



Håndtering af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland

**HÅNDBOG AF UTILSIGTEDE HÆNDELSE
I REGION NORDJYLLAND**

Udgivet af
Kvalitet og Forretningsprocesser
Nære Sundhedstilbud
Den præhospital virksomhed
Specialektoren

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
9635 1000
www.rn.dk

Maj 2019

FORMÅL	4
DEFINITION AF BEGREBER	4
BESKRIVELSE	5
Baggrund	5
Lovgivning	5
Hvem rapporterer?	5
Tidsfrister	6
Hvad skal rapporteres?	6
Hvad skal ikke rapporteres?	6
Anonymitet, informationspligt og videregivelse af oplysninger	7
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på hospitalsområdet	9
Lokale patientsikkerhedsopgaver	9
Regionale patientsikkerhedsopgaver	10
Regionalt Patientsikkerhedsforum	11
Regionale samarbejdspartnere	11
Sagsbehandling af utilsigtede hændelser	12
Analyse af utilsigtede hændelser	12
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet for Praksisområdet	14
Udrulning af arbejdet med UTH for Praksisområderne	14
Årlig UTH-status	14
UTH-samarbejde med andre regioner	14
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på det præhospitale område	15
Patientsikkerhedsaktører	15
Opgaver for lokale risikomanagere og ps-kontaktpersoner	15
Opgaver for regional risikomanager	16
Sagsbehandling af utilsigtede hændelser	16
Analyse af utilsigtede hændelser	17
Referencer	22
Nyttige hjemmesider vedrørende patientsikkerhed	23

FORMÅL

I "Program for håndtering af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland" beskrives rammerne for det arbejde, der foregår i direkte relation til rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. Programmet gælder for de regionale områder: hospitalsområdet, præhospitalt område - herunder AMK-Vagtcentral og ambulancetjenesten, Specialsektoren - og praksisområdet - herunder Apotekssektoren, speciallæger, almen praktiserende læger, kiropraktorer, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer m.fl.

DEFINITION AF BEGREBER

Utilsigtet hændelse: "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler.

Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder." Lov nr. 913 af 13. juli 2010, kap. 61. (1)

Patientsikkerhedsnøgleperson (ps-nøgleperson): Person på et hospital, der er udpeget lokalt til at varetage opgaver omkring patientsikkerhed – herunder utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet.

Risikomanager på hospitalsniveau: Person, der på hospitalsniveau er udpeget til at varetage opgaver omkring patientsikkerhed – herunder utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet.

Regional risikomanager: Person, der på regionalt niveau er udpeget til at varetage opgaver omkring patientsikkerhed – herunder utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet.

Initialmodtager: Person, der er udpeget til at være modtager og visitator for rapporterede utilsigtede hændelser for et givent område.

Rapportør: Person, der rapporterer en utilsigtet hændelse

Sagsbehandler: Person, der er udpeget til at være sagsbehandler på de rapporterede utilsigtede hændelser for et givet område.

Sektor: Omfatter både region og kommune, men også områderne internt i regionen (praksissektoren, hospitalsområdet, det præhospitalt område og Specialsektor)

BESKRIVELSE

Baggrund

Med henblik på at skabe et hospitalsvæsen, der lærer af sine fejl og nærved fejl (utilsigtede hændelser) blev det i 2004 lovpligtigt for alle sundhedsansatte at rapportere utilsigtede hændelser inden for hospitalsvæsenet. I 2010 blev loven udvidet til at omfatte alle sundhedsydelser. I regionalt regi rapporteres der således utilsigtede hændelser for både hospitalsområdet, praksisområdet, det præhospitale område samt social- og specialundervisningsområdet. Derudover er også kommunerne omfattet af loven (3).

D. 1. september 2011 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte rapportering fra patienter og pårørende. (2)

Formålet med rapporteringssystemet er dels, at der lokalt i regionen sker en systematisk registrering, opsamling og læring af utilsigtede hændelser, dels at bidrage til en styrkelse af Styrelsen for patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens forebyggende initiativer bl.a. i form af faglige udmeldinger og udarbejdelse af konkrete retningslinjer for sundhedspersonalets arbejde. Der ønskes skabt en sikkerhedskultur, hvor man åbent taler om utilsigtede hændelser i de forskellige organisationer, enheder og afsnit, og hvor man aktivt forsøger at drage læring af hændelserne. Rapporteringer skal således ikke anvendes til at placere skyld for de enkelte hændelser blandt sundhedspersonalet, men tværtimod til at finde frem til brist i det system, der arbejdes i. Det er formålet at udvikle og implementere barrierer, der tager højde for, at fejl sker, men at disse fejl ikke i sig selv skal kunne udløse skader på patienterne.

Rapporteringssystemet er en særskilt organisation til håndtering af utilsigtede hændelser. Parallelt findes organisationer til håndtering af patientklager samt patienterstatningssager. Det er vigtigt at pointere, at der er tale om forskellige systemer, og at en sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, ikke som følge af sin rapportering kan underkastes disciplinære undersøgelser eller andre foranstaltninger af det sanktionerende system.

Lovgivning

Hvem rapporterer?

Rapporteringspligtige personer defineres i bekendtgørelsen som sundhedspersoner, ambulancebehandlere samt apotekere og apotekspersonale.

Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar. Det vil sige, at enhver ansat sygehjælper, portør og sekretær har pligt til at rapportere, når de arbejder under autoriserede sundhedspersoners ansvar. (2)

Derudover har patienter og pårørende mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Tidsfrister

Iflg. § 3 i bekendtgørelse til Sundhedsloven skal sundhedspersoner rapportere en utilsigtet hændelse senest 7 dage efter, at sundhedspersonen er blevet opmærksom på den. Der er ingen tidsfrist for rapportering fra patienter og pårørende.

Rapporten med den færdiggjorte sagsbehandling skal videresendes til Styrelsen for patientsikkerhed senest 90 dage efter at rapporten er modtaget af regionen. (3)

Hvad skal rapporteres?

Der er forskellige rapporteringspligter for de forskellige sektorer og områder, der er omfattet af patientsikkerhedsordningen:

- Rapporteringspligt på hospitalsområdet:
 - Alle utilsigtede hændelser er rapporteringspligtige
- Rapporteringspligt i Primær Sundhed og det præhospitale område:
 - Utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange
 - Utilsigtede hændelser i forbindelse med anvendelse af medicinsk udstyr
 - Infektioner
- Den kommunale sundhedssektor og det sociale område:
 - Utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange
 - Utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering
 - Patientuheld
 - Infektioner
- Apotekssektoren:
 - Utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange

Derudover gælder det for alle områderne, at øvrige hændelser er rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er, at:

- Patienten dør
- Patienten får varige funktionstab
- Der skal ske lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet
- Der for flere patienter er øget plejeburde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet

Alle hændelser *kan* rapporteres. (2)

Hændelser omkring medicinsk udstyr skal udover rapportering til DPSD også indberettes til Lægemiddelstyrelsen via www.medicinskudstyr.dk

Hvad skal ikke rapporteres?

Utilsigtede hændelser som opstår i kriminalforsorgen, forsvaret, bedriftssundhedstjenesten, asylcentre, dag-, fritids- og klubtilbud mv. til børn og unge og ved transport af patienter til og

fra udlandet er ikke rapporteringspligtigt. Ligeledes skal utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med personlig pleje eller ADL (almindelig daglig levevis, dvs. praktisk hjælp) heller ikke rapporteres i DPSD. (2)

Derudover skal hændelser, der alene får konsekvenser for personalet ikke rapporteres, idet disse skal behandles via arbejdsmiljøsystemet.

Bivirkninger ved medicin skal ikke rapporteres i DPSD. Bivirkninger skal rapporteres til Lægemiddelstyrelsen¹.

Et hyppigt spørgsmål er, om der er en bagatelgrænse. Det er Region Nordjyllands holdning, at det er der umiddelbart *ikke*. En hændelse som for den enkelte sundhedsperson ikke ser ud til at kunne forebygges eller give anledning til læring viser sig ofte – eventuelt set i sammenhæng med andre rapporterede hændelser - at være en vigtig kilde til læring. En tommelfingerregel for, hvornår det er relevant at foretage rapportering, kan være: *”Det her kunne vi have gjort bedre”* eller *”Det her var tæt på at gå galt”*.

Anonymitet, informationspligt og videregivelse af oplysninger

Anonymitet

Som rapportør har man mulighed for at være anonym. Anonymiteten gør det dog vanskeligere at udrede hændelsen, da man ikke har mulighed for at kontakte rapportøren for at indhente supplerende oplysninger omkring hændelsen. Region Nordjylland anbefaler derfor, at rapportører angiver kontaktoplysninger. Rapport om utilsigtede hændelser anonymiseres under alle omstændigheder ved sagsafslutning, inden de indsendes til Styrelsen for patientsikkerhed. Ved anonymiseringen slettes alle personhenførbare data.

Som tidligere nævnt er det vigtigt at pointere, at rapporteringssystemet er et lærende system – ikke et sanktionerende system. Af Sundhedsloven fremgår det således, at:

”Den rapporterende person, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af arbejdsgiveren, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetslige sanktioner af domstolene.”(1)

¹ Rapportering kan foregå ved at følge dette link:
<http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/bivirkninger/bivirkninger-ved-medicin>

Informationspligt i forhold til patienter

Sundhedsloven pålægger *ikke* i sig selv sundhedspersoner at informere patienter om utilsigtede hændelser. Patienter har iflg. § 16 i Sundhedsloven ret til at få information om deres helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risici for komplikationer og bivirkninger. Det nævnes ikke eksplicit i loven, at patienten også skal informeres om fejl. Men da fuldstændig information danner grundlag for patientens stillingtagen til samtykke, må det forudsættes at informationspligten også omfatter oplysninger om behandlingskrævende komplikationer, og herunder også komplikationer forårsaget af fejl. (1)

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på hospitalsområdet

Hovedprincippet for patientsikkerhedsarbejdet på hospitalsområdet i Region Nordjylland er, at det primære arbejde omkring utilsigtede hændelser foregår lokalt på hospitalerne.

Arbejdet med at sikre en god sikkerhed for patienterne i det nordjyske hospitalsvæsen foregår på alle niveauer i organisationen. Selve ansvaret for patientsikkerheden ligger hos ledelserne – både på lokalt og overordnet niveau.

For at fremme patientsikkerhedskulturen er der udpeget personer med særlige opgaver inden for patientsikkerhedsarbejdet. Disse har – i samarbejde med ledelserne - en væsentlig rolle i forhold til at understøtte en løbende videreudvikling af sikkerhedskulturen.

For at støtte den lokale forankring af patientsikkerhedsarbejdet er der på hospitalerne udpeget en række lokale **patientsikkerhedsnøglepersoner** (ps-nøglepersoner). Disse forestår i samarbejde med den lokale ledelse sagsbehandling af de utilsigtede hændelser.

Derudover er der på hvert hospital udpeget mindst én **risikomanager**. Risikomanagerne har mulighed for at følge rapporteringerne på eget hospital og har en koordinerende rolle i forhold til patientsikkerhedsarbejdet lokalt på de enkelte hospitaler.

På regionalt niveau er der også udpeget en **risikomanager**. Den regionale risikomanager varetager bl.a. opgaver omkring uddannelse, udvikling, implementering og brugeradministration i forbindelse med DPSD, konsulentbistand i forhold til hospitalerne samt koordinering af hospitalernes patientsikkerhedsarbejde, såvel internt i hospitalsvæsenet som i forhold til øvrige sektorer, andre regioner og nationalt.

Lokale patientsikkerhedsopgaver

De lokale opgaver omkring patientsikkerhedsarbejdet kan organiseres forskelligt på de enkelte hospitaler og involvere forskellige fora, patientsikkerhedspersoner mv².

Hospitalerne har bl.a. til opgave at sikre følgende:

- At der etableres en organisationsstruktur, der understøtter et positivt og udviklende patientsikkerhedsarbejde, hvor alle, der iflg. lovgivningen er forpligtet dertil, rapporterer utilsigtede hændelser. Dette kan eksempelvis ske ved:
 - At der på flere niveauer i organisationen er fora, hvor utilsigtede hændelser diskuteres regelmæssigt
 - At alle ledelsesniveauer bakker op omkring lokale forbedringstiltag i forbindelse med analyser af utilsigtede hændelser, samt at der sikres opfølgning af analyserne
 - At den lokale ledelse deltager i analyser af rapporterede utilsigtede hændelser

² De enkelte hospitalers organisering kan ses i de lokale retningsgivende dokumenter

- At der løbende foregår en udpegning af ps-nøglepersoner samt risikomanager på hospitalsniveau
 - At hospitalets ansatte motiveres til at rapportere utilsigtede hændelser – herunder at ansatte har mulighed for vejledning i brug af rapporteringssystemet
 - Der opfordres til en løbende ajourføring af sundhedspersonalet omkring lokale hændelser, og omkring hvilke eventuelle tiltag disse har afstedkommet.
- At der foreligger klare retningsgivende dokumenter for arbejdet med utilsigtede hændelser. De retningsgivende dokumenter skal som minimum indeholde en beskrivelse af:
 - Indsatsen for at rapportere og lære af utilsigtede hændelser
 - Opgavefordelingen i forbindelse med sagsbehandling af utilsigtede hændelser
 - Kommandovejene i forbindelse med de alvorligste hændelser - herunder hospitalsledelsens rolle i forbindelse med hændelserne
- At der foretages systematisk analyse, læring og vidensdeling af rapporterede utilsigtede hændelser på hospitalet.
 - At de alvorligste utilsigtede hændelser analyseres dybdegående
 - At ledere og medarbejdere har viden om – og anvender rapporteringssystemet til rapportering af både interne hændelser og hændelser på tværs af sektorgrænser
 - Patienter og pårørende informeres om deres rapporteringsmulighed
 - At sagsbehandling af utilsigtede hændelser foretages, således at den færdige rapport kan indsendes til Styrelsen for patientsikkerhed, inden for den i loven fastsatte tidsramme
 - At der foreligger retningslinjer for, hvorledes det enkelte hospital yder omsorg til patienter, pårørende og personale efter en alvorlig utilsigtet hændelse.

Regionale patientsikkerhedsopgaver

Den regionale risikomanager for hospitalsområdet har bl.a. følgende opgaver:

- Koordination af patientsikkerhedsaktiviteter på tværs af hospitalerne
- Samarbejde med andre regionale enheder omkring utilsigtede hændelser fx IT og Sygehusapoteket
- Deltage i regionalt arbejde omkring utilsigtede hændelser i regi af de nedsatte UTH-klynger
- Deltage i planlægning af 1 årligt grundkursus i patientsikkerhed samt planlægning af 1 årlig regional patientsikkerhedskonference – begge i samarbejde med Region Midtjylland
- Deltage i nationale grupper omkring patientsikkerhed
- Formidle regionale og nationale informationer omkring patientsikkerhed til hospitalerne, herunder udarbejdelse af regional årsrapport
- Understøtte erfarings- og vidensdeling mellem hospitalerne i regionen samt mellem hospitalerne og primærsektoren

- Konsulentfunktion i forhold til personer, der arbejder med patientsikkerhed
- Udvikling, implementering og brugeradministration i forbindelse med rapporteringssystemet

Regionalt Patientsikkerhedsforum

Med henblik på at sikre praktisk koordinering af patientsikkerhedsarbejdet samt medvirke til erfarings- og vidensdeling på området er der for hospitalsområdet nedsat et regionalt **patientsikkerhedsforum** (ps-forum). Gruppen består af risikomanagere fra henholdsvis hospitalerne og Patientsikkerhedskontoret samt en repræsentant fra henholdsvis Sygehusapoteket og IT. Gruppens væsentligste opgaver er:

- Praktisk koordinering af det patientsikkerhedsarbejde, der foregår på hospitalerne i Region Nordjylland
- Deling af læring på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser.
- At stille forslag om projekter og indsatser, der omfatter patientsikkerhed
- At fungere som referencegruppe og sparringspartner for relevante projekter mv.
- At fungere som projektgruppe
- Deltage i planlægningen af det årlige regionale grundkursus i patientsikkerhed samt den årlige regionale patientsikkerhedskonference

Regionale samarbejdspartnere

Med henblik på at drage mest mulig læring af de rapporterede utilsigtede hændelser inden for hospitalsområdet, er der etableret et samarbejde med en række organisationer internt i regionen, som modtager utilsigtede hændelser, der omhandler deres specifikke områder. Dermed videregives problemstillinger omkring specifikke områder til relevante parter. De kontaktpersoner, der er modtager af hændelserne har mulighed for at kontakte de enkelte hospitalers risikomanager på baggrund af hændelserne – både for at få mere uddybende information omkring omstændigheder for de enkelte hændelser, men også for at komme med forslag til tiltag, der kan forhindre at hændelsen sker igen.

It-systemer

IT får tilsendt udtræk over de utilsigtede hændelser, der omhandler de kliniske it-systemer, hvor IT har systemejerskabet. Hændelser, der omhandler disse systemer, markeres i DPSD i forhold til, hvilket specifikt it-system, de vedrører og leveres derefter til det relevante team i IT. IT giver en skriftlig tilbagemelding på de utilsigtede hændelser, de modtager. Problemstillingerne fra de utilsigtede hændelser bruges af IT bl.a. til videreudvikling af de enkelte it-systemer.

Medicinering

Udtræk af utilsigtede hændelser, der omhandler medicinering sendes til en kontaktperson på Sygehusapoteket. På baggrund af hændelserne opnår Sygehusapoteket overblik over, hvor i medicineringsprocessen, der sker fejl, og hvilke fejl der sker. Sygehusapoteket har på baggrund af denne viden mulighed for at komme med forslag til regionale eller lokale fokusområder inden for medicinering.

Infektioner og hygiejne

Der er etableret et samarbejde med Infektionshygiejnen, hvor Infektionshygiejnen modtager månedlige udtræk af over de utilsigtede hændelser, der omhandler hospitalserhvervede infektioner samt hændelser der i øvrigt omhandler hygiejnemæssige problemstillinger.

Røntgenstråling

I forbindelse med rapportering af utilsigtede hændelser i DPSD, angiver rapportøren om den utilsigtede hændelse involverer røntgenstråling. Der er etableret et samarbejde med Røntgenfysik, således, at to kontaktpersoner i Røntgenfysik får tilsendt udtræk omhandlende de utilsigtede hændelser, der involverer røntgenstråling.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

Sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser foregår i DPSD. Overordnet kan sagsbehandlingen inden for hospitalsområdet beskrives ved følgende 3 trin:

1. Hændelsen modtages af den person, der er valgt som initialmodtager for det sted, hvor hændelsen er sket. De enkelte hospitaler vælger selv på hvilket niveau hændelserne skal initialmodtages.
2. Initialmodtageren visiterer hændelsen til den lokale enhed, hvor hændelsen har fundet sted.
3. Den lokale sagsbehandler foretager sagsbehandling af hændelsen. Alle hændelser anonymiseres og indsendes via DPSD til Styrelsen for patientsikkerhed.

Analyse af utilsigtede hændelser

Det enkelte hospital beslutter selv, hvilke specifikke analysemetoder der anvendes i forbindelse med rapporterede utilsigtede hændelser – dog skal der foretages dybdegående analyser af de alvorligste hændelser. I de tilfælde, hvor der er tale om en utilsigtet hændelse, der går på tværs af sektorer, og hvor flere parter skal samarbejde omkring analysen henvises til det tidligere afsnit: *'Organisering af tværsektorielt patientsikkerhedsarbejde'*

Alle utilsigtede hændelser analyseres ud fra en systemisk tilgang, hvor følgende spørgsmål gennemgås:

- Hvad skete der?
- Hvordan kunne det ske?
- Hvordan sikrer vi, at det ikke sker igen?

Ved mindre alvorlige men hyppige hændelser kan man ofte med fordel foretage en **aggregeret analyse**, hvor man på baggrund af flere hændelser belyser et problemområde. Analyserne forventes at omfatte kort analysebeskrivelse samt eventuelt en handle- og monitoreringsplan.

Hospitalsrisikomanageren er proceskonsulent ved analyse af dødelige hændelser. Planlægning og gennemførelse af analysen sker i samarbejde med klinikken.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet for Praksisområdet

I Region Nordjylland er regionens praksisydergrupper og apoteker samlet i et fælles område kaldet Praksisområdet. Praksisområdet omfatter almen praksis, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer samt apoteker.

Med henblik på at understøtte udrulningen af arbejdet med utilsigtede hændelser har Praksisområdet indgået en aftale med Nord-KAP (kvalitetsenheden for almen praksis) vedrørende samarbejde om udrulning af arbejdet med UTH blandt praksisområdets ydergrupper.

Udrulningen af arbejdet med UTH for praksisområdet varetages således i et tæt samarbejde mellem det regionale praksisområde og Nord-KAP.

Udrulning af arbejdet med UTH for Praksisområderne

Der arbejdes målrettet med at opbygge kompetence og læring på området for utilsigtede hændelser, samt på at løfte denne kompetence og læring ud til praksisområderne med henblik på at sikre det bedst mulige patientforløb. Arbejdet med utilsigtede hændelser understøtter således den løbende kvalitetsudvikling i praksisregi.

Den daglige drift af arbejdet med UTH varetages af UTH-teamet. Teamet består af den regionale risikomanager samt flere Nord-KAP UTH-konsulenter og en administrativ medarbejder. Teamets opgaver omfatter alle aspekter af UTH-sagsbehandling herunder analyse af enkeltstager, analyse af mønstre og tendenser samt deltagelse i tværsektoriel UTH-analyser og netværk. Læring fra UTH analyserne formidles videre til relevante aktører via forskellige kommunikationskanaler - som eksempelvis Nord-KAP nyhedsbrev og indlæg i faglige fora.

Årlig UTH-status

Praksisrisikomanageren orienterer Praksisydergrupperne og apotekerne om arbejdet med utilsigtede hændelser via udsendelser af årsberetninger, samt møder i samarbejdsudvalg mv.

UTH-samarbejde med andre regioner

Medlemmer af UTH-teamet deltager i forskellige nationale fora med henblik på at understøtte læring og videndeling på tværs af både regioner og fagområder.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på det præhospitale område

Arbejdet med patientsikkerhed indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland foregår indenfor flere delområder. Dette være sig hos den ambulanceoperatør, der varetager ambulancetjenesten i Region Nordjylland, hos akutlægebilsorganisationerne i regionen samt i regionens AMK-Vagtcentral.

Patientsikkerhedsaktører

For at fremme patientsikkerhedskulturen samt sikre forankring og involvering i patientsikkerhedsarbejdet inden for det præhospitale område, er der udpeget lokale risikomanagere eller patientsikkerhedskontaktpersoner (ps-kontaktpersoner). Disse personer har til opgave at medvirke til, at understøtte etableringen af en sikkerhedskultur i den præhospitale organisation med henblik på at reducere risikoen for skader som følge af utilsigtede hændelser i forbindelse med patientens kontakt med organisationen. Dette arbejde sker i samarbejde med både ledelsen for henholdsvis ambulancetjenesten, akutlægebilerne og regionens AMK-Vagtcentral og den regionale risikomanager indenfor det præhospitale område.

Der er udpeget en person med funktion som regional risikomanager indenfor det præhospitale område. Den regionale risikomanager varetager bl.a. opgaver vedrørende implementering, udvikling og koordinering af patientsikkerhedsarbejdet samt sagsbehandling i DPSD af rapporterede utilsigtede hændelser. Desuden bidrager den regionale risikomanager med konsulentbistand for ambulancetjenesten i patientsikkerhedsarbejdet.

Opgaver for lokale risikomanagere og ps-kontaktpersoner

Lokale risikomanagere i ambulancetjenesten og ps-kontaktpersoner i AMK-Vagtcentralen og hos akutlægebilsorganisationerne har til opgave at medvirke til at sikre følgende:

- At ledere og medarbejdere kender retningslinjerne for arbejdet med utilsigtede hændelser.
- At der etableres en kultur, der understøtter et positivt og udviklende patientsikkerhedsarbejde, hvor alle der ifølge lovgivningen er forpligtet dertil, rapporterer utilsigtede hændelser. Dette kan eksempelvis understøttes ved:
 - At der er fora, hvor utilsigtede hændelser diskuteres regelmæssigt.
 - At ledelsesniveauer bakker op om forebyggende tiltag med henblik på at undgå utilsigtede hændelser, samt at der følges op på tiltag iværksat på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser.
 - At ledelsesrepræsentanter deltager i analyse af rapporterede utilsigtede hændelser.
- At der foretages analyse og klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser, herunder at der iværksættes handlinger med henblik på at forebygge, at lignende hændelser sker igen.
- At alvorlige utilsigtede hændelser analyseres dybdegående.

- At oplysninger om analyse, klassifikation og handleplaner for rapporterede utilsigtede hændelser fremsendes til den regionale risikomanager for det præhospitale område, således at afsluttende sagsbehandling kan foretages indenfor den i loven fastsatte tidsramme.
- At ansatte indenfor det præhospitale område motiveres til og understøttes i at rapportere utilsigtede hændelser.
- At relevant(e) repræsentant(er) fra det præhospitale område, ved behov, indgår i analyser af hændelser, der går på tværs af det præhospitale område og anden sektor.

Opgaver for regional risikomanager

De væsentligste opgaver for regional risikomanager er følgende:

- At fungere som initialmodtager af rapporterede utilsigtede hændelser indenfor hele det præhospitale område i Region Nordjylland. Den regionale risikomanager modtager alle utilsigtede hændelser, der er rapporteret indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland via DPSD.
- At modtagne hændelsesrapporter videresendes til analyse hos henholdsvis lokale risikomanagere eller ps-kontaktpersoner indenfor det præhospitale område.
- At foretage sagsbehandling af rapporterede utilsigtede hændelser i DPSD. Dette gøres på baggrund af fremsendte analyser af hændelsesrapporter udarbejdet af lokale risikomanagere/ps-kontaktpersoner.
- At yde konsulentbistand for ambulancetjenesten – eksempelvis i forbindelse med gennemførelse af dybdegående analyser af utilsigtede hændelser eller i vejledning i rapportering af utilsigtede hændelser.
- Udarbejdelse af rapportudtræk og statistik fra DPSD, som gør det muligt at monitorere mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser.
- Sikre koordinering i forbindelse med analyse af rapporterede utilsigtede hændelser, som går på tværs af det præhospitale område og anden sektor.
- Deltage i regionale mødefora omkring patientsikkerhed.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

Sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland kan beskrives i følgende overordnede trin:

1. En sundhedsperson identificerer en utilsigtet hændelse, og rapporterer denne i DPSD. Hændelsesrapporten modtages hos initialmodtager (regional risikomanager) indenfor det præhospitale område.
2. Initialmodtager videresender hændelsesrapporten til lokale risikomanagere i ambulancetjenesten eller ps-kontaktpersoner i AMK-Vagtcentralen/akutlægebilsorganisationerne – alt efter hvem, der er ansvarlig for hændelsen.
3. Lokale risikomanagere/ps-kontaktpersoner foretager/iværksætter analyse af den modtagne hændelsesrapport. På baggrund heraf fremsendes oplysninger om

analyse, klassifikation og handleplan i dertil udformede skemaer til den regionale risikomanager.

4. Regional risikomanager foretager sagsbehandling af hændelsesrapport på baggrund af modtagne analyse- og klassifikationsskemaer. Hændelsesrapporten anonymiseres og indsendes til Styrelsen for Patientsikkerhed via DPSD.

Analyse af utilsigtede hændelser

I analysen af rapporterede utilsigtede hændelser skal der altid tages stilling til følgende spørgsmål – uanset hændelsens type og alvorlighed: Hvad skete der?, Hvorfor skete det? og hvad kan forhindre, at det sker igen? Desuden er der som minimum et krav om, at en analyse af en rapporteret utilsigtet hændelse omfatter følgende for at hændelsesrapporten kan sagsbehandles og afsluttes i DPSD:

- Klassifikation af hændelsestype
- Klassifikation af alvorlighedsgrad

Ved alvorlige eller meget komplekse hændelser, hvor det ikke er umiddelbart, hvad der er årsag til hændelsen, eller hvad man kan gøre for at forebygge, at lignende hændelse sker igen, kan der være behov for at foretage en dybdegående analyse – eksempelvis ud fra kerneårsagsanalysemetoden.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Specialektoren

Specialektorens overordnede formål er, at borgerne får de bedst mulige vilkår for at mestre egen tilværelse. Et af sektorens mange fokusområder er derfor, at have særlig opmærksomhed på at bidrage til at hindre fejlbehandling af borgerne på sundhedsområdet. Alle medarbejdere, der har været impliceret i, har observeret eller på anden måde er blevet bekendt med en UTH, er forpligtet til at rapportere hændelsen i Dansk Patientsikkerhedsdatabase DPSD. Endvidere kan også brugere og pårørende også rapportere.

Der vil være gråzoner og opstå situationer i praksis, hvor man som medarbejder kan være i tvivl om, hvorvidt en utilsigtet hændelse er inden for rapporteringspligten. I sådanne tilfælde er det Specialektorens tilgang, at hændelsen skal rapporteres, således det bliver muligt at drage læring af hændelsen.

På socialområdet er der rapporteringspligt, når en utilsigtet hændelse sker i forbindelse med:

- Sektorovergange
- Medicinering
- Infektioner
- Uheld

Rapporteringspligten gælder uanset den faktuelle konsekvens for borgeren.

Derudover gælder rapporteringspligten, hvis konsekvensen af den utilsigtede hændelse er, at:

- borgeren dør,
- borgeren får varige funktionstab,
- der skal ske lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet
- der for flere borgere er øget plejeburde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet.

Arbejdet med UTH i Specialektoren skal sikre, at risikoen for forekomst af utilsigtede hændelser begrænses, samt at begrænse skader på borgere som følge af utilsigtede hændelser. Yderligere skal indsatsen sikre systematisk opmærksomhed på og rapportering af utilsigtede hændelser for at skabe læring i organisationen og forebygge gentagelser.

På den måde bidrager arbejdet med UTH til en løbende forbedring af borgerens ophold på sektorens tilbud.

Arbejdet med UTH i Specialektoren

Specialektoren har valgt at organisere arbejdet ved primært at have én UTH-organisation på de enkelte tilbud og hvor relevant – på hvert af tilbuddenes afdelinger. En UTH-22 organisering består af minimum en ledelses- og en medarbejderrepræsentant.

Formålet med en lokal UTH-organisation er at sikre lokal forankring i forhold til de lokale procedurer, introduktion til nye medarbejdere og et generelt kendskab om UTH blandt personalet.

Specialektoren har valgt at have en centralt placeret risikomanager samt en administrativ superbruger.

- A. Risikomanager er initialmodtager og har ansvar for:
- At formidle tværgående nyheder/projekter og lignende.
 - At assistere UTH-organisationerne med analyser ved hændelser, som kategoriseres som alvorlige, dødelige eller tværsektorielle – eller hvis tilbuddet ønsker det på øvrige hændelser.

Udover risikomanageren har hvert tilbud tilknyttet en fagkonsulent, samt jurist som kan involveres i relevant omfang i forbindelse med analyser og efterfølgende handleplaner i forhold til alvorlige UTH- indberetninger

- B. Den administrative superbruger har ansvar for:
- At tage sig af de systemspecifikke aspekter af arbejdet med UTH, dvs. brugeroprettelser, tekniske spørgsmål til brugen DPSD, samt undervisning i brug af systemet.
- C. Den administrative håndtering af hændelser via DPSD2 foretages af tilbuddets/ afdelingens lokale sagsbehandler.

Opgaver for den regionale risikomanager

De væsentligste opgaver for regional risikomanager er følgende:

- At være initialmodtager af rapporterede utilsigtede hændelser via DPSD2
- At modtagne hændelsesrapporter videregives til analyse hos lokale UTH-organisationer.
- At foretage sagsbehandling af rapporterede utilsigtede hændelser i DPSD2
- At yde konsulentbistand for lokale UTH-organisationer – eksempelvis i forbindelse med gennemførelse af dybdegående analyser af utilsigtede hændelser, formidling af arbejdet med UTH sammen med UTH-organiseringen eller i vejledning i elektronisk rapportering af utilsigtede hændelser
- Afsøge mulighederne for videre uddannelse vedrørende patientsikkerhed
- Fremsendelse af rapportudtræk og statistik fra DPSD2, som gør det muligt at monitorere mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser.
- Sikre koordinering i forbindelse med analyse af rapporterede tværsektorielle utilsigtede hændelser.
- Deltage i klyngesamarbejdet omkring patientsikkerhed.

Sagsgang for UTH på det enkelte tilbud/ afdeling

Alvorlighedsgraden har betydning for, hvordan det efterfølgende analysearbejde skal foregå

Analyse ved ingen, mild eller moderat skade

Ved en utilsigtet hændelse med ingen, mild eller moderat skade gælder følgende:

- Tilbuddets/ afdelingens UTH-organisation iværksætter en analyse uden involvering af risikomanageren.
- UTH-organisationen har metodefrihed, og det er muligt at anvende forskellige analysetilgange alt efter hændelsens karakter og omfang.

- UTH-organisation vurderer, om hændelsen giver anledning til ændringer i praksis på baggrund af analysen.
- Hvis det er tilfældet, udarbejdes en handleplan, som indeholder analysens resultat samt oplysninger om udførte/planlagte forebyggende initiativer.
- Hvis det vurderes, at der ikke kan udarbejdes en handleplan, skal begrundelsen fremgå af analysen.
- UTH-organisationen på tilbuddet laver analyse og lukker sagen i databasen.

Analyse ved hændelser med alvorlig og dødelig konsekvens

Ved en alvorlig eller dødelig hændelse gælder særligt:

- Hændelsen analyseres hurtigst muligt i samarbejde med risikomanager og evt. tilbuddets fagkonsulent eller andre relevante personer.
- Risikomanageren har ansvaret for at igangsætte analysen i samarbejde med tilbuddets UTH-organisation.

Tværasektorielle hændelser

Ved en utilsigtet hændelse i forbindelse med en sektorovergang/patient overgange gælder særligt:

- Risikomanageren har ansvaret for at igangsætte en analyse og inddrage relevante parter fra de implicerede sektorer.
- Risikomanageren har ansvaret for, at tilbuddets fagkonsulent involveres i den pågældende analyse.

Formålet med denne sagsgang er, at opfølgning i forhold til rapportøren, formidlingen af nye initiativer og evt. revidering af retningslinjer og instrukser sker lokalt. Det giver tilbuddene mulighed for at sikre et samspil med de øvrige lokale instrukser.

Kobling til Den Danske Kvalitetsmodel på socialområdet

Boformer og institutioner i Region Nordjyllands Specialsektor har siden 2009 arbejdet med kvalitetsmodellens organisatoriske og ydelsesspecifikke standarder, herunder standarden omhandlende UTH.

Styregruppen for den danske kvalitetsmodel på det sociale område har via en standard stillet alment gældende krav om, hvorledes de regionale socialfaglige sektorer i Danmark skal arbejde med UTH. Dette er i Region Nordjylland konkretiseret yderligere i en regional retningslinje.

Modtager af en årlig opsamling på UTH

Jf. sundhedslovgivningens krav om en årlig afrapportering af et områdes arbejde med UTH, udarbejdes der årligt i Region Nordjylland en fælles rapport fra alle områder med en samlet oversigt over hændelserne i hele i Region Nordjylland – herunder Specialsektoren.

På tilbuds niveau modtager det enkelte tilbud løbende oversigter over de hændelser, der er rapporteret på deres tilbud. Derudover udarbejdes der hvert år en årsrapport, som gennemgår

det sidste års UTH' er på det pågældende tilbud ud fra tid, hændelsestype, -proces, -problem, alvorlighedsgrad samt kombinationer af disse.

Rapporten anvendes blandt andet i et læringsperspektiv og som kvalitetsovervågning af kvalitetsstandarder for UTH på socialområdet. Her bidrager den til et fremadrettet fokus på mønstre og tendenser, der skal højne arbejdet med en forebyggende indsats for UTH på socialområdet.

Referencer

Sundhedsloven kapitel 61 §§ 199 – 202

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=203757#ide66e727f-77c8-445a-a0db-06361c36f7cb>

Bekendtgørelse nr. 1 af 3/1-2011 om rapportering af utilsigtede hændelser m.v.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134520>

Vejledning nr. 1 af 3/1-2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134522>

Nyttige hjemmesider vedrørende patientsikkerhed

Sundhedsaftalen for opfølgning på utilsigtede hændelser: www.sundhedsaftaler.nu.dk

Dansk Patientsikkerheds Database: www.dpsd.dk

På denne hjemmeside kan man rapportere utilsigtede hændelser samt se årsrapporter, temarapporter, vejledninger, nyhedsbreve, statistikker mv. omhandlende emner fra rapporteringssystemet. Databasen udgiver et nyhedsbrev, som man kan tilmelde sig elektronisk.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: www.patientsikkerhed.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er en forening, der arbejder for at bedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet.

Sikkerpatient: www.sikkerpatient.dk

Formålet med hjemmesiden er at informere om patientsikkerhed og metoder til at analysere utilsigtede hændelser. Siden henvender sig primært til sundhedsprofessionelle, men har også et område for patienter. På siden findes en række cases om utilsigtede hændelser med konkrete forslag til løsninger på patientsikkerhedsproblemer. Man finder tillige undervisningsmateriale til brug for læring om patientsikkerhed. Materialet findes i forskellige formater. Noget materiale kan downloades, mens andet skal bestilles til levering med posten. Materialet er gratis. Hjemmesiden har også links til internationale hjemmesider om patientsikkerhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed: www.stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerhed fungerer som én samlet indgang for patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen. Styrelsen for Patientsikkerhed behandler også klager over tilsidesættelse af patientrettigheder og klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning.

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager den centrale administration af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet og bidrager til, at viden om utilsigtede hændelser og viden fra patient- og erstatningssager benyttes forebyggende.

Den Danske Kvalitetsmodel - Socialområdet: www.socialkvalitetsmodel.dk

Siden formål er at forbedre kvalitet på de sociale tilbud, det sker ved at indsamle og formidle viden om, hvad der sker i praksis. Beskriver blandt andet SIP (De Sociale indikatorprogrammer) og fortæller hvordan spørgeskemaer er tilpasset seks forskellige områder. Man kan læse tilfredshedsundersøgelser og få indblik i beboere og pårørende oplever, samt få nyheder og resultatdokumentation indenfor området.

Institute for Healthcare Improvement: www.ihl.org

Missionen for IHI Open School er at fremme sundhedspleje forbedringer og patientsikkerheds kompetencer i den næste generation af sundhedspersonale på verdensplan.

Lanceret i september 2008 IHI Open School giver de studerende for medicin, sygepleje, folkesundhed, apotek, sundhed administration, tandpleje og andre allierede sundhed erhverv med mulighed for at lære om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed uden beregning.

NHS: www.nhs.uk

Den største engelske hjemmeside som beskriver behandlings former, forebyggelse muligheder og generelt opslagsværk omkring sundhed og sygdomme.

Joint commission: www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert :

Liste med Alerts-beskrivelser på baggrund af kerneårsagsanalyser foretaget i på amerikanske sygehuse. Engelsk.

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):

www.ahrq.gov/CLINIC/PTSAFETY/pdf/ptsafety.pdf :

Inden for en række hovedområder er samlet konklusioner på litteratur omkring patientsikkerhedstemaer. Engelsk.

Proquest: www.proquest.com

Fremstilles af US national Library of Medicine og stilles gratis til rådighed for verden. Rummer 4.800 tidsskrifter inden for sundhedsfag bredt. Engelsk.