

Dansk kvalitetsmodel på det sociale område

Lokal retningslinje for arbejdet med utilsigtede hændelser



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

I et samarbejde mellem regionerne er der udviklet kvalitetsstandards 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 boformer og institutioner. Dokumenterne udarbejdes på 2 niveauer:

- Et fælles regionalt niveau med retningslinjer, der er gældende for alle boformer/institutioner.
- Et lokalt niveau, der er specifikt tilpasset målgruppen og indsatsen på den enkelte boform/institution.

Dette dokument udgør Specialbørnehjemmenes lokale retningslinje for kvalitetsmodellens standard for Utilsigtede hændelser for børn og unge anbragt efter §§ 66 og 107.

Dokumentoverblik

Dokumenttype: Lokal retningslinje	Dokumentindhold: Retningslinjer for: • Hvordan utilsigtede hændelser rapporteres • Hvordan en utilsigtet hændelse analyseres • Hvordan det sikres, at der på baggrund af den enkelte analyse igangsættes forebyggende tiltag • Hvordan en utilsigtet hændelse indberettes • Hvordan disse tiltag formidles i medarbejdergruppen	
Anvendelsesområde: Specialbørnehjemmene	Standard: Utilsigtede hændelser: Der rapporteres, analyseres, indberettes og følges op på utilsigtede hændelser.	
Målgruppe: Ansatte ved Specialbørnehjemmene Tilbudsleder og UTH-organisationen har et særligt og skærpet ansvar for retningslinjen	Revision senest: I forbindelse med kvalitetsovervågning efterår 2023	Revisionsansvarlig: Tilbudsleder
Godkendt af: Tilbudsleder		Revideret og gældende fra: 21. december 2022

Indledning

En af standarderne i Dansk kvalitetsmodel på det sociale område handler om arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH). En UTH er en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader barnet/den unge eller medfører risiko for skade (nærved hændelse) som følge af handlinger eller mangel på samme. Der er tale om hændelser, der ikke skyldes barnets/den unges 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 ydelser, som en utilsigtet hændelse sker i forbindelse med, leveres efter den ene eller den anden lovgivning. 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.

Arbejdet med UTH har til hensigt at minimere forekomsten af utilsigtede hændelser. Yderligere skal indsatsen sikre systematisk opmærksomhed på og rapportering af utilsigtede hændelser for at skabe læring i organisationen og forebygge gentagelser.

Formål med UTH-standard

Ved at anvende kvalitetsmodellens standardprogram i arbejdet med utilsigtede hændelser sikres det, at der ydes en målrettet og sammenhængende indsats for at begrænse risikoen for forekomsten af utilsigtede hændelser. Ved at arbejde med UTH gennem kvalitetsmodellen får tilbuddet en metode til at arbejde systematisk med registrering af utilsigtede hændelser. Kvalitetsmodellen er desuden en metode, som løbende kræver, at der gøres status, og at praksis revideres, såfremt det viser sig, at ændringer i f.eks. procedurer kan skabe bedre rammer for nedbringelse af utilsigtede hændelser. På den måde sikres det, at arbejdet med registrering, analyse og indberetning af utilsigtede hændelser fungerer som et aktivt læringsredskab i praksis.

Dokumentets indhold

Dette dokument indeholder Specialbørnehjemmenes lokale retningslinje for kvalitetsmodellens standard for utilsigtede hændelser.

- Hvordan utilsigtede hændelser rapporteres
- Hvordan en utilsigtet hændelse analyseres
- Hvordan det sikres, at der på baggrund af den enkelte analyse igangsættes forebyggende tiltag
- Hvordan en utilsigtet hændelse indberettes
- Hvordan disse tiltag formidles i medarbejdergruppen.

Fremgangsmåden

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 UTH, er forpligtet til at rapportere hændelsen via Styrelsen for

Patientsikkerheds hjemmeside www.STPS.dk. Endvidere kan også brugere og pårørende rapportere.

Der vil være gråzoner og opstå situationer i praksis, hvor man som medarbejder kan være i tvivl om, hvorvidt en utilsigtet hændelse er inden for rapporteringspligten. I sådanne tilfælde er det Specialbørnehjemmenes 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:

- Sektorovergange
- Medicinering
- Infektioner
- Uheld

Rapporteringspligten gælder uanset den faktuelle konsekvens for barnet/den unge.

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

- barnet/den unge dør,
- barnet/den unge får varige funktionstab,
- der skal ske lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet
- der for flere børn/unge er øget plejebyrde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet
- der er risiko for skade (nærved hændelse).

Ikke rapporteringspligtigt

- Forværring, skade og dødsfald relateret til barnets/den unges 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.

Retningslinjer for rapportering af utilsigtede hændelser

Ved rapportering af utilsigtede hændelser gælder følgende:

- Rapporteringen skal ske via Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk **snarest muligt og senest 7 dage efter**, at medarbejderen er blevet opmærksom på den utilsigtede hændelse. Ikon (genvej) hertil ligger på alle medarbejders skrivebord.
- Der er ingen tidsfrist for borgere og pårørende, der ønsker at rapportere en utilsigtet hændelse.
- Ved rapportering skal medarbejderen altid forholde sig til, **hvor** og **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 afdelingen (institutionen) en advisering om rapporteringen fra systemet, så analysen kan påbegyndes. Ved alvorlig eller dødelig UTH eller i patientovergange modtager sagsbehandler i Specialsektorens administration også en advisering om rapportering fra systemet. I sidstnævnte situationer overgår sagen til Specialsektorens risikomanager.

Når UTH'en videresendes til Styrelsen for Patientsikkerhed anonymiseres automatisk såvel medarbejderens som barnets/den unges navn. Teksten, der beskriver hændelsen, må ikke indeholde personhenførbare data, da disse ikke kan anonymiseres ved videresendelsen. Hvis der ved indberetningen vedhæftes filer, må der heller ikke her være personhenførbare oplysninger.

På Specialbørnehjemmene er der nedsat en UTH-organisation på hver afdeling. Den lokale UTH-organisation sammensættes af den enkelte afdelingsleder i samarbejde med tilbudsleder og medarbejdere.

Det er de lokale UTH-organisationers ansvar at sikre, at UTH behandles/analyseres rettidigt (senest 90 dage efter indrapportering). Behandlingen/analysen kan foretages i UTH-organisationen eller på personalemøder. Den utilsigtede hændelse analyseres i forhold til punkterne:

1. Hvad skete der?
2. Hvordan kunne det ske?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi på fremadrettet

Ved UTH i patientovergange overdrages sagen til Specialsektorens risikomanager, der har ansvaret for at igangsætte analyse, den videre behandling og afslutning af sagen (senest 90 dage efter indrapportering).

Ved alvorlig/dødelig hændelse skal analysen ske umiddelbart efter hændelsen. Ansvaret herfor ligger hos Specialsektorens risikomanager, der udarbejder oplæg til analyse, forestår processen og afslutter sagen.

Direkte link til sagsbehandling af indrapporterede UTH'er:

<https://dpsd.csc.dsdn.dk/> Vejledning i sagsbehandling findes i bilag 1.

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.
- 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 risikomanageren.

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-organisation vurderer, om hændelsen giver anledning til ændringer i praksis på baggrund af analysen.
- Hvis det er tilfældet, udarbejdes en handleplan, som indeholder analysens resultat samt oplysninger om udførte/planlagte forebyggende initiativer.
- Hvis det vurderes, at der ikke kan udarbejdes en handleplan, skal begrundelsen fremgå af analysen.
- UTH-organisationen indberetter den færdiganalyserede UTH i DPSD-systemet (Dansk patient sikkerhedsdatabase)

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 analysen i samarbejde med tilbuddets UTH-organisation og fagkonsulent.

Tværasektorielle hændelser

Ved en utilsigtet hændelse i forbindelse med en sektorovertagelse (tværasektoriel hændelse) gælder særligt:

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

Den rapporterede utilsigtede hændelse tilgår Specialsektorens risikomanager, som har til opgave at indhente supplerende oplysninger, visitere hændelsen eller fremsende den indrapporterede utilsigtede hændelse til analyse i den lokale UTH-organisation.

Sagsarbejdet med analyse af de utilsigtede hændelser sker løbende, dog senest 90 dage efter den er indrapporteret. Til analysen benyttes følgende punkter af UTH-organisationen eller på personalemøde:

1. Hvad skete der?
2. Hvordan kunne det ske?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi på fremadrettet

Ansvarlig: UTH-organisationen.

Oplysning om analysens resultat og handleplan sendes af UTH-organisationen til risikomanager.

Ansvarlig: UTH-organisationen.

Retningslinjer for indberetning af utilsigtede hændelser

Når analysearbejdet og evt. handleplan er klar, har UTH-organisationen ansvaret for at afslutte sager med ingen, mild eller moderat skader. Øvrige UTH sager afsluttes af Specialsektorens risikomanager.

UTH-organisationen indberetter den færdiganalyserede UTH i DPSD-systemet

Ved sagsbehandling i DPSD-systemet skal der være særlig opmærksomhed på flg.:

1. Er hændelsestypen korrekt?
2. Er alvorlighedsgraden korrekt? Se WHO's 'International Classification for Patient Safety' (alvorlighedsskala).
3. Er hændelsesbeskrivelsen anonym?
4. Skriv resultatet af analyse/handleplan direkte ind

Ansvarlig: UTH-organisationen.

Retningslinjer for formidling af nye initiativer

Når der er udarbejdet en analyse og evt. 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.

De utilsigtede hændelser, der har læringsperspektiv for medarbejderne, medbringes på afdelingens personalemøde. Øvrige UTH'er løses af UTH-organisationen.

Ansvarlig: UTH-organisationen.

Retningslinjen tages med på personalemøde 1 gang årligt.

Ansvarlig: UTH-organisationen.

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 herunder de regionale retningslinjer.

En gang årligt genererer risikomanageren en rapport til hvert enkelt tilbud, som gennemgår det sidste års UTH'er. Rapporten anvendes blandt andet i den årlige kvalitetsovervågning på trin 3. Her bidrager den til at danne overblik over mønstre og tendenser i tilbuddets utilsigtede hændelser.

Referencer

Der henvises til de regionale instrukser

<https://rn.dk/specialsektoren/udviklings-og-kvalitetsarbejde/dansk-kvalitetsmodel-paa-det-sociale-omraade/regionale-retningslinjer>

VEJLEDNING

Sagsbehandling i DPSD-systemet

(Dansk patient sikkerhedsdatabase)

Log-in

- Log ind med din Virksomheds NEM-ID på <https://dpsd.csc.dsdn.dk> via Nøglefilen. Når du er logget ind, står du i indbakken, hvor du kan se de indberettede utilsigtede hændelser.
- Sæt kryds ud for de sager du ønsker at sagsbehandle, tryk "accepter" – sagerne kommer nu over i fanen "mine sager"
- Åbn en sag ved at klikke på overskriften eller markere i boksen og trykke på "åben"

Sags-gennemgang

Gå sagen igennem, er den indberettet korrekt? – vær særlig opmærksom på følgende:

- Er det en utilsigtet hændelse (Sundhedsfaglig virksomhed ≠ ADL) – Hvis sagen ikke er en UTH, tryk på Slet/Afvis sag.
- Alvorlighed – Angiv den reelle skade ikke den potentielle skade. Hvis alvorligheden er Alvorlig eller Dødelig vil risikomanageren igangsætte analyse/handleplan.
- Hændelsestype/DPSD klassifikation – er der valgt den rigtige hovedgruppe mm.
- Anonymisering af indberetningen – der må ikke være oplysninger, herunder navn og e-mail, som kan være personhenførbare – dette gælder også for eventuelle vedhæftede dokumenter.

Analyse/handleplan

En analyse/handleplan anbefales at indskrives direkte i skemaet, idet det så kan anvendes til dataud- træk (denne mulighed er der ikke for vedhæftede dokumenter).

- Tryk på **"Analyseresultat"** i fanen til højre.
- Udfyld tekstfeltet med analyseresultatet og handleplan (vedhæft eventuelle dokumenter som bilag)
 - ✓ Hvad skete der?
 - ✓ Hvordan kunne det ske?
 - ✓ Hvad har vi lært?
 - ✓ Fremadrettede tiltag for forbedring
- Tryk på "Gem".

Afslut og indsend til Styrelsen for patientsikkerhed

- Tryk på "Afslut"-knappen som er placeret i bunden i bunden – Sagen indsendes nu til styrelsen for patientsikkerhed – man kan altid genåbne en sag, hvis der er behov for det.

Se video-vejledninger: <https://vimeo.com/showcase/4843791>