

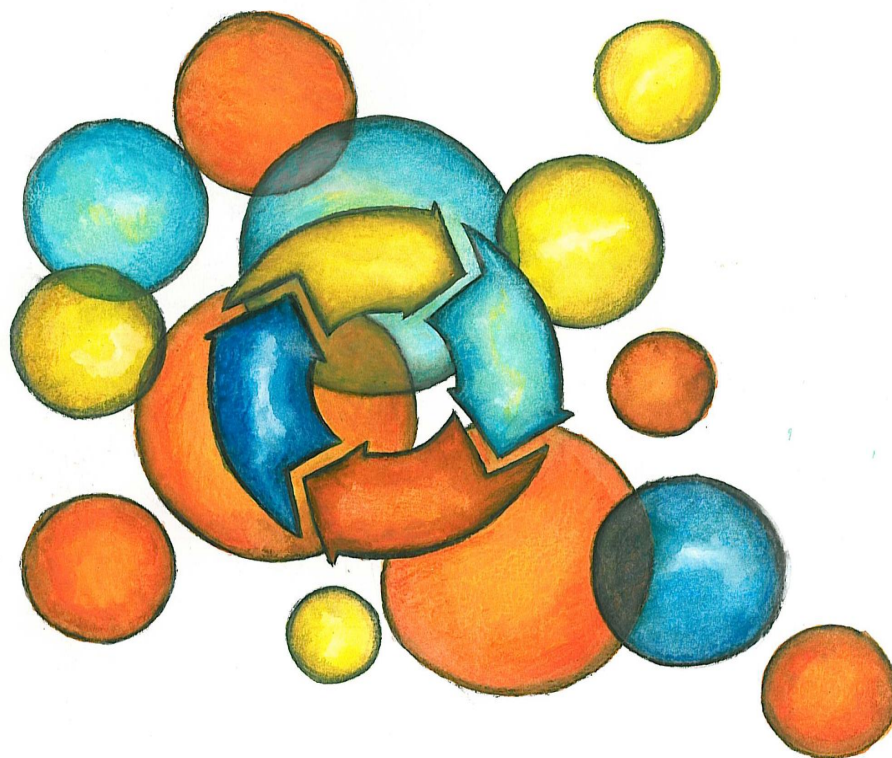


DANSK KVALITETSMODEL PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Regionale retningslinjer for Kvalitetsmodellens stan- dard for utilsigtede hæn- delse



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder



Dansk kvalitetsmodel på det sociale område er igangsat af regionerne og Danske Regioner i fællesskab. Alle regionale, sociale tilbud efter §§ 66, 107 og 108 i serviceloven er omfattet af kvalitetsmodellen.

I et samarbejde mellem regionerne er der udviklet kvalitetsstandarder inden for udvalgte temaområder. Standarderne indebærer, at der udarbejdes en række retningsgivende dokumenter med retningslinjer for, hvordan arbejdet med standarderne finder sted i praksis på tilbuddene. I Region Nordjylland udarbejdes dokumenterne på to niveauer:

- Et fælles niveau med *regionale retningslinjer*, der er gældende for alle tilbud i Specialetoren.
- Et lokalt niveau med *lokale retningslinjer*, der er specifikt tilpasset målgruppen og indsatsen på det enkelte tilbud.

Dette dokument udgør Region Nordjyllands regionale retningslinjer for kvalitetsmodellens standard for utilsigtede hændelser. Dokumentets retningslinjer er gældende for samtlige tilbud i Specialetoren og således ikke kun for de tilbud, der er formelt omfattet af kvalitetsmodellen.

På baggrund af dokumentet skal det enkelte tilbud udarbejde lokale retningslinjer for arbejdet med utilsigtede hændelser. Tilbuddene kan enten tilføje de lokale retningslinjer i tekstboks i dokumentet eller lave et separat dokument med lokale retningslinjer.

INDHOLD

Dokumentoverblik	3
1 Indledning	4
Formål med UTH-standarden	4
Fremgangsmåde.....	4
2 Retningslinjer	5
Retningslinjer for rapportering af utilsigtede hændelser	5
Retningslinjer for analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser	6
Retningslinjer for formidling af nye initiativer	8
3 Ansvar og dokumentation	9
4 Referencer	10
5 Definition af begreber	11
Yderligere oplysninger	1

Dokumentoverblik

<p>Indhold: Regionale retningslinjer for utilsigtede hændelser baseret på dansk kvalitetsmodel</p>	<p>Anvendelsesområde: Alle regionale, sociale tilbud efter §§ 66, 107 og 108 i serviceloven er omfattet af kvalitetsmodellen. Tilbuddet Rehabiliteringscenter for Flygtninge, RCF arbejde efter sundhedsloven se PRI UTH link: https://www.pri.rn.dk/</p>
<p>Målgruppe: Ledelse og medarbejdere på Specialektorens tilbud</p>	<p>Sidst revideret: Maj 2020</p>
<p>Dokumentindhold: Retningslinjer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapportering, analyse og opfølgning på utilsigtede hændelser 	

1 Indledning

Én af standarderne i Dansk kvalitetsmodel på det sociale område skal sikre kvalitet i arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH). En UTH er en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader en borger eller medfører risiko for skade (nær-hændelse) som følge af handlinger eller mangel på samme. Det betyder, at en UTH er en hændelse, som man ikke havde tænkt kunne ske eller ville ske. Der er tale om hændelser, der ikke skyldes borgerens sygdom eller diagnose.

En utilsigtet hændelse afgrænses desuden til begivenheder, der forekommer i forbindelse med 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. For eksempel er vedligeholdelsestræning og genoptræning efter serviceloven omfattet på samme vis som genoptræning efter sundhedsloven, fordi der i begge tilfælde er tale om sundhedsfaglig virksomhed.

Formål med UTH-standarden

I Speciaalsektoren har arbejdet med utilsigtede hændelser til hensigt at minimere forekomsten og begrænse skader på borgeren som følge af utilsigtede hændelser. Yderligere skal indsatsen sikre systematisk opmærksomhed på rapportering af utilsigtede hændelser for at skabe læring i organisationen og forebygge gentagelser.

Ved at arbejde med utilsigtede hændelser med udgangspunkt i kvalitetsmodellens standard opnår tilbuddet en systematisk tilgang til rapportering, analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser. Kvalitetsmodellen sikrer desuden løbende kvalitetsovervågning og forbedring af tilbuddets indsats og tilgang til emnet.

Fremgangsmåde

I det følgende udfoldes Speciaalsektorens regionale retningslinjer for arbejdet med utilsigtede hændelser. Retningslinjen er gældende for alle tilbud i Speciaalsektoren og redegør i overensstemmelse med standardens krav for arbejdsgange i forbindelse med forekomst af utilsigtede hændelser; herunder rapportering, analyse, igangsættelse og formidling af forebyggende initiativer.

Med afsæt i de regionale retningslinjer skal der udarbejdes lokale retningslinjer for UTH på det enkelte tilbud. De lokale retningslinjer skal indeholde oplysninger om:

- Formålet med arbejdet
- Hvad arbejdet går ud på
- Hvordan arbejdet udføres
- Hvem der er ansvarlig for arbejdets udførelse
- Hvornår arbejdet finder sted

De lokale retningslinjer kan enten tilføjes i tekstbokse i dette dokument eller formuleres i et separat dokument.

2 Retningslinjer

Retningslinjer for rapportering af utilsigtede hændelser

Rapporteringspligt

Ifølge gældende lovgivning er der rapporteringspligt for utilsigtede hændelser i alle ydelser, der er relateret til sundhedsfaglig virksomhed.

Alle medarbejdere, der har været impliceret i, har observeret eller på anden måde er blevet bekendt med en utilsigtet hændelse, er forpligtede til at rapportere hændelsen til Styrelsen for Patientsikkerhed. Borgere og pårørende er ikke forpligtede, men kan rapportere utilsigtede hændelser.

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 skal rapporteres, således det bliver muligt at drage læring af hændelsen.

Rapporteringspligtige hændelser

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

- Patientovergange (Sektorovergange)
- Medicinering
- Infektioner
- Uheld

Rapporteringspligten gælder uanset den faktuelle konsekvens for borgeren.

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

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

Ikke rapporteringspligtigt

- Forværring, skade og dødsfald relateret til borgerens sygdom er ikke en utilsigtet hændelse og skal ikke rapporteres.
- Kendte komplikationer eller bivirkninger vedrørende medicin skal ikke rapporteres.
- Utilsigtede hændelser i forbindelse med personlig pleje eller ADL (Almindelig daglig levevis, dvs. praktisk hjælp) er heller ikke rapporteringspligtigt.

Rapportering

Ved rapportering af utilsigtede hændelser gælder følgende:

- Rapporteringen skal ske til Styrelsen for Patientsikkerhed på www.stps.dk snarest muligt og senest 7 dage efter, at medarbejderen er blevet opmærksom på den utilsigtede hændelse.
- Der er direkte adgang til indrapporteringseskema via "genveje/afrapportering af UTH" i Bosted System og via ikon på skrivebordet

- Der er ingen tidsfrist for borgere og pårørende, der ønsker at rapportere en utilsigtet hændelse.
- Ved rapportering skal medarbejderen altid forholde sig til, hvor (hændelsessted), hvornår hændelsen skete, hændelsens forløb samt konsekvens.
- Medarbejderen skal forholde sig til databasens øvrige punkter i det omfang, de er relevante i forhold til hændelsen. Vær opmærksom på, at der er mulighed for at vælge imellem flere hændelsestyper end de rapporteringspligtige hændelser i databasen.
- Når medarbejderen afslutter sin rapportering modtager sagsbehandler i det pågældende tilbuds UTH-organisation en advisering om rapporteringen fra systemet og kan da påbegynde analysen. Speciaalsektorens UTH systemkyndige og risikomanager modtager også en advisering, og står til rådighed ved eventuelle spørgsmål.

Rapporten skal være så detaljeret som muligt, således at det er muligt at analysere hændelsen og uddrage læring. Derfor anbefales det, at medarbejderen også angiver kontaktoplysninger, så der er mulighed for at indhente supplerende oplysninger i forbindelse med analysen. Dette er imidlertid ikke et lovkrav. Systemet er fortroligt, og medarbejderen kan derfor ikke blive udsat for disciplinære tiltag fra arbejdsgiver, Sundhedsstyrelsen eller domstolene som følge af rapporteringen.

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for rapportering:

- Beskriv tilbuddets UTH-organisation herunder at tilbuddets sagsbehandlere som initialmodtagere og sagsbehandlere henholdsvis har mulighed for at kigge sagen og behandle sagen.
- Beskriv lokale arbejdsgange i forbindelse med; 1) rapportering af utilsigtede hændelser, 2) sagsbehandling og analyse, 3) organisering af systematik i mødeaktivitet dels med henblik på; a) udarbejdelse af analyse og handleplan for de enkelte rapporterede utilsigtede hændelser og dels for b) gennemgang af indkomne utilsigtede hændelser f.eks. kvartalsvis med henblik på at udlede mønstre og tendenser, læring samt iværksættelse af forbedringstiltag til forebyggelse af gentagelse af utilsigtede hændelser.

Retningslinjer for analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser

Ved analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser gælder følgende:

- Årsagen til den utilsigtede hændelse skal analyseres med henblik på at skabe læring og igangsætte konkrete, forebyggende initiativer på tilbuddet.
- Analysen af den utilsigtede hændelse følger følgende fire punkter; Hvad skete der?, Hvordan kunne det ske?, Hvad har vi lært? og Hvilke indsatser iværksætter vi?
- Analysen skrives direkte ind i sagsbehandlingssystemet.
- Loven sætter en frist på **90 dage** for at færdigbehandle en utilsigtet hændelse.
- Nogle utilsigtede hændelser vil have en sådan karakter, at analyse og opfølgning udarbejdes i samarbejde med Speciaalsektorens risikomanager (uddybes i det følgende).

Analyse og alvorlighedsgrad

Når en medarbejder rapporterer en utilsigtet hændelse skal hændelsens alvorlighedsgrad beskrives. Alvorlighedsgraden vurderes ud fra hændelsens konsekvenser og er fastsat af WHO.

WHO's "International Classification for Patient Safety" (alvorlighedsskala)

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

Alvorlighedsgraden har betydning for, hvordan det efterfølgende analysearbejde skal foregå.

Analyse ved ingen, mild eller moderat skade

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

- Tilbuddets UTH-organisation iværksætter en analyse uden involvering af risikomanageren.
- UTH-organisationen har metodefrihed, og det er muligt at anvende forskellige analysetilgange alt efter hændelsens karakter og omfang.
- UTH-organisationen vurderer, om hændelsen giver anledning til iværksættelse af læring og forandringer i praksis på baggrund af analysen.
- Hvis det er tilfældet, udarbejdes en handleplan, som indeholder analysens resultat samt oplysninger om udførte/planlagte forebyggende initiativer.
- Hvis det vurderes, at der ikke kan udarbejdes en handleplan, skal begrundelsen fremgå af analysen.
- UTH-organisationen foretager analyse, udarbejder eventuel en handleplan og lukker sagen i databasen.

Analyse ved hændelser med alvorlig og dødelig konsekvens

Ved en alvorlig eller dødelig hændelse gælder særligt:

Hændelsen analyseres hurtigst muligt i samarbejde med både risikomanager og tilbuddets fagkonsulent.

- Risikomanageren har ansvaret for at igangsætte og gennemføre analysen sammen med tilbuddet.

Hændelser i patientovergange

Ved en utilsigtet hændelse i forbindelse med en patientovergang gælder følgende:

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

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for analyse og forebyggelse:

- Beskriv hvem der foretager UTH-analyser på tilbuddet
- Beskriv hvordan UTH-analyser gennemføres på tilbuddet
- Beskriv principperne for UTH - analyse processer på tilbuddet ift. om det f.eks. er afdelingsvis? eller det ift. alvorlighedsgrad?)

Retningslinjer for formidling af nye initiativer

Når der er udarbejdet en analyse og eventuelt en handleplan, beskriver tilbuddet, hvordan de nye initiativer formidles til medarbejdergruppen.

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

Lokale tilføjelser til fremgangsmåde for formidling af nye initiativer:

- Beskriv hvordan formidlingen af nye initiativer foregår på tilbuddet.
- Beskriv hvordan der skabes læring af den utilsigtede hændelse på tilbuddet
- Beskriv hvordan der følges op på handleplaner.

3

Ansvar og dokumentation

Tilbudsleder har ansvar for at sikre, at der foreligger dokumentation for, at man på tilbuddet arbejder i overensstemmelse med kravene i kvalitetsmodellens standard for utilsigtede hændelser og Specialsektorens regionale retningslinjer.

Én gang årligt udarbejder risikomanageren en samlet rapport for Specialsektoren, som gennemgår det seneste års rapporterede utilsigtede hændelser. Rapporten anvendes i tilbuddenes kvalitetsovervågning på trin 3, når denne gennemføres. Her Rapporten den til at danne overblik over mønstre og tendenser i tilbuddenes utilsigtede hændelser.

4 Referencer

- Dansk kvalitetsmodel standarder på det sociale område [Link](#)
- Speciaalsektorens regionale retningslinjer baseret på dansk kvalitetsmodel standarder på det sociale område [Link](#)
- Program for håndtering af UTH i Region Nordjylland [Link](#)
- Styrelsen for patientsikkerhed [Link](#)
- 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
- Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. Vejledning nr. 1 af 03/01/2011

5 Definition af begreber

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 til begivenheder, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed.

Patient

I nærværende dokument anvendes begrebet *borger* men vær opmærksom på, at begrebet *patient* benyttes i den gældende lovgivning for utilsigtede hændelser, der omfatter både social- og sundhedsområdet. I Sundhedsstyrelsens database for rapportering af utilsigtede hændelser anvendes patientbegrebet ligeledes som betegnelse for borgeren, beboeren, brugeren, barnet eller den unge, når denne modtager en sundhedsfaglig ydelse og er udsat for en utilsigtet hændelse.

UTH-organisation

Alle tilbud i Speciaalsektoren har etableret en UTH-organisation som håndterer arbejdet med utilsigtede hændelser. En UTH-organisation består af minimum en ledelses- og en medarbejderrepræsentant. Hvor det er relevant, er der etableret UTH-organisationer på afdelingsniveau. UTH-organisationen skal sikre forankring af arbejdet med utilsigtede hændelser i overensstemmelse med lovgivning og lokale retningslinjer, stå for analyse af hændelser, igangsætte forebyggende initiativer, introducere nye medarbejdere og sikre et generelt kendskab til emnet på tilbuddet. Desuden skal UTH-organisationen sikre at borgere og pårørende har kendskab til at de kan rapportere en utilsigtet hændelse.

Patientovergange

Utilsigtede hændelser ved sektorovergange defineres som hændelser, der opstår i forbindelse med overdragelse af ansvar mellem sektorer. Det kan omfatte alle typer af hændelser opstået i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed – blot disse er sket ved overdragelse af ansvar. Der kan f.eks. være tale om overdragelse af ansvar fra hospital til socialt tilbud i forbindelse med en borgers indlæggelse.

Medicinering

Utilsigtede hændelser i forhold til medicinering defineres som hændelser, der opstår ved bestilling, ordination, dispensering, instruktion, rådgivning, administration, opbevaring eller i forbindelse med emballage.

Uheld

Utilsigtede hændelser i forhold til uheld defineres som hændelser, der opstår, hvis borgeren kommer ud for fald, brandskade eller et andet patientuheld.

Infektioner

Utilsigtede hændelser i forhold til infektion kan være: Luftvejsinfektion, sepsis (blodforgiftning), multiresistente bakterier, urinvejsinfektion, infektion efter operation, mave-tarminfektion, hudinfektion (f.eks. bylder og inficerede sår) eller anden infektion.

Yderligere oplysninger

Fakta om kvalitetsmodellen på det sociale område

Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område er udviklet i et samarbejde mellem de 5 regioner og Danske Regioner.

Modellen er et resultat af de senere års øgede fokus på dokumentation og kvalitetsudvikling i den offentlige sektor. Et sådant fokus stiller større krav til de sociale tilbud om at kunne begrunde, beskrive og dokumentere den sociale indsats og dens virkninger. Og det stiller krav om løbende forbedring af indsatsen.

På det enkelte tilbud er kvalitetsmodellen et redskab, der muliggør faglig udvikling og læring blandt medarbejdere. For borgerne medfører modellen et øget fokus på en række centrale områder i indsatsen. Som konsekvens af modellens indførelse vil pårørende og offentligheden desuden kunne opnå større gennemsigtighed i tilbuddets indsats.

Du kan få mere viden om kvalitetsmodellen på det sociale område

- På Region Nordjyllands [hjemmeside om kvalitetsmodellen](#)
- På kvalitetsmodellens [nationale hjemmeside](#)



Regionale retningslinjer for Kvalitetsmodellens standard for utilsigtede hændelser

Specialektoren
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst

April 2020



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder