

 <p><b>Regionalt retningsgivende dokument godkendt af:</b> Styregruppe for kvalitetsmodel på Socialområdet i Region Sjælland</p> <p><b>Dato for godkendelse:</b> 27. juni 2016</p> <p><b>De lokale tilføjelser godkendt af:</b> <b>Peter Jørgensen</b></p> <p><b>Dato for godkendelse:</b> 13.07.2016</p>	<p><b>Titel:</b></p> <p><b>1.6 Utilsigtede hændelser</b></p>	<p><b>Dokumenttype:</b> Regionalt retningsgivende dokument med lokale tilføjelser</p>	
		<p><b>Henvisning til standard</b></p> <p>Standard 1.6 Utilsigtede hændelser</p>	
<p><b>Dokumentbrugere:</b> Ledelse og medarbejdere på de regionale tilbud og institutioner der drives efter servicelovens § 67, 85, 103, 104, 107, 108, 109, 110</p>	<p><b>Udarbejdet af:</b> Netværk for medicin håndtering</p> <p>Lokale tilføjelser: Peter Jørgensen &amp; Marianne K. Bülow</p>	<p><b>Gældende fra:</b> 1. juli 2016</p>	<p><b>Revision senest:</b> 1. juli 2018</p>

## 1. Formål

Formålet med det retningsgivende dokument er at forebygge utilsigtede hændelser og hermed begrænse skader.

Det retningsgivende dokument skal desuden sikre systematisk opmærksomhed på 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

Personale ansat på Stevnfortet

## 3. Fremgangsmåde

Medarbejdere på de regionale sociale tilbud 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, smittespredning
- Uheld
- **Selvskadende handlinger Obs..... Hvordan og hvornår kan vi få informeret personalet herom, og skal vi lave en procedure beskrivelse? Dette er nyt, at det skal indrapporteres.**

Der er altid pligt til at rapportere, hvis konsekvensen af hændelsen 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 plejebyrde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet.

### 3.1 Rapportering

Rapporteringen skal ske til Styrelsen for Patientsikkerheds database [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) snarest muligt efter, at den ansatte er blevet opmærksom på den utilsigtede hændelse. Medarbejdere på socialområdet er i denne sammenhæng ligestillet med sundhedspersonale og skal derfor rapportere utilsigtede hændelser som sundhedspersonale.

Medarbejderen skal altid forholde sig til, hvor og hvornår hændelsen skete, hændelsens forløb, konsekvensen af hændelsen samt angive stillingsbetegnelse.

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.

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

#### *Borgere og pårørendes ret til at rapportere utilsigtede hændelser*

En borger eller dennes pårørende kan ligeledes rapportere en utilsigtet hændelse. Region Sjælland har besluttet, at tilbudsledelsen skal sikre, at borgere og pårørende er informeret om mulighed for at rapportere en utilsigtet hændelse.

#### *Orientering af borgere og pårørende*

Region Sjælland har besluttet, at borgeren selv eller de pårørende, for så vidt det angår børn under 18 år, skal orienteres om, at der har været en utilsigtet hændelse, når hændelsen har givet behandlingsmæssige eller andre konsekvenser for borgeren.

Orienteringen skal ske fra det tilbud, hvor den utilsigtede hændelse er foregået.

#### LOKAL TILFØJELSE:

I forhold til fremgangsmåde for rapportering og til information af den anbragte unge, skal der på lokalt niveau, som minimum fastlægges retningslinjer for:

- Alle ansatte på Stevnstortet er rapporteringspligtige og kan være rapportør, både i forhold til hændelser den ansatte selv er involveret i, og hændelser som den ansatte på anden vis bliver opmærksom på.
- Alle ansatte på Stevnstortet skal følge vejledningen på "delte skemaer" når de rapportere utilsigtede hændelser, så det sikres at alle kontaktoplysninger til efterfølgende brug for sagsbehandlingen er udfyldt.
- Ved anbringelse af en ung på Stevnstortet, bliver der fremsendt et forældrebrev til pårørende. Heri informeres de om retten til at rapportere utilsigtede hændelser, samt hvordan.
- De medarbejdere der er på vagt den pågældende dag, hvor der har været en utilsigtet hændelse, taler med den anbragte unge herom, og herefter bliver de pårørende hurtigst muligt underrettet.
- På Stevnstortet træder proceduren jfr. Stevnstortets voldspolitik i kraft øjeblikkeligt, så det sikres at der tages hånd om den eller de medarbejdere, som har været involveret i en utilsigtet hændelse i den akutte situation?

### 3.2 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 tilbuddet.

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.

Tilbuddene kan hos risikomanagerne bestille en rapport over antal af rapporterede utilsigtede hændelser, indeholdende hændelsesbeskrivelse, konsekvens mv. Rapporterne kan sættes til faste datoer eller trækkes en enkelt gang.

#### LOKAL TILFØJELSE:

I forhold til analyse og forebyggelse, herunder beskrivelse af organisering, skal der på lokalt niveau, som minimum fastlægges retningslinjer for:

- Efter en utilsigtet hændelse er blevet registreret i DPSD, afsender medarbejderen en mail til Stevnfortets daglige sikkerhedsleder. Ligeledes registreres forløbet i Bosted.
- Sikkerhedslederen vurderer hvilke tiltag der er nødvendig, og informere sikkerhedsudvalget herom. Det er i sikkerhedsudvalget analysen foretages med medinddragelse af andre relevante personaler.
- Det er sikkerhedslederen der er ansvarlig for, at analysen foretages, samt at der følges op på eventuelle handleplaner i samarbejde med sikkerhedsrepræsentanterne.
- Den samlede personalegruppe informeres kollektiv på fællesmøder.

### 3.3 Formidling af nye initiativer

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

#### LOKAL TILFØJELSE:

I forhold til formidling af nye initiativer til forebyggelse af utilsigtede hændelser, skal der på lokalt niveau, som minimum fastlægges retningslinjer for:

- Nye initiativer viderefremmes til personalegrupperne på fællesmøde, som afholdes hver 14. dag.
- Det er sikkerhedslederens ansvar at formidlingen bliver givet.
- Det er afdelingslederens ansvar, at implementeringen foregår på den enkelte afdeling.
- Det er sikkerhedsleder/ sikkerhedsudvalgets ansvar at der evalueres på nye initiativer.

### 3.4 Dokumentation

Rapportering af utilsigtede hændelser dokumenteres i databasen DPSD.

Analyser og handleplaner dokumenteres ligeledes i databasen DPSD. Har tilbuddet brug for at gemme dokumenter andet sted, skal de altid være anonymiserede, så hverken rapportør eller borger kan genkendes.

## 4. Ansvarsforhold

Ledelsen er ansvarlig. Medarbejdere har et medansvar. Under punkt 5 "Definitioner – Sagsbehandling, analyse og forebyggelse" præciseres, hvem der har ansvar for hvad i forhold til de enkelte elementer i opgaveløsningen.

**Ledelsen har ansvar for:**

- at sprede kendskab til retningslinjen
- at implementere retningslinjen i tilbuddet

**Den enkelte medarbejder har ansvar for:**

- at rapportere utilsigtede hændelser, som man selv har været involveret i, eller som man har observeret hos andre medarbejdere

## 5. Definitioner

### **Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD)**

DPSD er et rapporteringssystem, der drives og supporteres af Styrelsen for Patientsikkerhed. Rapporteringssystemet skal understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om utilsigtede hændelser og dermed skabe en systematisk læring dels af utilsigtede hændelser, der sker inden for sundhedsvæsenets sektorer, dels af utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorerne.

### **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 sundhedsvæsenet. 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.

### **Medicinering**

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

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

- af medicin.

Bivirkninger ved medicin skal ikke rapporteres som utilsigtede hændelser.

### **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](http://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.

### **Rapporteringspligt**

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

### **Rapportør**

En medarbejder på et socialt tilbud, der bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen. Dette gælder både hændelser, hvor man 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 tilbud 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 borgeren og pårørende være rapportør, idet alle kan indberette i databasen.

### **Risikomanager**

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

I Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling, er ansat regionale risikomanagere, som koordinerer patientsikkerhedsarbejdet og har ansvar for behandlingen af de utilsigtede hændelser fra de regionale sociale botilbud.

Den primære sagsbehandling varetages i det daglige af sagsbehandlerne, som er konsulenter i Socialafdelingen (se nedenstående).

### **Sagsbehandling – Analyse og forebyggelse**

Når rapportøren har rapporteret til [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) registreres hændelsen i patientsikkerhedsdatabasen og sendes automatisk videre til sagsbehandling hos en af Region Sjællands konsulenter i Socialafdelingen (initialmodtager).

I Region Sjælland er det besluttet, at konsulenter i Socialafdelingen er sagsbehandlere på de utilsigtede hændelser, der er sket på det regionale sociale område.

Sagsbehandlerne refererer direkte til risikomanagerne.

Afhængigt af hændelsestype kan der vælges forskellige former for analyseredskaber (se <http://www.patientsikkerhed.dk> ).

Grundelementerne i alle analysemetoder er:

- Hvad skete der? (Det faktuelle forløb)
- Hvordan kunne det ske? (Identifikation af problemområder, latente fejl, aktive fejl, manglende barrierer mod fejl osv.)
- Hvad kan vi lære og hvad ændrer vi? (Handleplan og opfølgning)

*Den konkrete sagsbehandling i Region Sjælland:*

Når den utilsigtede hændelse er **kategoriseret som udløsende ingen, mild eller moderat skade**, analyserer sagsbehandleren som udgangspunkt hændelserne i samarbejde med det tilbud, hvor den utilsigtede hændelse har fundet sted. Sagsbehandleren kan rådføre sig hos risikomanageren.

Det er sagsbehandleren, der udvælger analysemetoden ud fra de metodeoplæg der foreligger fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og aftaler med tilbuddet, hvorledes samarbejdet om den konkrete hændelse skal foregå.

Sagsbehandleren indleder sagsbehandlingen ved at sende et resume af hændelsen, uden personfølsomme oplysninger, til tilbuddets ledelse og/eller den medarbejder der er ansvarlig for håndteringen af utilsigtede hændelser på tilbuddet, til brug for tilbuddets analysearbejde. Samtidig taler sagsbehandleren med tilbuddet om, hvorledes den konkrete analyse skal foregå.

I nogle af sagerne foregår analysearbejdet ved at tilbuddet, hvor den utilsigtede hændelse har fundet sted, udfylder analyseskemaet som svar på analysen og sender til sagsbehandleren. I andre tilfælde mødes sagsbehandler og tilbud og udarbejder en grundigere analyse sammen.

Når den utilsigtede hændelse er **kategoriseret som udløsende alvorlig skade eller død**, analyserer sagsbehandleren og evt. den regionale risikomanager hændelsen i samarbejde med det tilbud, hvor den utilsigtede hændelse har fundet sted. Sagsbehandleren forestår at indkalde og afholde møderne.

I sagsbehandlingen anvendes værktøjerne 'Hændelsesanalyse' og 'Kerneårsagsanalyse', begge fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Når analysen er foretaget, skriver sagsbehandleren analysen og handleplanen ind i rapporten i DPSD.

Sagsbehandleren sikrer sig, at analysen er foretaget efter reglerne og anonymiserer rapporten. Når dette er sket, lukker sagsbehandleren hændelsen, og den sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Region Sjællands risikomanagere og sagsbehandlere følger op på mønstre og andre væsentlige fund i rapporteringerne med henblik på at støtte op omkring Socialområdets arbejde med at forebygge utilsigtede hændelser.

### **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. Dette kan være overdragelse af ansvar fra hospital til socialt tilbud i forbindelse med en borgers indlæggelse, overdragelse af ansvar mellem tilbud og praksissektor, kommunal sundhedssektor eller apoteker.

### **Selvskadende handlinger**

Selvskadende handlinger er en handling, der har til formål at lindre eller flytte en psykisk smerte eller gøre håbløshed eller anden negativ tilstand udholdelig. Handlingen er en tilbagevendende måde at håndtere bestemte tilstande på og har vanemæssig karakter (eks. at tilføre sig selv overfladiske snitsår, brændemærker etc.).

### **Smittespredning**

Utilsigtede hændelser i forbindelse med spredning af smitte er, når der ikke bliver foretaget de rette forholdsregler eller overholdelse af hygiejniske principper for at begrænse spredning af smitten. Fx kunne man have en borger, som har diarre og anvender det samme toilet eller de samme håndklæder som resten af tilbuddet, hvorefter hele tilbuddet bliver smittet.

### **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.

Utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med personlig pleje eller ADL (Almindelig Daglig Levevis; dvs. praktisk hjælp), er derimod **ikke** rapporteringspligtige.

Det er ydelsen – altså den sundhedsfaglige virksomhed – der afgør, hvorvidt der er rapporteringspligt. Sundhedsfaglig virksomhed kan udføres både af sundhedspersoner og efter

delegation; herunder blandt andre til pædagoger.

### **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

### **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.

## **6. Referencer**

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

Eksempelsamling fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som findes på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

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

<http://www.stfnet.dk/Love/Sundhedsloven%20LBK%20nr%20913%20af%2013.pdf>

Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. BEK nr. 1 af 03/01/2011: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=134520>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. Vejledning nr. 1 af 03/01/2011. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134522>

Voldspolitik Stevnfortet 2016