



Retningsgivende dokument for arbejdet med utilsigtede hændelser

Dokumentoverblik:

Dokumenttype: Tvær-regionalt retningsgivende dokument. Dokumentet indeholder også regionale retningslinjer gældende for alle. Desuden er der suppleret med lokale tilføjelser	Titel: Retningslinje for arbejdet med rapportering, analyse og opfølgning på utilsigtede hændelser.	Godkendt af Den nationale styregruppe og Danske Regioner har godkendt dokumentets tværregionale retningslinjer. Specialesektorens regionale retningslinjer godkendes af sektorens styregruppe for kvalitetsmodellen. Lokale tilføjelser er godkendt af forstander
Anvendelsesområde: Alle tilbud i Specialesektoren er omfattet af dokumentets retningslinjer. Alle regionale boformer og institutioner i henhold til §§ 67, 107 og 108 samt almenboliglovens § 185 b er formelt omfattet af kvalitetsmodellen.	Standard: Utilsigtede hændelser: <i>Bofor-men/institutionen rapporterer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser.</i>	Gældende fra: Januar 2012
Målgruppe: Alle medarbejdere på Specialesektorens tilbud.	Udarbejdet af: De tværregionale retningslinjer er lavet af regionernes koordinationsgruppe. Specialesektorens faglige referencegruppe for kvalitetsmodellen har bidraget til udarbejdelsen af dokumentets regionale retningslinjer. Lokale tilføjelser af Susanne Nørby	Revision senest: Januar 2014 De lokale instrukser udarbejdet på baggrund af dokumentet revideres i forbindelse med selvevaluering og eksternt evaluering
Nøgleord / Søgeord:		Revisionsansvarlig: Styregruppen for Dansk kvalitetsmodel på det sociale område.

1. Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at risikoen for forekomst af utilsigtede hændelser begrænses, samt at begrænse skader på borgere som følge af utilsigtede hændelser.

Retningslinjen skal desuden sikre systematisk opmærksomhed på og rapportering af utilsigtede hændelser for at skabe læring i organisationen og forebygge gentagelser.

Arbejdet skal understøtte udviklingen af et miljø, hvor det er muligt for medarbejderne at håndtere utilsigtede hændelser og drage læring heraf.

2. Anvendelsesområde



Alle tilbud i Specialsektoren er omfattet af dokumentets retningslinjer. Alle regionale boformer og institutioner i henhold til §§ 67, 107 og 108 samt almenboliglovens § 185 b er formelt omfattet af kvalitetsmodellen.

3. Definition af begreber

I det nedenstående defineres en række begreber. Det er vigtigt at være bekendt med disse forud for læsningen af ”fremgangsmåde” under punkt 6.

3.1 Utilsigtet hændelse

En utilsigtet hændelse defineres som en ikke-tilstræbt begivenhed, der *skader borgeren*, eller *medfører risiko for skade* (’nær-hændelse’) som følge af handlinger eller mangel på samme, og som omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl. En utilsigtet hændelse afgrænses her til begivenheder, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed.

3.2 Rapporteringspligt

Ifølge gældende lovgivning er der rapporteringspligt for utilsigtede hændelser i hele sundhedsvæsenet. Pligten gælder ikke alene hospitalerne, men blandt andet også sociale boformer og institutioner. De rapporteringspligtige hændelsestyper på socialområdet fremgår af afsnittet om fremgangsmåder

3.3 Rapportør

En medarbejder på en social boform eller institution, der bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen. Dette gælder både hændelser, hvor man som medarbejder selv har udført en indsats, og hændelser hvor man ikke selv har medvirket ved indsatsen. Eksempelvis hvis hændelsen er forekommet i en anden sektor. Alle medarbejdere på de regionale boformer og institutioner er rapporteringspligtige og kan dermed være rapportør uanset, at *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.* alene omtaler rapporteringspligtige som sundhedspersoner.

Herudover kan f.eks. også pårørende agere rapportør, idet alle kan indberette i databasen.

3.4 Sundhedsfaglig virksomhed

Sundhedsfaglig virksomhed relaterer sig både til ydelser efter sundhedsloven og serviceloven.

Det er ikke afgørende, om ydelsen, som en utilsigtet hændelse sker i forbindelse med, leveres efter den ene eller den anden lovgivning. Det afgørende er, om ydelsen er sundhedsfaglig. Fx er vedligeholdelsestræning og genoptræning efter serviceloven omfattet på samme vis som genoptræning efter sundhedsloven, fordi der i begge tilfælde er tale om sundhedsfaglig virksomhed.

Specialsektorens bemærkninger til rapporteringspligten:

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 specialsektorens tilgang at hændelsen rapporteres, således at det bliver muligt at drage læring heraf.

3.5 Sektorovergange

Utilsigtede hændelser i forhold til sektorovergange defineres som hændelser, der opstår i forbindelse med overdragelse af ansvar mellem sektorer. De utilsigtede hændelser, der sker i forbindelse med overdragelse af ansvar mellem sektorer kan altså omfatte alle typer af hændelser opstået i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, blot disse er sket i forbindelse med overdragelse af ansvar. Det-



te kan være overdragelse af ansvar fra hospital til boform i forbindelse med en borgers indlæggelse, overdragelse af ansvar mellem boform og praksissektor, kommunal sundhedssektor eller apoteker.

3.6 Medicinering

Utilsigtede hændelser i forhold til medicinering defineres som hændelser, der opstår i forbindelse med

- ordination,
- recepthåndtering,
- receptkontrol,
- håndtering af doseringskort,
- dispensering,
- administration,
- opbevaring,
- dokumentation,
- monitorering,
- emballering og navngivning og
- levering

- af medicin.

Bivirkninger ved medicin skal ikke rapporteres som utilsigtede hændelser.

3.7 Patient

I dette retningsgivende dokument anvendes begrebet *borger*, men vær opmærksom på, at begrebet *patient* benyttes i den gældende lovgivning for utilsigtede hændelser, der dækker både social- og sundhedsområdet. Derfor anvendes begrebet patient i Sundhedsstyrelsens database for rapporteringer www.dpsd.dk som betegnelse for både en borger, beboer, bruger, ung, barn m.v., når denne modtager en sundhedsfaglig ydelse og er udsat for en utilsigtet hændelse.

3.8 Uheld

Utilsigtede hændelser i forhold til uheld defineres som hændelser, der opstår, hvis borgeren kommer ud for

- et fald,
- en brandskade eller
- et andet uheld

- i forbindelse med en sundhedsfaglig virksomhed.

3.9 Infektioner

Utilsigtede hændelser i forhold til infektion defineres som hændelser, der opstår i forbindelse med en sundhedsfaglig ydelse. Det kan f.eks. være en infektion, der opstår som følge af en blodprøve, eller ved utilstrækkelig hygiejne i forbindelse med rensning af en borgers sår. Utilsigtede hændelser i forhold til infektion dækker også infektioner, som opstår efter kontakt med sundhedsvæsnet. Det kan fx være en infektion, der opstår i forbindelse med en kikkertundersøgelse af knæ eller skulder eller en infektion, der opstår i et operationssår efter indlæggelse.

3.10 Risikomanager

Risikomanageren er den person, der har til opgave at indhente supplerende oplysninger, viderevisitere hændelser eller iværksætte analyser. Risikomanagerens specifikke opgaver fastlægges regionalt



Vedrørende Specialsektorens risikomanager:

Specialsektorens risikomanager er Hanne Lützow Kirk. Risikomanagerens funktion indebærer:

- At vurdere om rapporterede hændelser er indenfor rapporteringspligten og placeret korrekt i systemet
- At sende rapporterede utilsigtede hændelser til behandling i tilbuddenes UTH-organisationer
- Ved tværsektorielle hændelser kontakte pågældende sektor med henblik på analyse
- At iværksætte en analyse af hændelser, hvor følgen af hændelsen er enten dødelig eller klassificeret som alvorlig
- At indberette handleplaner i databasen og lukke sager indenfor de 90 dage, som loven tilsiger
- At udarbejde et statistisk overblik over Specialsektorens utilsigtede hændelser 1 gang årligt

Hannes kontaktoplysninger er:

Mail: haluk@rn.dk

Tlf.: 96 35 15 50

4. Målgruppe

Målgruppen for dette retningsgivende dokument er alle medarbejdere på de regionale boformer og institutioner.

5. Ansvarlig

Ledelsen er ansvarlig. Relevante medarbejdere har et medansvar. Under punkt 6 ”Fremgangsmåde” præciseres, hvem der har ansvar for hvad i forhold til de enkelte elementer i opgaveløsningen.

6. Fremgangsmåden

Medarbejdere på de regionale sociale boformer og institutioner skal rapportere utilsigtede hændelser. Dette gælder både hændelser, som medarbejderen selv er involveret i, og hændelser, som medarbejderen på anden vis bliver opmærksom på.

På socialområdet skal utilsigtede hændelser i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed rapporteres uanset den faktuelle konsekvens for borgeren ved:

- Sektorovergange
- Medicinering
- Infektioner
- Uheld

Andre utilsigtede hændelser er rapporteringspligte, hvis konsekvensen af hændelsen er, at:

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



6.1 Rapportering

Rapporteringen skal ske til Sundhedsstyrelsens database www.dpsd.dk snarest muligt og senest 7 dage efter, at den ansatte er blevet opmærksom på den utilsigtede hændelse. Rapporteringen skal ske i skemaet, som findes på dette link: <http://dpsd.csc-scandihealth.com/Form/PublicSubmission.aspx=DPSD> Public

Medarbejderen skal altid forholde sig til, hvor og hvornår hændelsen skete, hændelsens forløb, konsekvensen af hændelsen samt angive stillingsbetegnelse. Medarbejderen skal desuden forholde sig til databasens øvrige punkter i det omfang, de er relevante i forhold til hændelsen.

Det er vigtigt, at oplysninger rapporteres udførligt og detaljeret, idet hele formålet med at rapportere er at kunne uddrage analyse og læring heraf. Derfor anbefales det, at rapportøren også angiver kontaktoplysninger, så der er mulighed for at indhente supplerende oplysninger i forbindelse med analysen. Dette er ikke et lovkrav.

En rapporteret utilsigtet hændelse behandles i et fortroligt system. Rapportøren kan derfor ikke fra arbejdsgiver, Sundhedsstyrelsen eller domstolene efterfølgende blive udsat for disciplinære tiltag, som følge af rapporteringen.

Sundhedsloven pålægger dog ikke rapporterende personer at give borgeren meddelelse om, at en utilsigtet hændelse er rapporteret.

Specialesektorens tilføjelser til fremgangsmåde for rapportering:

Har rapportøren indtastet sin e-mailadresse ved rapportering af den utilsigtede hændelse i databasen, modtager vedkommende automatisk en besked om, at hændelsen er modtaget.

Tilbuddets UTH-organisation og fagkonsulent modtager det rapporterede fra risikomanageren.

Det enkelte tilbud **kan** tilføje lokale instrukser for rapportering nedenfor, såfremt der er behov for lokale tilføjelser.

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for rapportering:

Se særskilt lokal instruks for hvordan en utilsigtet hændelse rapporteres.

6.2 Analyse og forebyggelse



På baggrund af rapporteringen skal årsagen til den utilsigtede hændelse analyseres. I forbindelse med alle rapporteringer sker en analyse af den utilsigtede hændelse med henblik på at skabe læring og igangsætte konkrete forebyggende initiativer på boformen eller institutionen.

Nogle utilsigtede hændelser vil have en sådan karakter, at analyse og opfølgning udarbejdes i samarbejde med en regional risikomanager.

Loven sætter en frist på 90 dage for færdigbehandling af en utilsigtet hændelse.

Der skal oprettes og beskrives en organisation for arbejdet med utilsigtede hændelser.

Boformen/institutionen skal beskrive den konkrete organisering, herunder hvem den udgøres af, og hvordan det konkrete arbejde med analyse og forebyggende initiativer foregår.

Specialektorens tilføjelser til fremgangsmåde for analyse og forebyggelse:

I databasen skal en utilsigtet hændelse klassificeres på en skala for hændelsens alvorligheds grad. Alvorlighedsgraden vurderes i relation til hændelsens konsekvenser. Konsekvensen kan angives som: *Ingen, mild, moderat, alvorlig eller dødelig*. Alvorlighedsgraden har betydning for det analysearbejde der skal foregå.

Er der tale om en utilsigtet hændelse klassificeret ved ingen skade, mild eller moderat konsekvens i relation til alvorlighedsgraden, skal tilbuddets UTH-organisation iværksætte en analyse. Tilbuddet har metodefrihed, og det er således muligt at anvende forskellige analysetilgange alt efter hændelsens karakter og omfang.

UTH-organisationen skal på baggrund af analysen udarbejde en handleplan¹ med det formål at forebygge, at lignende utilsigtede hændelser gentager sig. Handleplanen skal dels beskrive analysens resultat og dels indeholde oplysninger om udførte/planlagte handlinger.

Når det vurderes relevant, går tilbuddets fagkonsulent i dialog med tilbuddet om hændelsen. Det anbefales, at tilbuddets UTH-organisation og fagkonsulent træffer aftale om den konkrete samarbejdsform.

Efter analysen sendes handleplanen vedr. hændelsen til sektorens risikomanager, der skriver handleplanen ind i databasen og lukker sagen. Sagen skal være lukket i løbet af 90 dage, hvorfor handleplanen skal være risikomanageren i hænde inden for dette tidsrum.

Er der tale om en mere alvorlig hændelse (dvs. en hændelse klassificeret som *Alvorlig* på alvorlighedsskalaen eller med *dødelig konsekvens*), skal hændelsen analyseres hurtigst muligt og i samarbejde med både risikomanager og tilbuddets fagkonsulent.

Er der tale om en tværsektoriel hændelse igangsættes analysen af risikomanageren med en inddragelse af relevante parter fra de implicerede sektorer.

Hvert tilbud *skal* beskrive den specifikke fremgangsmåde for analyse og forebyggelse, og herunder beskrive tilbuddets UTH-organisation. UTH-organisationen skal som minimum bestå af en ledelses-

¹ Der foreligger ikke en obligatorisk handleplansskabelon



og en medarbejderrepræsentant. Beskrivelsen kan enten indføres i den nedenstående tekstboks eller i et særskilt dokument med lokale instrukser for tilbuddets arbejde med utilsigtede hændelser.

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for analyse og forebyggelse, herunder beskrivelse af organisering:

UTH organisationen på Vestervang består af UTH-ressourceperson, afdelingsleder og forstander.

De utilsigtede hændelser der kommer retur fra risikomanager Hanne Kirk, samles og behandles en gang i måneden i UTH-organisationen. Hændelsen læses igennem og sammenstemmes med beskrivelsen i beboerplan i Bosted. Det vurderes fra gang til gang, hvorvidt der skal involveres flere parter i analysearbejdet afhængig af, hvorvidt hændelsen er relevant for hele Vestervang eller kun den implicerede gruppe.

Efter vurdering og analysearbejdet er udført kan der udarbejdes en handleplan for at forebygge lignende sager.

Herefter orienteres og drøftes kontinuerligt aktuelle UTH - sager som fast pkt under Arbejdsmiljø på MED -møderne

6.3 Formidling af nye initiativer

Det skal desuden beskrives, hvordan formidling af nye initiativer til forebyggelse af utilsigtede hændelser formidles i medarbejdergruppen.

Specialsektorens tilføjelser til fremgangsmåde for formidling af nye initiativer:

Alle relevante medarbejdere skal kende de nye initiativer, der iværksættes for at mindske omfanget og antallet af utilsigtede hændelser på tilbuddet.

Det *skal* beskrives nedenfor, hvordan formidlingen foregår på det enkelte tilbud. Beskrivelsen kan enten indføres i den nedenstående tekstboks eller i et særskilt dokument med lokale instrukser for tilbuddets arbejde med utilsigtede hændelser.

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for formidling af nye initiativer:

Afhængigt af alvorlighedsgraden formidles nye initiativer som skriftligt eller mundtlig information via



Beboernes dagbøger i Bosted
Kommunikationsbog i Bosted
Gruppens dag
Handleplaner, hvor det er relevant
Personalemøder

Desuden behandles det som fast punkt på MED -udvalgsmøder.

Indberetning af UTH

Hvem indberetter? Det gør det personale, som har bedst kendskab til den utilsigtede hændelse samt årsagen til at den opstår.

Eks.

- Er der fejl i en dosering, så er det vedkommende der har doseret, som indberetter.
- Er der en beboer som ikke ønsker sin medicin/ morgen, middag, aften, nat, så vil det være det personale som har forsøgt at motivere beboer til medicin indtagelse som indberetter.
- I tilfælde af, at vi glemmer at give beboeren deres medicin, så er det personalet der har haft den tætteste kontakt til beboeren på det tidspunkt som indberetter. Skulle det ske at dette personale ikke er vidende om, at der er glemt at give medicin gøres opmærksom på det mundtlig eller på en avis, så det kan blive indberettet.
- Gives der forkert medicin til beboer ringes til egen læge eller vagtlæge og der skrives UTH af det personale som har været involveret i medicingivning.
- Findes der tabletter tabt på egen stue eller på gulve i fælles areal indberettes det af den person som opdager dette, da det her kan være svært at vide præcist, hvornår det er sket og hvilke personale der har været involveret.

Der er mange eksempler at tage, men det vigtigste er at have i tankerne at det skal give mening at indberette.

Indberetning skal opfattes som en hjælp til at blive mindet om, at der kan være behov for ændring af procedurer eller tilgang til medicingivning m.m.

- Hvis vi gentagne gange indberetter, at en beboer flere gange om ugen spytter sine tabletter ud bør det give anledning til at vi undersøger om de kan knuses eller indtages på anden måde frem for at forsætte uden nye tiltag.
- Hvis vi gentagne gange indberetter at beboerne selv skal være ansvarlige for at tage deres medicin, men at vedkommende glemmer det, så bør det give anledning til at tænke i andre baner. Evt. at personalet hjælper beboeren med at huske at tage sin medicin.



- Hvis vi gentagne gange indberetter, at der sker fejl i doseringer som er foretaget i medicinrum og at dette sker på baggrund af forstyrrelser, så bør det give anledning til procedureændringer.

Ved at indberette får vi overblik over gentagelser af utilsigtede hændelser og bliver mindet om at det kan være enkelte små tiltag som kan være med til at forhindre at de bliver ved med at opstå.

Vi håber at ovenstående giver større forståelse for, hvorfor det er så nødvendigt at indberette og hvem der er ansvarlig for det samt hvornår det er nødvendigt 😊

7. Dokumentation

Rapportering af utilsigtede hændelser dokumenteres i databasen DPSD.

Specialektorens tilføjelser til skriftlig dokumentation:

Det enkelte tilbuds tilføjelser for arbejdet med utilsigtede hændelser *kan* indføres nedenfor.

Lokale tilføjelser til skriftlig dokumentation:

8. Referencer

For eksempler på utilsigtede hændelser i relation til standarden henvises til de to nedenfor angivne eksempelsamlinger:

- Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk PatientSikkerhedsDatabase, Sundhedsstyrelsen, august 2010 ([link](#)).
- eksempelsamling fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som findes på www.patientsikkerhed.dk

Lovbekendtgørelse LBK nr. 913 af 13/07/2010. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Kapitel 61: Patientsikkerhed.

Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. BEK nr. 1 af 03/01/2011.



Notat; Afgrænsning af utilsigtede hændelser i kommunerne. KL, januar 2011

Lokal instruks til indberetning af Utilsigtede hændelser

Det er den medarbejder, som observerer en UTH, enten som en indsats de selv har været en del af eller som noget de observerer, der indberetter. Skal ske inden for 7 dage efter det er observeret

1. Start med at give indberetningen en overskrift og beskriv hvori den utilsigtede hændelse består.
2. Klik på **Søg** og herefter på **Regionale botilbud**, tryk næste (findes i bunden af skærmen) Tryk på **Region Nordjylland**, tryk næste, tryk på **Vestervang** tryk så ACCEPTER. Herefter vender siden selv tilbage til indberetningen. Opdagelsesstedet udfyldes hvis UTH er opdaget et andet sted end der hvor det skete. Tryk **tilføj** og følg den ovenfor beskrevne procedure. Dato og tidspunkt reguleres ved at trykke på pilen i det lille felt for at få kalenderen frem, skriv om det er et kendt, skønnet eller ukendt dato/tidspunkt, ligeledes ved at klikke på den lille pil ud for feltet
3. Beskriv konsekvensen i feltet. Vurder ved at klikke på pilen i feltet hvor alvorlig skaden er
4. forslag til forebyggelse, beskriv med egne ord
5. Oplysninger om patienten. Skriv navn og cpr.-nr., så skriver programmet selv køn og alder. Patient status bruges ved tværsektorielle UTH, kan godt være blank. Hvis der er tale om flere rapporteres det ved at klikke på pilen, trykke ja og derefter udfylde som ovenfor beskrevet
6. Andre faktorer: Medicin; klik på **SØG**, Skriv produktnavn og tryk **SØG, vælg det rigtige produkt og styrke og tryk ok**. Følg samme procedure hvis det er medicinsk udstyr eller et hjælpemiddel.
7. Kontaktoplysninger (dig)- Alle oplysninger slettes når sagen arkiveres og er kun til for evt. at kunne belyse sagen bedre. Ingen kan miste autorisation eller blive straffet for at have indberettet i UTH.-systemet
8. vedhæft evt. fil
9. tryk **indsend** og siden kan lukkes ned

