



**Program for
håndtering af utilsigtede hændelser
i Region Nordjylland**

**PROGRAM FOR
HÅNDBLIVNING AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER
I REGION NORDJYLLAND**

Udgivet af
Kvalitetskontoret, Sundhed – Plan og Kvalitet
Primær Sundhed
Præhospital Enhed
Specialektoren

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

August 2011

Læs mere om Region Nordjylland på www.rn.dk



FORMÅL	5
DEFINITION AF BEGREBER	5
BESKRIVELSE	6
Baggrund	6
Lovgivning	7
Patientombuddet og rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser	7
Hvem skal rapportere	7
Tidsfrister	7
Hvad skal rapporteres	8
Hvad skal ikke rapporteres	9
Sanktioner, informationspligt og videregivelse af oplysninger	9
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på regionalt niveau	11
Rammerne for håndtering af hændelser i overgange i regionen samt mellem region og kommune	11
Analysemetoder i forbindelse med hændelser i sektorovergange	14
Regionale fora for patientsikkerhed	15
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på sygehusområdet	17
Patientsikkerhedsaktører	17
Lokale patientsikkerhedsopgaver	17
Regionale patientsikkerhedsopgaver	18
Regionalt Patientsikkerhedsforum	19
Regionale samarbejdspartnere	20
Sagsbehandling af utilsigtede hændelser	21
Analyse af utilsigtede hændelser	21
Reaktion overfor patient og impliceret personale ved en utilsigtede hændelse	22
Læring, uddannelse og formidling i forbindelse med utilsigtede hændelser	23
Uddannelse af patientsikkerhedsaktører	24
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på det præhospitale område	25
Reaktion overfor patient og impliceret personale ved en utilsigtede hændelse	27
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Specialsektoren	28
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Primær Sundhed	30
Referencer	31

Nyttige hjemmesider vedrørende patientsikkerhed	32
Bilag 1: Alvorlighedsskala	34
Bilag 2: Introduktion til kerneårsagsanalyse	35
Bilag 3: Analysekema til anvendelse ved simpel retrospektiv analyse	37
Bilag 4 Oversigt over organisering og opgaver i Primær Sundhed	38

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 sygehusområdet, præhospitalt område, Specialsektoren, herunder boenheder og socialpsykiatri og Primær Sundhed, herunder Apotekssektoren, speciallæger, almen praktiserende læger, kiropraktorer, tandlæger 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. (2)

Fejl: Mangelfuld gennemførelse af plan eller forkert plan til at opnå et bestemt mål(4)

Nærfejl: Fejl, der når at blive korrigeret i tide før gennemført behandling.(4)

Patientsikkerheds-nøgleperson (ps-nøgleperson): Person der er ansat på et sygehus og som i en afdeling eller et afsnit har opgaver omkring utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet.

Sygehusrisikomanager: Person der på sygehusniveau er udpeget til at varetage opgaver omkring utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet.

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

Initialmodtager: Person, der er udpeget til at være modtager for hændelsesrapporter for et givent område.

Rapportør: Person der rapporterer en utilsigtet hændelse

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

BESKRIVELSE

Baggrund

En række udenlandske undersøgelser og en dansk undersøgelse fra 2001 viser, at omkring 9 % af alle patienter, der udskrives fra sygehuse, har været udsat for en eller flere utilsigtede hændelser. De utilsigtede hændelser, der er beskrevet i den danske undersøgelse omfatter større og mindre skader, og har i gennemsnit medført 7 dages ekstra indlæggelse for patienterne (1). Af patienttilfredshedsundersøgelser fremgår det, at omkring 11 % af indlagte patienter oplever, at de har været udsat for en fejl i forbindelse med indlæggelse på sygehus.

Med henblik på at reducere antallet af utilsigtede hændelser, og skabe et sundhedsvæsen, der lærer af sine fejl og nærfejl, trådte lov om patientsikkerhed og patientsikkerhedsordningen i kraft 1. januar 2004. Patientsikkerhedsordningen omfattede kun utilsigtede hændelser, der var forekommet inden for sygehusvæsenet. Per 1. januar 2007 blev patientsikkerhedsordningen en integreret del af Sundhedsloven, kap. 61 § 198-202 og senest er ordningen per 1. september 2010 udvidet, således at den omfatter hele sundhedsvæsenet.(2) Der er således ikke længere alene rapporteringspligt for utilsigtede hændelser, der er forekommet i sygehusvæsenet men for hændelser i hele sundhedsvæsenet. Det vil sige, at der er rapporteringspligt for utilsigtede hændelser inden for sygehusområdet, det præhospitale område, Specialsektoren, herunder boenheder og socialpsykiatri samt Primær Sundhed, herunder Apotekssektoren, speciallæger, almen praktiserende læger, kiropraktorer, tandlæger m.fl. Med lovudvidelsen er også kommunerne omfattet af patientsikkerhedsordningen.(5) Kommunernes interne organisering omkring patientsikkerhedsordningen er ikke beskrevet i dette program, men programmet indeholder en beskrivelse af samarbejdet omkring utilsigtede hændelser i overgange mellem region og kommune.

D. 1. september 2011 udvides patientsikkerhedsordningen yderligere til også at omfatte rapportering fra patienter og pårørende. (5)

Formålet med rapporteringssystemet er, dels at der lokalt i sundhedsvæsenet sker en systematisk registrering, opsamling og læring af utilsigtede hændelser, dels at bidrage til en styrkelse af Patientombuddets 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 afdelinger, og hvor man aktivt forsøger at drage læring af hændelserne. Rapporteringssystemet 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 systemer, der tager højde for, at menneskelige fejl sker, men at disse fejl ikke i sig selv skal kunne udløse skader på patienterne.

Rapporteringssystemet erstatter ikke det traditionelle sanktionerende system. Dette fortsætter som hidtil og kan i visse tilfælde køre parallelt med det lærende system. Det er imidlertid vigtigt at pointere, 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

Patientombuddet og rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser

Den 1. januar 2011 blev der etableret et nyt patientklagesystem og i den forbindelse blev Patientombuddet oprettet. Patientombuddet har overtaget funktioner, som har været spredt på flere forskellige myndigheder. Ombuddet sekretariatsbetjener Disciplinærnævnet, Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet og har overtaget Sundhedsstyrelsens opgaver med rapporteringssystemet DPS2 (DanskPatientSikkerhedsDatabase) for utilsigtede hændelser. Med oprettelse af Patientombuddet er der således skabt et centralt overblik over den viden, der ligger både i klagesystemet, i erstatningssystemet og i rapporteringssystemet og en væsentlig opgave for Patientombuddet er at understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Patientombuddet stiller rapporteringerne til rådighed for Sundhedsstyrelsens vejledningsarbejde.

Hvem skal rapportere

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 f.eks. social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, portører og sekretærer har pligt til at rapportere, når de arbejder under autoriserede sundhedspersoners ansvar. (5) Det vil sige, at enhver ansat uanset deres faglige tilknytning har pligt til at rapportere, når de arbejder under autoriserede sundhedspersoners ansvar.

Per 1. september 2011 udvides patientsikkerhedsordningen til at også patienter og pårørende har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Tidsfrister

Iflg. § 3 i bekendtgørelse til Sundhedsloven skal rapportering af en utilsigtet hændelse ske til regionen senest 7 dage efter, at sundhedspersonen er blevet opmærksom på den utilsigtede hændelse. Rapporten med den færdiggjorte sagsbehandling skal videresendes til Patientombuddet senest 90 dage efter at rapporten er modtaget af regionen. (6)

Hvad skal rapporteres

Rapporteringspligten omfatter hændelser inden for følgende områder:

- En patients behandling i sygehusvæsenet, herunder ambulant- og skadestuebehandling.
- En patients behandling indenfor vagtlægevirksomhed og privatpraktiserende sundhedspersoners virksomhed.
- En patients behandling i botilbud, plejeboliger, døgninstitutioner for børn og unge, sundhedsplejen, den kommunale tandpleje, herunder omsorgstandplejen og specialtandplejen, i hjemmesygeplejen samt i forbindelse med genoptræning, forebyggelse, alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling m.v.
- En patients behandling i den præhospitale indsats.
- Forsyning af og information om lægemidler fra apotekssektoren.

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

- Rapporteringspligt på sygehusområdet:
 - 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 plejebyrde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet

Alle hændelser *kan* rapporteres, og der er pligt til at handle på alle rapporterede hændelser.(5)

Hvad skal ikke rapporteres

Utilsigtede hændelser som opstår i kriminalforsorgen, forsvaret, bedriftssundhedstjenesten, asylcentre, dag-, fritids- og klubtilbud m.v. til børn og unge og ved transport af patienter til og fra udlandet er ikke rapporteringspligtige. Ligeledes skal utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med personlig pleje eller ADL (almindelig daglig levevis, dvs. praktisk hjælp) heller ikke rapporteres i DPSD2. (5)

Bivirkninger ved medicin skal ikke rapporteres i DPSD2. Bivirkninger skal rapporteres til Lægemiddelstyrelsen. (Rapportering kan ske på: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/bivirkninger-og-forsog/bivirkninger/meld-en-bivirkning-eller-utilsigtet-haendelse>)

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”*.

Sanktioner, informationspligt og videregivelse af oplysninger

Sanktioner

Det er 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.”(2)

Der er mulighed for, at vælge om man som rapportør vil være helt anonym eller om sagsbehandleren skal kunne kontakte rapportøren i forbindelse med den videre udredning. Anonymiteten gør det vanskeligere at udrede hændelsen, da man ikke har mulighed for at indhente supplerende oplysninger omkring hændelsen. Rapporten om utilsigtede hændelser anonymiseres under alle omstændigheder, inden de indsendes til Patientombuddet. Ved anonymiseringen slettes alle personhenførbare data.

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. (2)

Videregivelse af oplysninger fra rapporteringssystemet

Iflg. Sundhedsloven har man i forbindelse med opfølgning på utilsigtede hændelser lov til at videregive nødvendige oplysninger om patienten, herunder navn og personnummer til henholdsvis region, kommune, privat sygehus eller privatpraktiserende sundhedsperson m.v. f.eks. den alment praktiserende læge. (5) Det vil sige, at man kan videresende en hændelse, der er forekommet inden for eksempelvis sygehusvæsenet i Region Nordjylland både til andre områder inden for regionen som eksempelvis det præhospitalt område til en kommune i regionen samt til andre regioner.

Videregivelse af oplysninger om den rapporterende person må kun ske til de personer i *samme* region, kommune, eller på samme privat sygehus, som arbejder med at modtage, registrere og analysere hændelsen. (5) Det vil sige, at man må videregive oplysninger om rapportøren mellem eksempelvis et sygehus og en praktiserende læge, men ikke mellem sygehus og kommune eller mellem sygehus og anden region.

Videregivelse af informationer til embedslæge

Lovgivningsmæssigt er der *ikke* indberetningspligt til politi eller embedslæge i forbindelse med en utilsigtet hændelse med mindre patienten dør. Dør en patient som "*...følge af en fejl, forsømmelse eller ulykkelig hændelse i forbindelse med behandling eller forebyggelse af sygdommen*", findes patienten død, eller hvis "*døden er indtrådt pludselig og ikke er forudset af lægefaglige grunde*", har den tilkaldte læge iflg. Sundhedsloven § 179 pligt til at indberette dødsfaldet til politiet, som kontakter embedslægen.(2)

Det er desuden vigtigt at fremhæve, at embedslæger *ikke* har ret til at få udleveret rapporter omkring utilsigtede hændelser, herunder materiale fra kerneårsagsanalyser o. lign. Jævnfør Sundhedslovens § 200 er oplysninger om enkeltpersoner, der indgår i en rapportering fortrolige og må kun videregives til personer, der ligeledes varetager opgaver omkring rapporterede hændelser.

Ønsker en af deltagerne i en kerneårsagsanalyse *selv* at bibringe oplysninger fra en kerneårsagsanalyse til embedslægesystemet, bør dette kun ske, såfremt hele analyseteamet og samtlige implicerede personer godkender det. Generelt må det dog frarådes, at der videregives materialer fra patientsikkerhedsarbejdet til embedslægesystemet, da det kan skabe usikkerhed omkring tidligere beskrevne adskilthed mellem rapporteringssystemet og embedslægesystemet.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på regionalt niveau

Fra d. 1. september 2010 er patientsikkerhedsordningen udvidet til at omfatte hele sundhedsvæsenet. Det vil sige, at sygehusvæsenet, Primær Sundhed, Speciaalsektoren, det præhospitale område samt kommunerne er omfattet af patientsikkerhedsordningen. I forhold til at sikre et samarbejde omkring hændelser i overgange mellem kommune og region er opfølgning på utilsigtede hændelser i overgange mellem de to sektorer et nyt indsatsområde i 2. generations sundhedsaftalerne, der er gældende fra 1. januar 2011. I sundhedsaftalen er rammerne for samarbejdet mellem region og kommune i forbindelse med utilsigtede hændelser beskrevet, herunder bl.a. ansvar for analyse af hændelser i forskellige sektorovergange samt rollen for de lokale kontaktudvalg og en nyetableret faglig følgegruppe som et samarbejdsforum for utilsigtede hændelser. Til at sikre implementering af patientsikkerhedsordningen samt koordinering af patientsikkerhedsarbejdet internt i regionen er der nedsat en regional UTH-enhed.

Rammerne for håndtering af hændelser i overgange i regionen samt mellem region og kommune

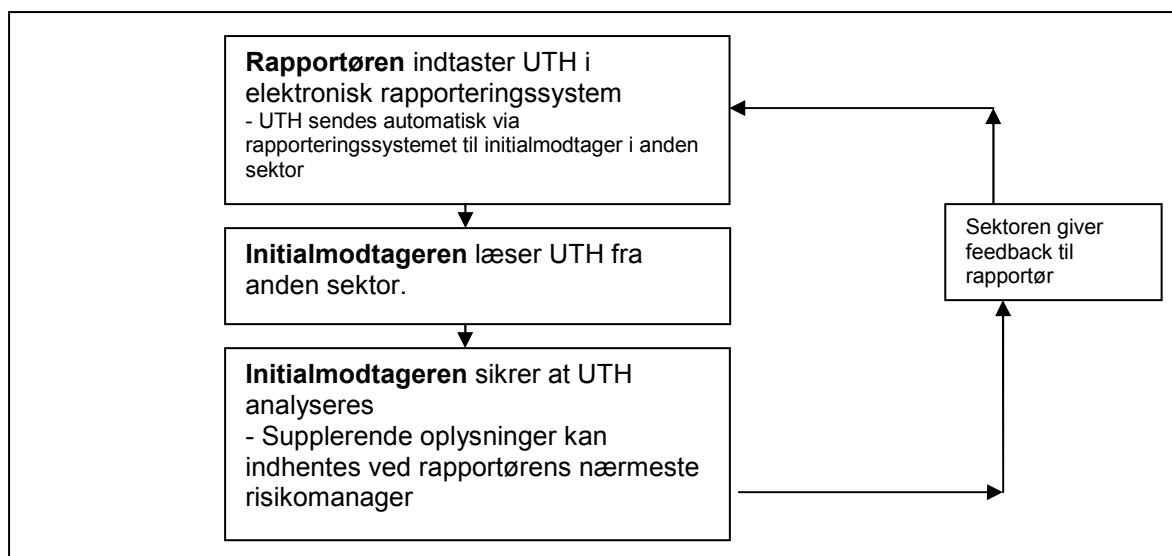
I relation til sundhedsaftalerne kan der forekomme tre forskellige scenarier med utilsigtede hændelser, der kræver samarbejde mellem region og kommune:

1. Hændelser der implicerer én sektor, men er rapporteret af en anden sektor
2. Hændelser der er fejlrapporeret og derfor sendt til en forkert sektor
3. Hændelser der implicerer flere sektorer

Med mindre andet aftales er det den sektor, der har modtaget rapporteringen, der er ansvarlig for, at analysen bliver igangsat. Det er ligeledes denne sektor, der har ansvaret for, at rapporten bliver afsluttet i det elektroniske rapporteringssystem, samt at der bliver givet feedback til rapportøren.

Ad 1: Hændelsen implicerer én sektor, men er rapporteret af en anden sektor

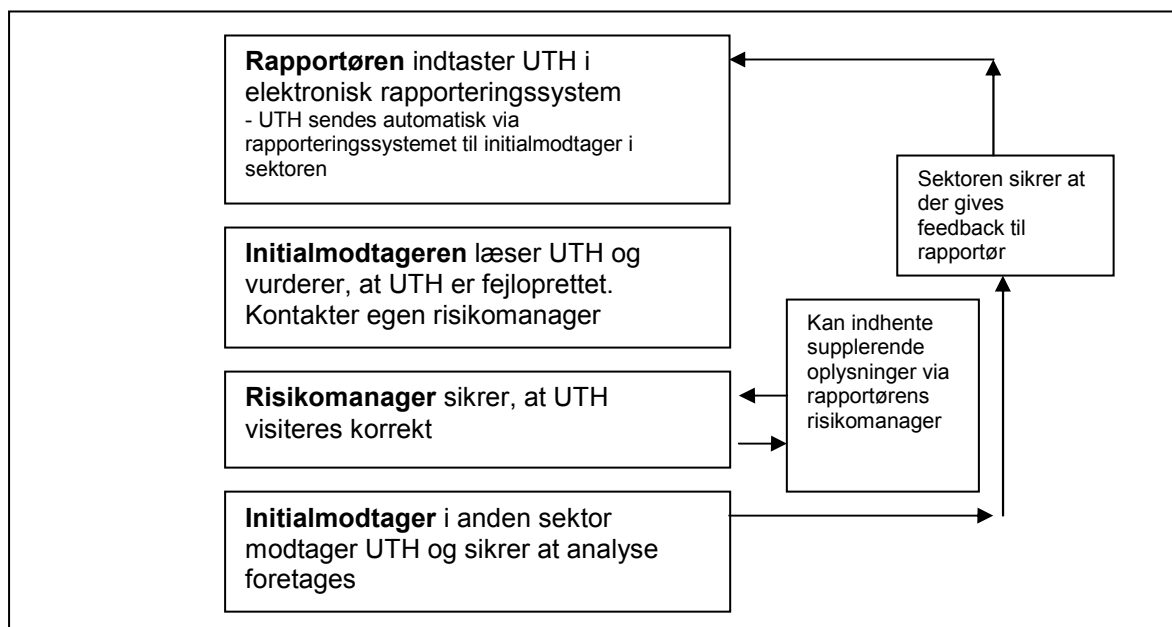
Ved behov for supplerende oplysninger kontaktes risikomanager, der indhenter yderligere information omkring hændelsen i den sektor, der har rapporteret hændelsen.



Ad 2: Hændelsen er fejlrapporteret og derfor sendt til en forkert sektor

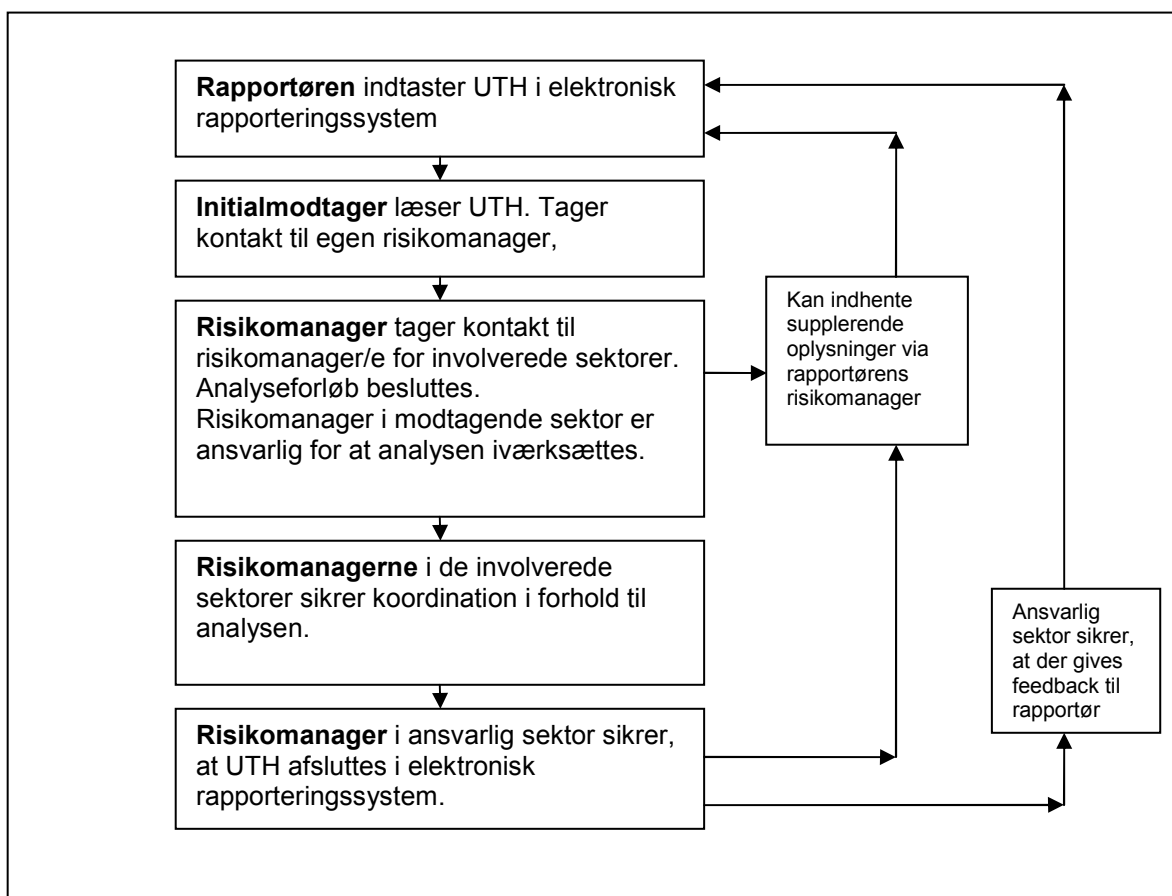
Hvis hændelsen alene implicerer en anden sektor skyldes det oftest, at der ved rapportering af hændelsen er anført forkert lokalitet for, hvor hændelsen er forekommet.

I disse tilfælde viderevisiteres hændelsen til den lokalitet, hvor hændelsen er forekommet. Viderevisitering til anden sektor sker via risikomanager i egen sektor.



Ad 3: Hændelsen implicerer flere sektorer

Hændelsen vil være sendt til initialmodtager for det område, der i hændelsesrapporten er anført som hændelsesstedet. Initialmodtager kontakter risikomanager i egen sektor. Denne sikrer koordinering med anden sektor omkring analyse af hændelse.



Med henblik på at understøtte samarbejdet mellem parterne i forbindelse med de beskrevne tre hændelsestyper udpeges der som minimum én risikomanager for henholdsvis hver kommune, for sygehusområdet, for det præhospitale område, for Apotekssektoren, for Primær sundhed samt for Specialsektoren. Risikomanageren er indgangen til en sektor, og således den der kontaktes, når der jf. de tre beskrevne hændelsestyper er brug for:

- at indhente supplerende oplysninger omkring en hændelse.
- at foretage visitering af en hændelsesrapportering til en anden sektor
- at indlede en analyse på tværs af sektorer. Her er det risikomanagerens opgave at sikre, at der bliver iværksat analyse af hændelsen

Der er mulighed for at udpege risikomanagere på flere underliggende niveauer. Som udgangspunkt kontaktes den mest decentralt placerede risikomanager. I tråd med denne organisering af risikomanagerfunktioner er der på sygehusområdet, udover regionale risikomanagere, udpeget risikomanagere på alle sygehuse. Er der brug for eksempelvis supplerende oplysninger omkring en hændelse er det sygehusets risikomanager, der kontaktes. (Kontaktoplysninger på de risikomanagere, der varetager kontakten mellem sektorerne, vil fremgå af deltagerlisten for faglige følgegruppe. Listen kan findes på www.sundhedsaftaler.rm.dk.)

Analysemetoder i forbindelse med hændelser i sektorovergange

Alle utilsigtede hændelser, der implicerer flere sektorer, internt i regionen eller mellem region og kommune, 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 en systemisk tilgang er der i analysen fokus på omstændighederne omkring en hændelse, mens der ikke fokuseres på, hvem der "er skyld" i hændelsen.

I forbindelse med en hændelse er det de involverede risikomanagere, der i fællesskab beslutter hvilken analysemetode, der anvendes.

Dybdegående retrospektiv analyse

Er der tale om en meget alvorlig hændelse på tværs af sektorer skal der foretages en dybdegående analyse af hændelsen, hvor der som minimum deltager risikomanagere og ledelsesrepræsentanter fra hvert af de implicerede områder. Der udarbejdes en analyserapport, der som minimum indeholder et resume og en handleplan.

Den regionale risikomanager for området kan ved behov deltage som proceskonsulent.

En dybdegående retrospektiv analyse kan eksempelvis foretages ved anvendelse af kerneårsagsanalysemetoden. (Introduktion til kerneårsagsanalyse: Bilag 2)

For mindre alvorlige hændelser kan følgende analysemetoder benyttes:

Audit-metoder

Ved mindre alvorlige hændelser på tværs af kommune og region kan analysen foretages ved hjælp af audit-metoden, hvor et team foretager en detaljeret analyse af flere enkelthændelser. (Eksempel på audit-metode er SEA-metoden, der på dansk er oversat til "hændelsesanalyse". Materiale til "hændelsesanalysen" findes på www.uth.rn.dk)

Simpel retrospektiv analyse

Ved mindre alvorlige hændelser på tværs af kommune og region, der ikke kræver en detaljeret gennemgang i et etableret team, kan analysen foregå ved kommunikation per telefon eller mail mellem de implicerede parter.
(Eksempel på skema til simpel retrospektiv analyse: Bilag 3)

Aggregeret retrospektiv analyse

Forekommer der flere mindre alvorlige hændelser af samme type i samarbejdet mellem region og kommune skal det vurderes, om der skal foretages en analyse af problemfeltet på tværs af kommune og relevante regionale områder.

Proaktive patientsikkerhedsanalyser

På områder hvor, der erfaringsmæssigt er risiko for fejl med patientskader, kan der, selv om der ikke er rapporteret utilsigtede hændelser, foretages en risikoafdækkende analyse

med henblik på at iværksætte tiltag til at forhindre, at der opstår patientskader. (Eksempel på proaktiv analyse er FMEA-metoden. Materiale til FMEA-metoden findes på www.patientsikkerhed.nrn.dk)

Regionale fora for patientsikkerhed

UTH-enhed

Med henblik på at sikre koordinering af arbejdet omkring utilsigtede hændelser mellem sygehusområdet, Primær Sundhed, Speciaalsektoren og det præhospitale område internt i regionen er der i efteråret 2010 etableret en regional UTH-enhed. I enheden deltager to repræsentanter for sygehusvæsenet, fire repræsentanter fra Primær Sundhed (herunder en sundhedsaftalekonsulent) samt en repræsentant fra henholdsvis Speciaalsektor og det præhospitale område. Enhedens væsentligste opgaver består i at:

- koordinere implementering og udvikling af DPSD2, herunder:
 - sikre oprettelse af brugere af DPSD2,
 - koordinere tests og deltage i udvikling af DPSD2
 - samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner omkring implementering af DPSD2
- sikre en hensigtsmæssig sparring og koordinering mellem regionens sektorer vedrørende patientsikkerhed, eksempelvis i forhold til analysemetoder, kurser og information

Faglig følgegruppe

Som en del af sundhedsaftalen "*sundhedsaftalen om opfølgning på utilsigtede hændelser*" er der etableret en faglig følgegruppe for opfølgning på utilsigtede hændelser i sektorskift mellem region og kommune. Gruppen består af repræsentanter fra alle sygehuse og kommuner samt repræsentanter fra speciaalsektor, primær sundhed, det præhospitale område og sundhed, plan og kvalitet. Gruppen mødes 1 gang årligt og har bl.a. følgende opgaver:

- Evaluere indholdet og efterlevelsen af sundhedsaftalens indhold
- Opsamle erfaringer fra lokale kontaktudvalg og viderebringe disse til den administrative styregruppe
- Erfaringsudveksling på baggrund af hændelser i sektorovergange samt implementering af lovudvidelsen
- Planlægge fælles indsatser på tværs af sektorgrænserne

Regionale kontaktudvalg

Kontaktudvalgene har til opgave at implementere og udvikle samarbejdet mellem kommune, sygehus og praktiserende læge, inden for rammerne af sundhedsaftalerne. I den regionale sundhedsaftale om opfølgning på utilsigtede hændelser i overgange mellem

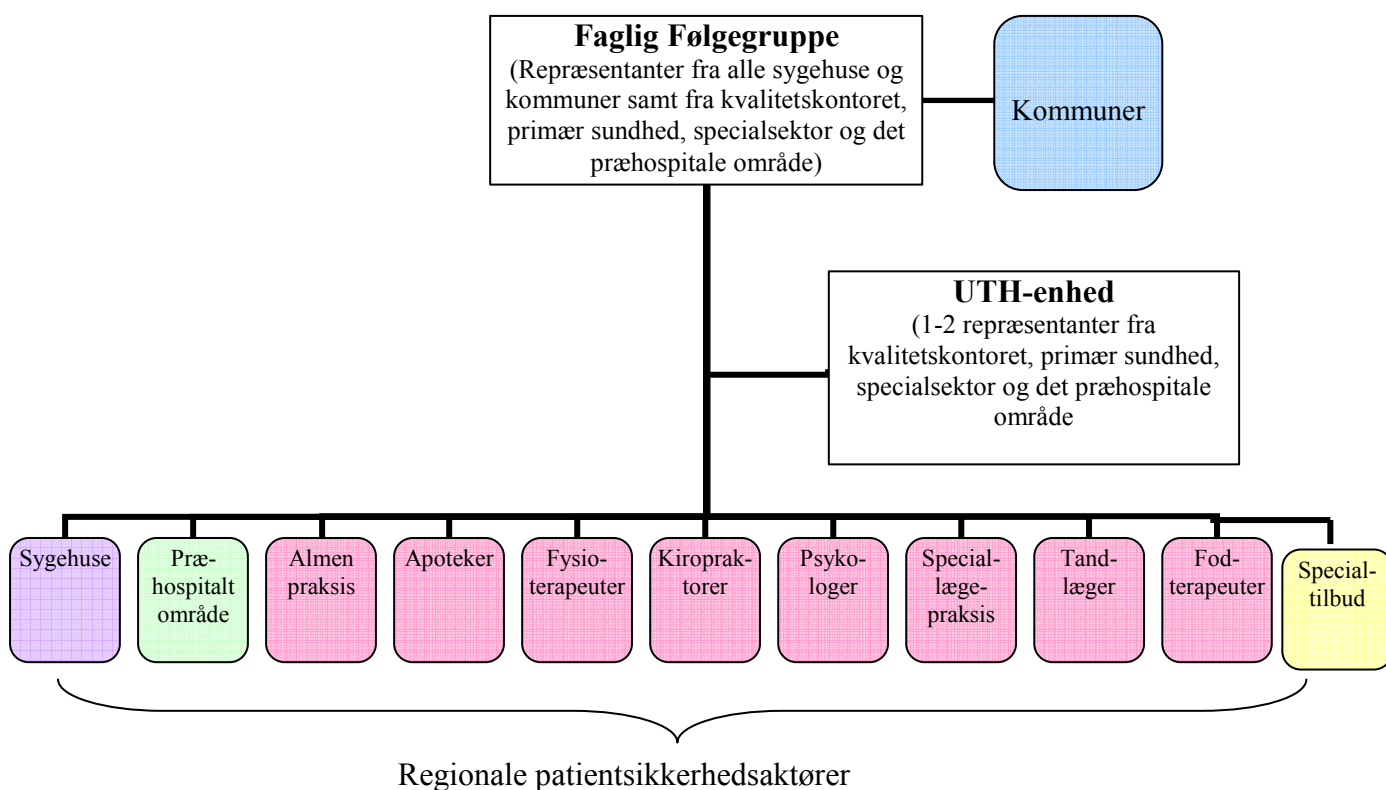
region og kommune anbefales det derfor, at kontaktudvalgene fra 2011 også drøfter patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser.

Det anbefales, at kontaktudvalgene på deres møder drøfter status for utilsigtede hændelser i sektorovergangene mellem de deltagende parter, herunder nedenstående punkter:

- Orienter om samt drøfte rapporterede hændelser samt tiltag der er iværksat i samarbejdet mellem de deltagende parter.
- Drøftelse af sager af principiel eller alvorlig karakter samt eventuel igangsættelse af yderligere undersøgelse.
- Igangsætte forebyggende tiltag.
- Videregivelse af information til den faglige følgegruppe for UTH samt Den Administrative Styregruppe.
- Nedsætte ad hoc undergrupper til yderligere undersøgelse samt igangsættelse af forebyggende tiltag.

De deltagende parter er ansvarlige for at formidle relevante erfaringer til medarbejdergrupper inden for eget område/sector.

Den overordnede regionale patientsikkerhedsorganisation er afbildet i diagram herunder:



Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på sygehusområdet

Hovedprincippet for patientsikkerhedsarbejdet på sygehusområdet i Region Nordjylland er, at det primære arbejde omkring utilsigtede hændelser foregår lokalt i afdelingerne og på sygehusene.

Patientsikkerhedsaktører

Patientsikkerhed er en ledelsesopgave, som involverer alle ledelsesniveauer på sygehusene i regionen. For at fremme patientsikkerhedskulturen er der udpeget personer med særlige opgaver inden for patientsikkerhedsarbejdet på alle niveauer i sygehusvæsenet. Disse har – i samarbejde med sygehusledelserne - en væsentlig rolle i forhold til at understøtte etablering af en sikkerhedskultur.

For at støtte den lokale forankring af patientsikkerhedsarbejdet er der i alle afdelinger på sygehusene i Region Nordjylland udpeget mindst én person med funktion som **patientsikkerhedsnøgleperson** (ps-nøgleperson). Disse forestår i samarbejde med afsnits- eller afdelingsledelse (afhængigt af den lokale patientsikkerhedsstrategi) sagsbehandling af de utilsigtede hændelser lokalt i afdelingerne.

På hvert sygehus i regionen er der derudover udpeget en person, der har funktionen som **sygehusrisikomanager**. Sygehusrisikomanager har mulighed for at følge rapporteringerne på eget sygehus og har en koordinerende rolle i forhold til patientsikkerhedsarbejdet lokalt i sygehusene.

På regionsniveau er der udpeget personer med funktioner som **regionale risikomanagere**. De regionale risikomanagere varetager bl.a. opgaver omkring uddannelse, udvikling, implementering og brugeradministration i forbindelse med DPS2, konsulentbistand i forhold til sygehusene samt koordinering af sygehusenes patientsikkerhedsarbejde, såvel internt i sygehusvæsenet som i forhold til øvrige sektorer og andre regioner.

Lokale patientsikkerhedsopgaver

I det følgende beskrives lokale patientsikkerhedsopgaver. Opgaverne kan afhængigt af organiseringen i det enkelte sygehus involvere henholdsvis ledelser på sygehusniveau, sygehusrisikomanagere, ledelser på afdelings- og afsnitsniveau samt ps-nøglepersoner i sygehuse.

Det er sygehusenes 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.¹ Dette kan eksempelvis ske ved:
 - At der på flere niveauer i organisationen er fora, hvor utilsigtede hændelser diskuteres regelmæssigt

¹ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 1 (4)

- At alle ledelsesniveauer bakker op omkring lokale forbedringstiltag i forbindelse med analyser af utilsigtede hændelser, samt at der sikres opfølgning af analyserne
 - At afsnits- eller afdelingsledelse deltager i analyser af afsnittets eller afdelingens rapporterede utilsigtede hændelser
 - At der løbende foregår en udpegning af ps-nøglepersoner i afdelingerne samt udpegning af lokal risikomanager på sygehusniveau
- At der foreligger klare retningslinjer eller instrukser for arbejdet med utilsigtede hændelser på minimum sygehusniveau. Retningslinjerne og instrukserne skal som minimum indeholde en beskrivelse af:
 - Principperne for gennemførelse af forebyggende tiltag og formidling af læring²
 - Opgavefordelingen i afdelingen eller afsnittet i forbindelse med sagsbehandling af utilsigtede hændelser³
 - Kommandovejene i forbindelse med hændelser, der er kategoriseret som "alvorlige" og "dødelige" herunder sygehusledelsens rolle i forbindelse med hændelserne⁴ (Alvorlighedsskala: Bilag 1)
 - Hvorledes der gives feedback til rapportør
 - Hvorledes der udpeges kliniske processer med særlig risiko for patienterne.⁵
 - At der foregår en systematisk risikovurdering og analyse af rapporterede utilsigtede hændelser i sygehuset
 - At mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser monitoreres⁶
 - At alvorlige utilsigtede hændelser analyseres dybdegående⁷
 - At der prioriteres og iværksættes konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer på patientsikkerhedsområdet⁸
 - At sygehusets ansatte motiveres til at rapportere utilsigtede hændelser, herunder at ansatte har mulighed for vejledning i anvendelse af elektronisk rapportering
 - At sagsbehandling af utilsigtede hændelser foretages, således at den færdige rapport kan indsendes til Patientombuddet inden for den i loven fastsatte tidsramme

Regionale patientsikkerhedsopgaver

Væsentligste opgavefunktioner for regionale risikomanagere:

- Planlægge, afholde og koordinere uddannelsesaktiviteter
- Understøtte implementering og anvendelse af nye risikoafdækkende analysemetoder i sygehusene
- Deltage i nationale projektgrupper omkring patientsikkerhed

² Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 1 (4)

³ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 1 (4)

⁴ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 1 (4)

⁵ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.6, indikator 1 (4)

⁶ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 3 (4)

⁷ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 4 (4)

⁸ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8, indikator 5 (4)

- Formidle regionale og nationale informationer omkring patientsikkerhed til sygehusene, herunder udarbejdelse af årlig statusrapport omkring rapporterede utilsigtede hændelser i regionens sygehusvæsen
- Understøtte erfarings- og vidensdeling mellem sygehuse i regionen samt mellem sygehuse og primærsektoren
- Konsulentfunktion i forhold til personer, der arbejder med patientsikkerhed
- Udvikling, implementering og brugeradministration i forbindelse med rapporteringssystemet

Regionalt Patientsikkerhedsforum

For at sikre en koordinering af patientsikkerhedsarbejdet i Region Nordjylland samt for at fremme erfarings- og vidensdeling på området mellem sygehusene i regionen er der nedsat et regionalt **patientsikkerhedsforum** (ps-forum). Gruppen består af de lokale og regionale risikomanagere samt en repræsentant fra sygehusapoteket. Gruppens væsentligste opgaver er:

- Sikre vidensdeling og erfaringsudveksling samt medvirke aktivt til udvikling af proaktivt patientsikkerhedsarbejde i regionen.
- Medvirke til at samle dokumentation og skabe synlighed om effekten af patientsikkerhedsarbejdet, -lokalt, regionalt og nationalt.
- Løbende diskutere sygehusenes alvorlige hændelser og afledte analyser med henblik på at uddrage læring heraf samt eventuelt foreslå forebyggende tiltag. Formidle erfaringer i forbindelse med øvrige patientsikkerhedsaktiviteter på tværs af sygehuse.
- Indgå i dialog med regionens Sundheds- og Psykiatribrugerråd om dokumentation af regionens patientsikkerhedsarbejde.
- Drøfte forskellige publikationer (eks. temarapporter og vejledninger) der med afsæt i rapporterede utilsigtede hændelser udkommer fra Sundhedsstyrelsen og Patientombuddet, herunder planlægge formidlings- og implementeringsstrategier for publikationerne.
- Fungere som referencegruppe i forbindelse med projekter med patientsikkerhedselementer, eksempelvis nyt sygehusbyggeri og FMK.

En del af møderne i det regionale ps-forum afholdes som temamøder, hvor der er deltagelse af samarbejdspartnere som eksempelvis, arbejdsmiljøorganisationen, Koncern IT, Patientdialogkontoret m.m.

Regionale samarbejdspartnere

Med henblik på at drage mest mulig læring ud af rapporterede utilsigtede hændelser inden for sygehusområdet er der, udover de allerede nævnte patientsikkerhedsaktører, etableret et samarbejde med en række afdelinger og organisationer internt i regionen. De væsentligste samarbejdspartnere er beskrevet i følgende afsnit.

Koncern IT

Udpegede kontaktpersoner fra Koncern IT får tilsendt kopier af alle rapporteringer omkring utilsigtede hændelser, som involverer it-systemerne RIS/PACS, Theriak og Labka. Koncern IT har udpeget en kontaktperson inden for hvert af disse systemer. Koncern IT vurderer, om hændelsesbeskrivelsen giver anledning til kvalitetsoptimeringer i videreudviklingen af det pågældende IT-system. (Samme procedure gælder ikke for Sygehus Thy-Mors, der er koblet op på andre IT-systemer end det øvrige Region Nordjylland.)

Sygehusapotek

Som tidligere nævnt deltager en repræsentant fra Regionens Sygehusapotek i det regionale ps-forum. Alle rapporter med utilsigtede hændelser omhandlende medicinering sendes i kopi til kontaktpersonen. På baggrund af rapporteringerne har kontaktpersonen på Sygehusapoteket mulighed for at tage kontakt til en ps-nøgleperson i en afdeling, hvis det vurderes at Sygehusapoteket kan være sparringspartner i forbindelse med analyse og handleplan for en utilsigtet hændelse. Rapporteringerne giver desuden Sygehusapoteket mulighed for at komme med forslag til regionale eller lokale fokusområder inden for medicinering. (Denne procedure gælder ligeledes ikke for Sygehus Thy-Mors)

Indkøbs- og teknisk afdeling

Der samarbejdes løbende med både indkøbsafdelingen og tekniske afdelinger. Der samarbejdes bl.a. med indkøbsafdelingerne i forbindelse med udsendelse af nationale obs-meddelelser, der implicerer konkret medicinsk udstyr. Det kan være obs-meddelelser udsendt fra Sundhedsstyrelsen, Patientombuddet eller andre regioner, hvor det er relevant at få klarlagt, om – og i hvilket omfang - det pågældende medicinske udstyr anvendes i regionen.

Samarbejdet med de tekniske afdelinger er hovedsageligt baseret på rapporterede hændelser, der implicerer defekt medicoteknisk udstyr, eller hvor et medicoteknisk udstyr fejlanvendes, og hvor der eksempelvis ønskes hjælp til ændring af design. Hændelser der omhandler teknisk udstyr sendes i kopi til en kontaktperson i den aktuelle tekniske afdeling.

Infektionshygiejnen

Med implementering af DPSD2 i sygehusene medio 2011 er infektioner en hændeskategori, der skal rapporteres. Der er derfor indledt et samarbejde med den regionale hygiejneorganisation med henblik på at sikre bedst mulig læring på baggrund af rapporterede hændelser omhandlende infektioner. Hændelser inden for kategorien infektioner samt andre hændelser, der omhandler hygiejne sendes i kopi til kontaktperson i hygiejneorganisationen og der afholdes løbende møder mellem de to organisationer, hvor læringspotentialer diskuteres.

Arbejds miljøorganisationen

En stor del af de rapporterede utilsigtede hændelser i sygehusene indeholder elementer af arbejdsmiljø. Med henblik på at sikre en overordnet koordinering af arbejdet inden for arbejdsmiljø- og patientsikkerhedsorganisationen afholdes der derfor på regionalt niveau løbende møder mellem de to organisationer.

Med henblik på at sikre koordinering af arbejdet mellem de to organisationer har arbejdsmiljøorganisationen valgt at anvende analyseredskaber til arbejdsmiljøhændelser, der ligger tæt op ad de analyseredskaber, der anvendes inden for patientsikkerhedsområdet.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

Sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser inden for sygehusområdet kan overordnet beskrives ved følgende 3 trin:

1. En sundhedsperson identificerer og registrerer en utilsigtet hændelse, som indtastes i DPS2. Hændelsen modtages af den person, der er valgt som initialmodtager for det sted, hvor hændelsen skal analyseres. Initialmodtager er oftest sygehusets risikomanager. Enkelte steder kan der være initialmodtagere i afdelingerne.
2. Initialmodtageren visiterer hændelsen til den eller de afdelinger, hvor hændelsen har fundet sted. Initialmodtageren sender desuden hændelsen i kopi til de tidligere nævnte regionale samarbejdspartnere, hvis hændelsen vedrører et af disse områder. Indeholder hændelsen arbejdsmiljøaspekter tages der kontakt til den lokale arbejdsmiljørepræsentant.
3. Afdelingen foretager sagsbehandling af hændelsen. Er der tale om en hændelse, der er kategoriseret som "dødelig" foretages en dybdegående retrospektiv analyse, eksempelvis en kerneårsagsanalyse. Ved hændelser kategoriseret som "alvorlig" vurderes det i hvert enkelt tilfælde, om det er aktuelt med en dybdegående analyse. (Introduktion til kerneårsagsanalyse: Bilag 2) Til øvrige hændelser kan anvendes en simpel retrospektiv analyse (Skema til anvendelse ved simpel retrospektiv analyse: Bilag 3). Hændelsen anonymiseres. Der gives feedback til rapportør og hændelsen indsendes via DPS2 til Patientombuddet.

Analyse af utilsigtede hændelser

Det enkelte sygehus beslutter selv, hvilke specifikke analysemetoder der anvendes i forbindelse med rapporterede utilsigtede hændelser. I det følgende omtales en simpel retrospektiv analyse som eksempel på en analysemetode i forbindelse med mindre alvorlige hændelser og en kerneårsagsanalyse som et eksempel på en dybdegående retrospektiv analysemetode. Eksempler på andre analysemetoder er nævnt i afsnittet "Analysemetoder i forbindelse med hændelser i sektorovergange".

Analyse ved mindre alvorlige hændelser

Som minimum bør alle hændelser give anledning til spørgsmålene: Hvad skete der? Hvorfor skete det? Hvad kan forhindre, at det 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.⁹ Analyserne forventes at omfatte kort analyse samt eventuelt en handle- og monitoreringsplan. (Eksempel på analyseskema til anvendelse ved simpel retrospektiv analyse: Bilag 3)

Analyse ved alvorlige hændelser

Ved planlægning af en dybdegående analyse kontakter afdelingen sygehusets risikomanager med henblik på den videre planlægning og sygehusledelsen orienteres om hændelsen.

Kerneårsagsanalyse:

Ved en kerneårsagsanalyse foretages en systematiseret gennemgang af et hændelsesforløb med henblik på at finde frem til kerneårsager til hændelsen. Med udgangspunkt i disse kerneårsager opstilles en handleplan for, hvorledes man kan forebygge, at en lignende hændelse sker igen ligesom det beskrives, hvorledes det monitoreres at handleplanen overholdes. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har udarbejdet en håndbog og en vejledning, hvori fremgangsmåden for en kerneårsagsanalyse detaljeret beskrives (9, 10). I sygehusvæsenet i Region Nordjylland anvendes, i det omfang det findes hensigtsmæssigt, denne håndbog og vejledning i arbejdet med kerneårsagsanalyser.

Udover ps-nøglepersonen, afsnits- og afdelingsledelse deltager også de sundhedspersoner, der har været impliceret i hændelsen, i kerneårsagsanalysen. Analysen forestås af 1 – 2 proceskonsulenter, hvoraf det anbefales, at mindst én af disse ikke er ansat i den afdeling, hvor hændelsen er sket. (Introduktion til kerneårsagsanalyse: Bilag 2)

Sygehusene afvikler selv kerneårsagsanalyser i forbindelse med hændelser, der er foregået i eget regi. Derfor bør det tilstræbes, at mindst én person på hvert sygehus er uddannet til proceskonsultation ved kerneårsagsanalyser.

Den anonymiserede rapport sendes til henholdsvis afdelings- og sygehusledelse på deltagende afdelinger og sygehuse. Selvom rapporten er anonymiseret kan der være elementer i rapporten, der kan pege i retning af enkelte sundhedsansattes identitet. Derfor skal rapporten behandles fortroligt og må ikke distribueres til andre personer end de, der arbejder med patientsikkerhed i regionen. Dog kan anonymiserede kerneårsagsanalyser indgå i regionale eller nationale forskningsprojekter, såfremt det af regionen vurderes, at de implicerede personer eller den konkrete hændelse ikke er genkendelig.

Reaktion overfor patient og impliceret personale ved en utilsigtede hændelse

Som tidligere nævnt fører rapportering af en utilsigtet hændelse til patientsikkerhedsdatabasen *ikke* til indbringelse af hændelsen for Patientklagenævnet.

⁹ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.8., indikator 1 (4)

Tværtimod kan information til patienten om utilsigtede hændelser muligvis føre til færre klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virke til Patientklagenævnet. Dette skyldes, at patienter, der informeres om en utilsigtet hændelse og om, at hændelsen analyseres med henblik på at forebygge, at en lignende hændelse sker igen, formentlig vil være mindre tilbøjelige til at klage til en instans som Patientklagenævnet. I hvert fald viser flere både udenlandske og danske undersøgelser, at det er langt vigtigere for patienterne, at sundhedspersonalet lærer af deres fejl, end at personalet drages til ansvar for fejlene. (7,8)

Der skal foreligge retningslinjer for, hvorledes det enkelte sygehus yder omsorg til patienter, pårørende og personale efter en alvorlig utilsigtet hændelse.¹⁰

Læring, uddannelse og formidling i forbindelse med utilsigtede hændelser

Lokal læring

Som beskrevet i afsnittet omkring lokale patientsikkerhedsopgaver, så skal det enkelte sygehus sikre, at der, på baggrund af de utilsigtede hændelser der sker på sygehuset, foregår en systematisk læring og vidensdeling lokalt. Der opfordres til en løbende ajourføring af sundhedspersonalet omkring hændelser i afdelingen, og omkring hvilke eventuelle tiltag disse har afstedkommet.

Regional læring

Det er de regionale risikomanageres ansvar, at der på baggrund af utilsigtede hændelser og analyser på sygehusområdet formidles læring på tværs af sygehuse i Region Nordjylland. Det regionale ps-forum udgør et vigtigt forum, hvor erfaringer udveksles på tværs af sygehuse.

Opgaven omkring at sikre vidensdeling og erfaringsudveksling på baggrund af hændelser i sektorovergange mellem region og kommune varetages af den regionale UTH-enhed samt af den faglige følgegruppe, der er nedsat i regi af "sundhedsaftalen om opfølgning på utilsigtede hændelser"

På regionalt niveau udgives kvartalvise nyhedsbreve, hvori der orienteres om nyheder på patientsikkerhedsområdet inden for sygehusområdet. Nyhedsbrevene kan læses på www.patientsikkerhed.rn.dk.

På regionalt niveau udgives desuden en årlig rapport, som indeholder statistikker på baggrund af årets rapporterede hændelser og dels en beskrivelse af igangværende og kommende patientsikkerhedstiltag.

National læring

Det er Patientombuddets ansvar, at der foregår læring på baggrund af det samlede nationale billede af utilsigtede hændelser. Patientombuddet vil på baggrund af de rapporterede hændelser formidle vejledninger, generelle faglige anbefalinger og forslag til tiltag til regionerne.

¹⁰ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel, standard 1.2.9

Patientombuddet udsender fire gange årligt et nyhedsbrev i forbindelse med databasen på: www.dpsd.dk. Patientombuddet skal desuden afgive en årlig beretning om rapporteringssystemet, hvor mere overordnede og generelle problemstillinger tages op. (6)

Kompetenceudvikling af patientsikkerhedsaktører

Patientsikkerhedskurser

Der er i et samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland nedsat en uddannelsesgruppe, som løbende afholder patientsikkerhedskurser. Der afholdes årligt dels et 2-dages grundkursus i patientsikkerhed og dels et opfølgingskursus i patientsikkerhed. Kurserne er målrettet ps-nøglepersoner og andre ansatte med interesse for patientsikkerhed og har til formål at give de personer, der dagligt arbejder med patientsikkerhed et både teoretisk og praktisk fælles fundament i arbejdet.

Kompetenceudvikling i proceskonsultation i patientsikkerhedsanalyser

I Region Nordjylland uddannes proceskonsulenter til varetagelse af kerneårsagsanalyser ved sidemandsoplæring, hvor en uddannet/erfaren proceskonsulent varetager oplæringen af en ny proceskonsulent. Der introduceres desuden til metoden på det tidligere nævnte grundkursus i patientsikkerhed.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på det præhospitale område

Arbejdet med patientsikkerhed indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland foregår indenfor to delområder. Dette være sig hos den ambulanceoperatør, der varetager ambulancetjenesten i Region Nordjylland samt i regionens vagtcentral.

Patientsikkerhedsaktører

For at fremme patientsikkerhedskulturen samt sikre forankring og involvering i patientsikkerhedsarbejdet hos såvel regionens ambulanceoperatør som i den regionale vagtcentral, er der udpeget **lokale risikomanagere** eller **patientsikkerhedskontaktpersoner** (ps-kontaktpersoner) med særlige opgaver indenfor patientsikkerhedsarbejdet. Disse har – i samarbejde med, dels ledelsen i henholdsvis ambulancetjenesten og regional vagtcentral, dels regional risikomanager indenfor præhospitalt område – til opgave at medvirke til, at understøtte etablering af en sikkerhedskultur i organisationen og dermed eliminere eller reducere risikoen for skader som følge af utilsigtede hændelser i forbindelse med patientens kontakt med organisationen.

Der er udpeget en person med funktioner som **regional risikomanager** indenfor præhospitalt område. Den regionale risikomanager varetager bl.a. opgaver vedrørende implementering, udvikling og koordinering af patientsikkerhedsarbejdet indenfor ambulancetjenesten og vagtcentralen samt sagsbehandling i DPS2 af rapporterede utilsigtede hændelser indenfor præhospitalt område. Desuden bidrager regional risikomanager med konsulentbistand for såvel ambulancetjenesten som vagtcentralen i patientsikkerhedsarbejdet.

Opgaver for lokale risikomanagere og ps-kontaktpersoner

Lokale risikomanagere i ambulancetjenesten samt ps-kontaktpersoner i regional vagtcentral har til opgave at medvirke til at sikre følgende:

- At det sikres, at ledere og medarbejdere kender retningslinjerne for arbejdet med utilsigtede hændelser¹¹.
- 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 i henholdsvis ambulancetjenesten og vagtcentralen, 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.

¹¹ Jf. Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område, standard 1.2.6

- At der foretages en analyse og klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser indenfor præhospitalt område, 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 regional risikomanager indenfor præhospitalt område, således at afsluttende sagsbehandling kan foretages indenfor den i loven fastsatte tidsramme.
- At ansatte i ambulancetjenesten motiveres til og understøttes i at rapportere utilsigtede hændelser, eksempelvis i form af vejledning i anvendelse af elektronisk rapportering.
- at relevant(e) repræsentant(er) fra ambulancetjenesten eller vagtcentralen, ved behov, indgår i analyser af hændelser, der går på tværs af præhospitalt 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. Vedkommen modtager alle rapporterede utilsigtede hændelser, der er rapporteret indenfor præhospitalt område i Region Nordjylland via DanskPatientSikkerhedsDatabase (DPSD2).
- At modtagne hændelsesrapporter videresendes til analyse hos henholdsvis lokale risikomanagere i ambulancetjenesten eller ps-kontaktpersoner i den regionale vagtcentral.
- At foretage sagsbehandling af rapporterede utilsigtede hændelser indenfor præhospitalt område i DPSD2. Dette gøres på baggrund af fremsendte analyser af hændelsesrapporter udarbejdet i henholdsvis ambulancetjeneste og i regional vagtcentral.
- At yde konsulentbistand for ambulancetjeneste og vagtcentral – eksempelvis i forbindelse med gennemførelse af dybdegående analyser af utilsigtede hændelser eller i vejledning i elektronisk rapportering af utilsigtede hændelser.
- Fremsendelse af rapportudtræk og statistik fra DPSD2 til ambulancetjeneste og vagtcentral, 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 præhospitalt område og anden sektor.
- Deltage i regionale mødefora omkring patientsikkerhed.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

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

1. En sundhedsperson identificerer en utilsigtet hændelse, og rapporterer denne i DPSD2. Hændelsesrapporten modtages hos initialmodtager (regional risikomanager) indenfor præhospitalt område.
2. Initialmodtager videresender hændelsesrapporten til lokale risikomanagere i ambulancetjenesten eller ps-kontaktpersoner i vagtcentralen – 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 regional risikomanager.
4. Regional risikomanager foretager sagsbehandling af hændelsesrapport på baggrund af modtagne analyse- og klassifikationsskemaer fra henholdsvis Falck og vagtcentralen. Hændelsesrapporten anonymiseres og indsendes til Patientombuddet.

Analyse af utilsigtede hændelser

Henholdsvis ambulancetjenesten og Vagtcentralen beslutter selv, hvilken form for analyse der anvendes i forbindelse med rapporterede utilsigtede hændelser. Dog bør følgende spørgsmål rejses i analyse af rapporterede utilsigtede hændelser – 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 DPSD2:

- Klassifikation af hændelsestype
- Klassifikation af alvorlighedsgrad (Alvorlighedsskala: bilag 1)

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 (Introduktion til kerneårsagsanalyse: bilag 2).

Reaktion overfor patient og impliceret personale ved en utilsigtede hændelse

Som tidligere nævnt fører rapportering af en utilsigtet hændelse til patientsikkerheds-databasen *ikke* til indbringelse af hændelsen for Patientklagenævnet. Tværtimod kan information til patienten om utilsigtede hændelser muligvis føre til færre klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virke til Patientklagenævnet. Dette skyldes, at patienter, der informeres om en utilsigtet hændelse og om, at hændelsen analyseres med henblik på at forebygge, at en lignende hændelse sker igen, formentlig vil være mindre tilbøjelige til at klage til en instans som Patientklagenævnet.

Der skal foreligge retningslinjer for, hvorledes der ydes omsorg til patienter, pårørende og personale efter en alvorlig utilsigtet hændelse – herunder information om klage- og erstatningsmuligheder¹²

¹² Jf. Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område, standard 1.2.6 og 1.2.7

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Specialektoren

Specialektoren har arbejdet med registrering af utilsigtede hændelser vedrørende medicin i mange år. Med ikrafttrædelse af lovgivning på området i regi af Sundhedsstyrelsen, er indsatsen udvidet til også at omfatte nogle medicinrelaterede områder. En del af sektorens fokus er at få opmærksomhed på dette i løbet af 2011.

Arbejdet, med at udvikle praksis til at omfatte alle dele af lovgivningen, formidles via sektorens administration til de socialfaglige tilbuds ledelse og den lokale organisering for utilsigtede hændelser. Dette foregår som generel information om patientsikkerhed, og drøftelser af mulighederne for medarbejderinddragelse både på et regionalt og et lokalt niveau. Det er hensigten, at de for sektoren nye emner inden for utilsigtede hændelser bliver indarbejdet i de eksisterende procedurer angående analyse og udarbejdelse af handleplaner.

Den administrative håndtering af hændelser via DPS2 foretages af en regional risikomanager, som også er initialmodtager, og dermed er Specialektorens organisering indtil videre centraliseret.

Opgaver for den regionale risikomanager

De væsentligste opgaver for regional risikomanager er følgende:

- At være initialmodtager af rapporterede utilsigtede hændelser via DPS2
- At modtagne hændelsesrapporter videresendes til analyse hos lokale UTH-organisationer.
- At foretage sagsbehandling af rapporterede utilsigtede hændelser i DPS2
- 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 DPS2, 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 regionale mødefora omkring patientsikkerhed.

Fremadrettede mål

D.13.9. 2011 afholder Specialektoren en temadag hvor de lokale UTH-organisationer er indbudt til en grundig introduktion af lovgivningen, gennemgang af databasen og de forskellige aktører i UTH-samarbejdet. Desuden vil der være oplæg til drøftelser af lokale forankringstiltag og erfaringsudveksling blandt de UTH-ansvarlige.

Specialektoren har i samarbejde med de øvrige 4 regioners social og specialiseringsområder valgt at benytte Den danske kvalitetsmodel på det sociale område som ramme for arbejdet med utilsigtede hændelser. Som en del af dette arbejde, vil der

være fokus på medarbejdernes situation i forbindelse med alvorlige utilsigtede hændelser og en løbende inddragelse af arbejdsmiljøfunktionen.

Samarbejde

Specialektoren deltager desuden i projektet vedrørende UTH-klinikken med henblik på at oparbejde gode procedurer for tværsektorielt samarbejde.

Risikomanageren er den del af den regionale UTH-enhed og deltager i at koordinere samarbejdet internt i Region Nordjylland.

Desuden deltager Specialektoren i den faglige følgegruppe i henhold til Sundhedsaftalerne.

Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Primær Sundhed

Arbejdet med utilsigtede hændelser i Primær Sundhed er forankret i en fuldtidsansat regional risikomanager, en ½-tids ansat sagsbehandler samt en tilknyttet, lægefaglig UTH-konsulent på ca. 8 timer om ugen. (Skematisk overblik over organisering og opgaver: bilag 4)

Den regionale risikomanager har til opgave henholdsvis at sikre daglig drift af UTH-arbejdet. Det vil sige i samarbejde med sagsbehandleren at sikre, at de indkomne rapporter behandles i DPSD2 m.v.

Derudover har risikomanageren til opgave at sikre udrulning og udbredelse af kendskabet til UTH blandt de ydere, som Primær Sundhed dækker over: Praktiserende læger, speciallæger, apoteker, tandlæger, psykologer, kiropraktorer, fodterapeuter og fysioterapeuter.

Der skal indgås konkrete aftaler om forløb med de enkelte faggrupper, da sagsbehandling og nærmere analysearbejde i forbindelse med indrapporteringer ikke er en del af overenskomsterne med de enkelte faggrupper. Der er f.eks. indgået en central aftale mellem Danmarks Apotekerforening og Danske Regioner, der i særlig grad bygger på gensidige forpligtigelser og muligheder – en aftaleform der overvejes bragt i anvendelse med andre faggrupper i Nordjylland som mulig metode til fremtidigt samarbejde.

Primær Sundhed indgår desuden i et tæt samarbejde med Nord-KAP om UTH-arbejdet. Den lægefaglige UTH-konsulent er en vigtig del af udrulningen af og kendskabet til UTH primært blandt de praktiserende læger, med også i relation til de øvrige faggrupper, der er ansat i Nord-KAP-regi som eksempelvis praksiskonsulenter. Risikomanageren og konsulenten deltager ydermere i forskellige former for fyraftensmøder, 12-mandsforeninger, erfa-grupper m.v., der kan bidrage til at skabe opmærksomhed omkring patientsikkerhedsarbejdet og utilsigtede hændelser som en metode for læring og samarbejde både i den enkelte klinik/enkelte yder, men også mellem faggrupper og sektorer.

Udover samarbejdet med yderne i konkrete hændelsessager, indgår Primær Sundhed ligeledes i en række fora på tværs af kommuner, regioner og foreninger med det formål at iværksætte samarbejder og analyse-muligheder på områder, hvor det giver mening at indgå i større sammenhænge for udbredelsen og udviklingen af patientsikkerhedsarbejdet.

Referencer

1. Pedersen, Beth Lilja & Mogensen, Torben: *"Patientsikkerhed – hvorfor nu det?"* i: Pedersen & Mogensen: Patientsikkerhed – fra sanktion til læring. Munksgaard 2003.
2. Sundhedsloven. Lov nr. 913 af 13. juli 2010.
3. Den Danske Kvalitetsmodel. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2008.
4. DSKS. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og – definitioner. DSKS, 2003.
5. Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, Patientombuddet. Vejledning nr. 1 af 03/01/2011.
6. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, Patientombuddet, BEK nr. 1 af 03/01/2011.
7. Gallagher, Thomas H. and Mary Hardy Lucas: "Should We Disclose harmful Medical Errors to Patients? If So, How)" JCOM Vol. 12, No. 5, 2005.
8. Marlene Dyrlov Madsen: *"Safety Culture & Patient Safety Ethics"*. PhD Dissertation May 2006 Roskilde University & Risø National Laboratory.
9. Dansk Selskab for Patientsikkerhed: Håndbog i Kerneårsagsanalyse, 2003.
10. Dansk Selskab for Patientsikkerhed: Kerneårsagsanalyse, 2004.

Nyttige hjemmesider vedrørende patientsikkerhed

Regionens hjemmeside for patientsikkerhed på sygehusområdet:

På hjemmesiden er det bl.a. muligt at tilmelde sig nyhedsbrev for patientsikkerhed på sygehusområdet og finde information om analyseredskaber samt patientsikkerhedskurser.

Dansk PatientsikkerhedsDatabase: <http://www.dpsd.dk/>

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

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: <http://www.patientsikkerhed.dk/>

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er en forening, der arbejder for at bedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. På hjemmesiden beskrives selskabets formål, strategi og arbejdsprogram, bestyrelsens anbefalinger m.m. På hjemmesiden findes en mængde information om patientsikkerhed generelt. Der findes oplysninger om kursusaktivitet og en kalender med information om nationale og internationale arrangementer, et videnscenter og et opdateret link til en masse hjemmesider om patientsikkerhed. Selskabet udgiver et nyhedsbrev, som man kan tilmelde sig elektronisk.

Sikkerpatient: <http://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.

Den Danske Kvalitetsmodel: <http://www.ikas.dk/>

Hjemmesidens budskab er at medvirke til at synliggøre Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenets (IKAS) virksomhed og give svar på nogle af alle de spørgsmål, som naturligt opstår i forbindelse med indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel. Der findes generel information om IKAS og Den Danske Kvalitetsmodel, om standarder og indikatorer, aktuelt og meget mere.

Den Danske Kvalitetsmodel - Socialområdet: <http://www.socialkvalitetsmodel.dk/>

Patientombuddet: www.patientombuddet.dk

Patientombuddet fungerer som én samlet indgang for patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen.

Patientombuddet behandler også klager over tilsidesættelse af patientrettigheder og klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning.

Patientombuddet 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.

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.

Medline:

Fremstilles af US national Library of Medicine og stilles gratis til rådighed for verden. Rummer 4.500 tidsskrifter inden for sundhedsfag bredt. Engelsk.

Bilag 1: Alvorlighedsskala

1. Ingen skade
2. Mild: Lettere forbigående skade, som ikke krævede øget behandling eller øget plejebyrde
3. Moderat: Forbigående skade, som krævede indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge, eller øget plejebyrde eller for indlagte patienter øget behandling
4. Alvorlig: Permanent skader, som krævede indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejebyrde eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling
5. Dødelig

Bilag 2: Introduktion til kerneårsagsanalyse

Formål

Formålet med kerneårsagsanalyse er, at identificere tilgrundliggende (kerne)årsager der førte til hændelsen for herigennem at kunne eliminere disse årsager og forebygge, at en lignende hændelse sker igen.

De grundlæggende spørgsmål i analysen er:

- Hvad skete der?
- Hvorfor skete det?
- Hvad kan forhindre, at det sker igen?
- **Aldrig: Hvem er skyld i at det skete?**

Disse spørgsmål besvares ved at gennemgå følgende analysefaser:

- Det faktuelle hændelsesforløb fastlægges
- Kerneårsager findes
- Handlings- og monitoreringsplan udarbejdes

Anvendelse

Kerneårsagsanalyse anvendes ved:

- Alle hændelser, der er kategoriseret "dødelige"
- Øvrige hændelser, hvor afdelingsledelsen vurderer, at der er behov for en dybdegående analyse

Deltagere

Der skal som minimum deltage følgende personer i kerneårsagsanalysen:

- Afdelingsledelsen
- Involverede klinikere (eller sundhedspersoner med tilsvarende funktioner)
- 1-2 Proceskonsulenter
- Afdelingens patientsikkerheds-nøgleperson

Herudover kan man indkalde eksperter til møderne og afhængigt af den lokale patientsikkerhedsstrategi kan sygehusledelsen vælge at deltage i analyserne.

Ansvarsfordelingen i forbindelse med kerneårsagsanalyse

Det er afdelingsledelsen der er ansvarlig for at iværksætte.

- Afdelingsledelsen indkalder til møderne og finder mødelokaler.
- Afdelingsledelsen og afdelingens ps-nøgleperson fremskaffer relevant materiale til analysen. (journal- og kardexmateriale, en beskrivelse af hændelsen fra involverede personer samt eventuelt medicinsk udstyr)

- Proceskonsulenterne foretager imellem møderne en databearbejdelse, som fremlægges på det efterfølgende møde.
- Afdelingsledelsen byder velkommen. Proceskonsulenterne er mødeleder og ordstyrer.

Rammer for analysen

Følgende rammer skal sikres:

- At møderne foregår i et neutralt lokale væk fra afdelingen.
- At møderne forløber uden forstyrrelser af eksempelvis personsøgere og mobiltelefoner
- At der er fastsættes en møderække (2-3 møder af 2 timer)
- Der er mødepligt til møderne
- Arbejdet på møderne foregår i fortrolighed, hvilket betyder at:
 - Anvendt journalmateriale, kardexudskrift o. lign. er anonymiseret
 - Alle oplysninger er fortrolige, og må ikke bringes videre

Selve analysen

Der udpeges en skribent.

Proceskonsulenterne styrer mødet så alle kommer til orde i en ligeværdig dialog.

Teamets medlemmer bidrager med faglige oplysninger og udsagn.

Håndbog i kerneårsagsanalyse fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed kan anvendes med henblik på at sikre en systemisk tilgangsmåde.

Analysen munder ud i en anonymiseret rapport indeholdende handlings- og monitoreringsplan.

Bilag 3: Analysekema til anvendelse ved simpel retrospektiv analyse

Rapportnummer: Rapporteringsdato: Rapport indsendt til Patientombuddet:
Supplerende oplysninger:
Afdelingens analyse:
Konklusion:
Handleplan (indeholdende ansvarlige, tidsfrist og monitorering):
Formidling i egen afdeling/eget sygehus:

Bilag 4 Oversigt over organisering og opgaver i Primær Sundhed

