandlingarna i enlighet med evidens

Gruppbehandlingar har genomgått en kvalitetssäkring och stor omarbetning där man har utvärderat patienternas upplevelser, statistik om effektivitet samt kvalitén på av själva innehållet, och skapat mycket nytt innehåll.

Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och vilka resultat som har uppnåtts?

1. Tagit kontakt med missnöjda patienter och göra det som kan för att underlätta situationen
2. Infört före och efter mätningar av behandlingar. Resultat inkommer under 2022.
3. Påbörjat systematiskt arbetsmiljöarbete med skyddsombud och även infört en rad rutiner och processer kring arbetsmiljön för ett mer systematiskt arbetsmiljöarbete, vilket i slutändan också får effekt på patientsäkerheten genom att systematiskt gå igenom risken, brister i arbetet och åtgärda dessa.
4. Infört en behandlingansvarig roll för att:
 - a. överse kvalitén i behandling,
 - b. träffa arbetsgruppen, hjälpa till vid kliniska dilemman, utveckla bättre behandlingsmaterial

- c. ta hand om eller hjälpa till med svåra fall eller suicidrisk-ärenden
5. Verksamhetschef, 2 gruppchefer och verksamhetsutvecklare har införts som roller under 2021, för att säkerställa och följa upp kvalitén i verksamheten.
6. Resultatet av patientfeedbacken är som följer:
 - a. De negativa svaren (under 6, på skala 1-10) var 48 till antalet, av 2018, och handlade om tekniska problem, för korta sessioner (30m), att man blev hänvisad vidare (psykiatri), samt att personkemin inte stämde med behandlare). 927 av de 1028 omdömena var 8 eller högre, med majoriteten 10:or (650 st). Räknar man samman siffrorna till det i näringslivet förekommande "NPS", Net Promotor Score, är resultatet 69% (av -100 till +100) vilket anses vara ett mycket bra resultat. Patienter är oftast nöjda med att ha blivit väl lyssnade på, professionellt och kunnigt bemötta, och fått verktyg att kunna arbeta med för att må bättre.

De kvalitetsmål vårdgivaren har beslutat om att fortsätta med:

1. Uppdatering av rutiner och arbetsmodellen
2. Utveckling av material och program för patienter för att kvalitetsäkra infotmation som patienter får samt underlätta behandlingen
3. Fortbildning (kunskapsdelning), inför formella utbildning, fortsätta med handledning för behandlare och medarbetaresamtal
4. Introduction och uppdatering av information för medarbetare
5. Aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig verksamheten
6. Mäta resultat av terapier och gruppbehandling, patient och medarbetar-feedback samt åtgärder vid behov.

Beslut om tex planerade utbildningsinsatser och hur dessa har tagits emot:

1. Specifik handledning inom olika områden, tex iKBT
2. Kunskapsdelning
3. Behandlarforum
4. Plan för handledning på olika områden beroende på behandlarbehov
5. Planering av mera formella utbildningsinsatser

Beslut om hur organisationen ska arbeta med kvalitet under kommande året:

1. Behandlarforum med behandlingsansvarig
2. Dialogsamtal för alla medarbetare
3. I olika forum kontinuerligt samla och ta tillvaro på feedback om hur saker fungerar internt och fortlöpande ändra och förbättra vårt arbete
4. Förtydliga arbetsättet vid behov
5. Utveckla patientmaterial för att ytterligare förbättra kvalitet i vården
6. Fortsätta använda evidensbaserade arbetsätt
7. Tillsätta vårdsamordnare som ska ha kontakt med patienter som avslutar behandlingen tidigt samt hjälpa de patienter vidare som behöver kontakt med andra instanser
8. Fortsätter tittar över och utveckla det digitala platformen för att underlätta och kvalitetssäkra behandlingen på den tekniska nivån
9. Systematiskt och regelbundet gå igenom patient-feedback, gruppbehandlingsutfall, avvikelser samt inkomna klagomål från patienter, personal och övriga intressenter
10. Journal:

Arbetet med att säkerställa gemensamma rubriker vid journalföringen är pågående.
11. Loggkontroll:

Loggkontroller visar att ingen otillåten åtkomst har förekommit. Vid avslutad anställning avslutas behörighet i journalsystemet.
12. Material:

Samtliga personal har tillgång till adekvat testmaterial som vid behov uppdateras.
13. Införa ett förbättrat ärendehanteringssystem för avvikelser och arbetsmiljöfrågor.

Patientsäkerhetsberättelse

Beskrivning av verksamheten

Pratamera är en verksamhet som ger psykoterapeutisk behandling på distans, med video-, röst- och chattbesök, och erbjuder även gruppbehandlingar och s.k. Internet-KBT-behandlingar även de på området psykisk ohälsa. Vi har under 2021 haft ca 40 behandlare anställda och behandlat ca 10.000 patienter online.

Organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet har inom organisationen varit fördelat såsom:

Verksamhetschef enligt HSL Enligt 4 kap. 2 § HSL ska det inom all hälso- och sjukvård finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret. Verksamhetschefen ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen leder det systematiska förbättringsarbetet och fullgör vårdgivarens uppdrag i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar också för att verksamheten tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet, erbjuder god kvalitet på vården samt främjar kostnadseffektivitet. Pratamera har under 2011 tillsatt Maria Baeza Andersson som verksamhetschef. Malte Johnsson och Anna Kinnander som chefer med personalansvar.

Behandlingsansvarig arbetar utifrån fastställd skriftlig uppdragsbeskrivning på uppdrag av verksamhetschefen och stödjer verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen har under 2021 utsett psykolog Jaime Jonsson att vara behandlingsansvarig.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal Varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under eget yrkesansvar enligt 6 kap. 2 § PSL och bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Arbetet ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet. Psykologer och psykoterapeuter är skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet, delta i det systematiska kvalitetsarbetet, följa rutiner och processer i ledningssystemet och rapportera avvikande händelser och risker.

Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten:

Vi har under 2021 tagit fram en tydlig struktur för arbetet med kvalitetssäkringsarbetet, och patientsäkerhetsarbetet, i samarbete med företaget Qbase. Arbeta fram en process för klagomål, avvikelse som är en central del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet tas emot och utreds. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. Det är viktigt att få ta del av behandlarnas samt patienters upplevelser så att eventuella fel och brister kan åtgärdas så snart som möjligt.

Infört avvikelserapport system:

Vi har upprättat 2 separata processer och har 2 system för att hantera dels patient-specifika avvikelser, dels ej patientknutna avvikelser (med hänsyn till vårdsekretess hanteras patientknutna avvikelser inuti vårt journalsystem) Rutiner har skrivits och delats för hur man göra avvikelser och hur dessa hanteras.

Infört tekniskt support system

Nytt system som höja patientsäkerhet för att kunna enkelt och snabbt fånga upp och åtgärda fel i det IT.-plattformar vi använder oss av i det dagliga arbetet.

Uppdatering av rutiner såsom Suicidrutin och utvecklat ett "suicidrisk-team" som behandlare kan vända sig till med akuta fall. Teamet består av läkaren, behandlingsansvarig och samtliga chefer. Rutin för hur man använda sig av teamet finns samt uppdaterat risk dokument.

Varje vecka haft möte "Klinisk funktionsgrupp" där frågor kring förbättring och kvalitetssäkring av den kliniska verksamheten prioriteras, avhandlas och följs upp.

Utveckla och fortsätta med olika former av handledning som är obligatorisk för behandlare.

Införa skattningar som mäta risk och behandlingsutfall.

Fortsätt följa GDPR och ha rutiner kring detta.

Förtydligat inklusions- och exklusionskriterier för vilken vård vi kan erbjuda vilka patienter, och vilka som ska remitteras vidare.

Hur patientsäkerheten följts upp och utvärderats

Egenkontroll utförs månadsvis av journalföringen där eventuella brister åtgärdas snarast. Patienter genomför digitala utvärderingar av sin behandling löpande och följs upp vid behov och om det finns påtalad risk. Medarbetare har diaglogsamtal med sin närmaste chef, en gång i månaden, för att undersöka olika faktorer som kan påverka patientsäkerhet. Riskanalys görs regelbundet vid uppkomna situationer och även regelbundet, 2 gånger årligen, samtidigt som även inkomna avvikelser analyseras utifrån ett helhetsperspektiv.

Journalkontroll - Journaler kontrolleras varje månad. För varje behandlare kontrolleras journalen från två slumpmässigt valda patienter för: a. att det genomförs en psyko-terapeutisk behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, b. att journalen är skriven korrekt och c. hur många besök behandlaren har haft med patienten.

Om det finns något som avviker kontaktas behandlaren direkt, får feedback och journalen åtgärdas.

Medarbetarsamtal - Var fjärde vecka har medarbetare samtal med sin chef för att kunna kvalitetsäkra arbetet. Det är en digital arbetsplats och man behöver kunna bygga relationer till medarbetare samt går igenom hur arbetet fungerar för dem, vad som behöver förbättras för att kunna ge en ännu bättre vård, säkerställa att personalen har en god attityd i förhållande till patienten och arbetet, och få inblick i vilka problem, hinder och risker som föreligger i den bedrivna vården.

Infört standardiserad utvärdering av behandlingar (CORE-10) - Före och efter behandling är nu utvärderat via en evidensbaserade utvärderingsskala CORE – 10 för att kunna mäta effektiviteten av alla behandlingar som ges av Pratamera. Arbetsättet infördes december 2021. Resultat kommer att visas tidigast våren 2022 då behandlingsserierna ofta sträcker sig över någon eller några månader i tid.

Systematisk genomgång av inkommen patientfeedback. (NPS: 69%) - Vid varje session har patienten möjlighet att lämna omdöme om dels sin behandlare, dels vården i stort på Pratamera. Svaren går igenom regelbundet, dels av varje chef inför medarbetarsamtal då man tittar på den enskilde medarbetarens inkomna feedback och delar den med medarbetaren, dels av verksamhetsutvecklare för att identifiera utvecklingsmöjligheter och brister.

Förändra och förtydliga arbetssätt kontinuerligt, efter förändrade riktlinjer, skapa nya och uppdaterat gamla rutiner - Företaget växer fort och uppdateringar sker veckovis. Riktlinjer uppdateras kontinuerligt vid behov samt följer utvecklingen som sker. Arbetsättet ändrar sig ofta och vi använder oss av arbetmodeller som är utvecklade inom små kliniska fokus-grupper. Alla förändringar kommuniceras vidare till medarbetare via APT, nyhetsbrev eller inlägg på vårt intranät. Riktlinjer publiceras internt, tillgängligt för alla medarbetare. Behandlingsansvarig finns för konsultation i olika kliniska och administrativa frågor och även verksamhetschef + 2 gruppchefer hjälps åt att besvara de frågor som uppstår.

Fortbildning i form av kunskapsdelning och handledning - En gång i månaden har hela företaget möjligheten att delta i en kunskapsdelning med olika tema. Syftet är kollegial utblidning samt spridning av nya och relevant information eller evidens-baserade teorier, terapier osv. Varje behandlare har haft obligatorisk handledning ca 2h per månad (grupp om 4) och erbjuds också kontakt med kollega för kollegial handledning utöver det (denna del är frivillig).

Anställning av nya medarbetare vilka är utbildade i evidensbaserade metoder - Krav för anställningen är att man är antingen Leg. Psykolog eller Leg. Psykoterapeut som är välutbildad i evidens-baserade metoder, företrädesvis KBT. Vid nyanställningar kontrolleras psykologernas och behörighet och legitimation, samt ev fällningar av psykologernas etiknämnd.

Introduktion - Nyanställda genomgår en gedigen introduktion för att lära sig alla våra system, kunna arbeta med god vård i dem, introduceras för vår behandlingsmodell samt datorsystem. Nya anställda får en mentor de första veckorna för att kunna fråga och få hjälp. Man är alltid välkommen att fråga eller be om hjälp vid behov. Introduktionen har genomgående fått högt betyg av nyanställda som gått igenom den och vi arbetar kontinuerligt med att förbättra och uppdatera den.

Utvecklat nytt och förbättrat befintligt material för gruppbehandlingarna i enlighet med evidens - Gruppbehandlingar har genomgått en kvalitetssäkring och stor omarbetning där man har utvärderat patienternas upplevelser, statistik om effektivitet samt kvalitén på av själva innehållet, och skapat mycket nytt innehåll.

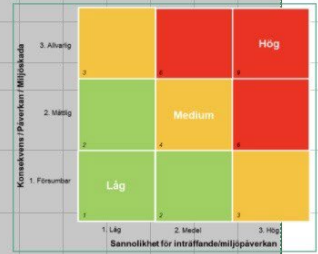
Hur samverkan möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada

Samverkan har under 2021 främst handlat om kontakt med andra vårdenheter särskilt psykiatrimottagningar runt om i landet, då vid remisser som skickats dit, och i vissa fall kontakt med BUP och skola vad gäller vård av barn och unga.

Hur har risker för vårdskador hanterats?

Riskanalyser har skett under 2021 och informationen och åtgärder samlas i ett excelblad, se nedan. Verksamhetschef, behandlingsansvarig, gruppchefer och verksamhetsutvecklare är involverade i detta arbete och kliniska funktionsgruppen är det veckovisa mötet där många av frågorna som uppkommit har hanterats.

PRATA MERA.NU		Riskanalys			Godkänd av: Petrik West Godkänd datum: 2021-06-xx				
Nr	Order/ aspekt	Risk	Konsekvens (Värde)	Införsk. åtgärder	Risk värde S X C (S*)	Åtgärder/åtgärdsplan	Datum	Årens Åtgärd	Uppföljning och ev. Åtgärd
1	Kvalitet	Risk för lång kötid för samtal	besvärskning för patient	konstant rekyteringsprocess	1 2	inga ytterligare åtgärder krävs			
2	Kvalitet	Risk för tekniska problem	• Utbellivna patientsamtal • Missnöjda kunder • Kundförluster • Personalförhopp	• Implementerad organiserad IT-support • Backup-system • Personalförhopp	3 2	inga ytterligare åtgärder krävs			
3	Kvalitet	Risk för patientskada - patient känner sig kränkt och dåligt behandlad	• Risk för sämre psykiskt mående. • Minskat förtroende för vården	• Arbetar med evidensbaserade metoder • Upprättad och implementerad behandlingsplan	0	inga ytterligare åtgärder krävs			
4	Kvalitet	Inte fungerar med behandlaren	• Utbellivna patientsamtal • Missnöjda kunder • Kundförluster • Minskat förtroende för vården • Försämrat mående	• Infört rutin om att patient när som helst kan bya behandlare utan förklaring vid första besöket.	2 2	inga ytterligare åtgärder krävs			
5	Kvalitet	Risk för att behandlare inte håller sig till behandlingsplan och godkända behandlingsmetoder	• Risk för minskad patientsäkerhet • Risk för sämre behandlingsresultat	• Bestämmer kring godkända behandlingsmetoder • Upprättad och förklarad behandlingsplan	1 3	Granskning av samtal.			



Avvikelse och inkomna rapporter har hanterats i enlighet med "Rutin för avvikelshantering", Se Bilaga 1.

Under 2021 har 4 händelser utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och inga vårdskador som bedömts vara allvarliga har förekommit.

BILAGA 1:

Rutin för avvikelshantering på Pratamera:

Rutin för avvikelshantering

Syfte

Klargöra hur vi arbetar med avvikelshantering för Pratameras verksamhet.

En avvikelse enligt denna rutin är antingen:

1. Ett klagomål och eller synpunkt på verksamhetens kvalitet.
2. En händelse i verksamheten orsakat vårdskada eller riskerat orsaka en vårdskada.

Avvikelseanmälan för personal på Pratamera:

- **Om avvikelserna är knuten till en eller flera specifika patienter:** Skicka ett meddelande i Webdoc till både behandlingsansvarig (Jaime) och verksamhetsutvecklare (Malte) med en beskrivning av avvikelserna och de inblandades personnummer. Skicka också ett meddelande i Ziik till Jaime eller Malte att avvikelserna är gjorda.
- **Om avvikelserna inte är knuten till någon patient:** Använd snabbblänken "Rapportering av avvikelser" i Ziik.
- Du kan förvänta dig en bekräftelse på att avvikelserna är mottagna inom 3 arbetsdagar.

Hur hanteras avvikelserna:

- Avvikelse ska utredas, lämpliga åtgärder för att motverka att avvikelserna uppstår igen ska skapas och implementeras, och resultatet av utredningen återkopplas anmälaren. Varje avvikelse ska tilldelas en ärendansvarig.
- **I första hand:** Behandlingsansvarig och verksamhetsutvecklare gör gemensamt en första bedömning och delar upp ansvaret för inkomna avvikelser mellan sig.

- **I andra hand:** De avvikelser som inte kan fördelas enkelt tas upp av Jaime och Malte på kliniska funktionsgruppsmötet varje måndag, och det bestäms då där vem som ansvarar för utredning och återkoppling av varje avvikelse och hur hanteringen ska ske.

Utredning av avvikelser:

- Syftet med utredningen ska vara att
 - så långt som möjligt **klarlägga händelseförloppet** och vilka faktorer som har påverkat det, samt
 - ge **underlag för beslut om åtgärder** som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.
- Under utredningen kan ärendansvarig kontakta behandlare, patient eller annan involverad för att få mer information om händelsen.

Beslut om åtgärder:

- Beslut om åtgärder tas av ärendansvarig i samråd med kliniska funktionsgruppen, vid oenighet tas beslut av verksamhetschef.

Dokumentation:

- Ärendansvarig dokumenterar patientrelaterade avvikelser i Webdocs avvikelshanteringssystem.
- Ärendansvarig dokumenterar icke patientrelaterade avvikelser i Excel på Kliniska funktionsgruppens Sharepoint.
- Dokumentationen innefattar händelseförloppet och de åtgärder som tagits för att förhindra att nya liknande händelser uppkommer, vem som är ärendansvarig, samt om återkoppling är gjord.

Återkoppling

- Återkoppling sker till anmälade personal när utredningen är klar. Tiden för hanteringen av avvikelser kan variera beroende på ärendets komplexitet och storlek men bör inte överstiga 1 månad.

Avvikelser från andra källor än personal:

- Avvikelser, dvs klagomål, synpunkter och anmälningar av vårdskada eller risk för vårdskada kan komma från patienter och deras närstående, personal, andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter.
- Avvikelser som Pratamera får kännedom om från någon av dessa källor läggs in i avvikelshanteringssystemet av behandlingsansvarig eller verksamhetsutvecklare, men hanteras i övrigt som avvikelseanmälningar från personal.

Lagrum:

- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), särskilt:**
 - **5 kap, 3a §:** Vårdgivare ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från personal.
- **Patientsäkerhetslag (2010:659), särskilt:**
 - **3 kap: Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete**

- **6e kap, 4 §:** Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Definitioner:

- **Vårdskada (SOSFS 2011:9):** Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
- **Allvarlig vårdskada (SOSFS 2011:):** Vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.