



Rapportering af utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

April 2004

***Akkrediteringsstyregruppen og
RiskEnheden, FoQUS
Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen***

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Formål	4
Baggrund	4
Organisatoriske rammer	6
Ansvarsfordeling i organisationen	7
Sikkerhedskultur	8
Rapporteringssystemet	9
Hvad skal rapporteres?	9
Obligatorisk rapportering	9
Frivillig rapportering	10
Lokal rapportering	11
Hvem skal/kan rapportere	11
Rapporteringsform.....	11
Forløb ved rapportering	11
Modtagelse af rapportering	12
Scoring af hændelse	12
Skadens alvor.....	12
Risiko for gentagelse	12
Faktuel og potentiel score	13
Rapportering til RiskEnhed i FAS	13
Rapportering til Sundhedsstyrelsen	14
Analyse	14
Audit	14
Aggregeret analyse	16
Kerneårsagsanalyse.....	17
Proaktiv analyse	19
Feedback	21
Formidling i FAS	21
Patientklagenævns sager og Patientforsikrings sager	22
Vejledning til information af personale	23
Vejledning til information af patient	24
Referencer	25
Bilag 1. Rapporteringsskema	26

Forord

Dette materiale beskriver rapporteringssystemet for rapportering af utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen.

Materialet er udarbejdet på baggrund af resultater fra en pilottest af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (FAS) (1) og de beslutninger vedrørende organisering, der løbende er truffet i akkrediteringsstyregruppen i FAS.

Specifikationen af rapporteringssystemet er sket med afsæt i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet (2), Udkast til en model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet (3), Lov om patientsikkerhed (4) samt arbejdet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Arbejdet hviler endvidere på undersøgelsen af forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse i Danmark (5), anbefalinger for rapportering og tilbagemelding af utilsigtede hændelser på sygehuse i Danmark (6) ligesom viden og erfaringer fra udlandet hhv. andre højrisikosektorer er indtænkt i beskrivelsen.

Dette materiale beskriver baggrunden for arbejdet med patientsikkerhed, den anvendte terminologi, organiseringen i FAS samt giver en beskrivelse af sagsbehandling af rapportering af utilsigtede hændelser i FAS.

I litteraturen er overvejende beskrevet erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenets sekundærsektor. Da primær sektor og sekundær sektor har en stor fælles berøringsflade, er det besluttet, at rapporteringssystemet i FAS på sigt skal omfatte begge sektorer.

Der skal i FAS udarbejdes en politik for arbejdet med patientsikkerhed tillige med en tværgående retningslinje for rapportering af hændelser. RiskEnheden initierer dette arbejde og udarbejder endvidere en plan for implementering af amtets rapporteringssystem. De nævnte dokumenter vil, efter endt udarbejdelse, være tilgængelige på FoQUS' hjemmeside: www.foqus.fa.dk.

Rapporteringssystemet planlægges evalueret efter 2 år.

Kommentarer og spørgsmål vedrørende Rapporteringssystemet kan rettes til:

RiskEnheden
FoQUS
Sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt
Hillerød Sygehus
Helsevej 2, Indgang 50B
3400 Hillerød
Tlf.: 4829 4664

Formål

Formålet med patientsikkerhedsarbejdet i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er, at reducere antallet af utilsigtede hændelser, der medfører skade for patienten i forbindelse med pleje, behandling og genoptræning.

Formålet søges opfyldt ved, at der i organisationen arbejdes med at uddrage læring af hændelser med henblik på forebyggelse af nye hændelser. Et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser er et væsentligt redskab, der anvendes for at systematisere og målrette dette arbejde. En forudsætning for rapporteringssystemets funktion er, at ledelse og medarbejdere i organisationen arbejder for at fremme en sikkerhedskultur, hvor det føles trygt og vedkommende for personalet at rapportere.

Baggrund

National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (2002-2006)

I den nationale strategi udgør patientsikkerhed ét af fire indsatsområder (2). I relation til patientsikkerhed er tre indsatsområder beskrevet, nemlig 1) Sikkerhedsprocedurer, 2) Forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser samt 3) Elektroniske patientjournaler.

Målsætningen for sikkerhedsprocedurer beskrives som følger:

Indenfor strategiperioden skal det sikres, at der i de enkelte afdelinger/enheder foreligger procedurer for alle væsentlige risikobetonede processer, herunder procedurer for medicinordination- og administration, apparaturanvendelse og vedligeholdelse samt hygiejniske forholdsregler (Strategien, side 20).

Målsætningen for forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser beskrives som følger:

I løbet af 2002 skal der etableres systemer for rapportering af fejl og utilsigtede hændelser til brug for iværksættelse af forebyggende initiativer (Strategien, side 20).

Udkast til en national model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet

I Den Danske Kvalitetsmodel, der er vedtaget til implementering i alle amter med udgangen af 2006, indgår risikostyring og patientsikkerhed som væsentlige temaer, indenfor hvilket der vil blive udviklet standarder (3). For yderligere oplysninger henvises til: www.kvalitetsmodel.dk.

Lov om patientsikkerhed

Lov om patientsikkerhed trådte i kraft den 1. januar 2004. Loven forpligter alle sundhedspersoner til at rapportere de hændelser, som sundhedspersonen selv er impliceret i og de hændelser, som den pågældende observerer hos andre (4). Endvidere omfatter rapporteringsforpligtelsen hændelser, som en sundhedsperson efterfølgende bliver opmærksom på i forbindelse med udøvelse af sin faglige virksomhed. Loven gælder inden for sekundær sektor. Efter systemet har været i drift i en toårig periode skal det evalueres, bl.a. med henblik på om primær sektor skal være omfattet.

Iflg. lovens §6 kan en sundhedsperson¹, som rapporterer en utilsigtet hændelse, ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

I slutningen af 2001 blev Dansk Selskab for Patientsikkerhed stiftet. Selskabets formål er *at fungere som organisatorisk ramme og at virke samlende og inspirerende for arbejdet med den del af kvalitetsudviklingen inden for sundhedssektoren, der vedrører patientsikkerhed (7).*

Selskabets arbejdsprogram for 2004 skitserer bl.a. en indsats på følgende fokusområder:

- Reduktion af medicineringsfejl – fokus vil være at fremme opmærksomheden omkring forvekslinger og sikre at patientsikkerhedshensyn tilgodeses i elektroniske medicinordinationssystemer
- Patienters aktive deltagelse - en arbejdsgruppe har udarbejdet en række råd til patienter
- Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Selskabet vil beskrive 15-20 processer i sundhedsvæsenets arbejde, hvor der ud fra et sikkerhedsperspektiv kan anbefales at udarbejde patientsikkerhedsstandarder
- Patientsikkerhed i primærsektoren
- Reduktion af kendte risici

Yderligere oplysninger om Selskabet kan fås på hjemmesiden <http://www.patientsikkerhed.dk>.

Frederiksborg Amt

Eksisterende databaser

Frederiksborg Amt har en database for alle klagesager, både serviceklager sendt til amtet og klagesager sendt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ligeledes findes en database over alle sager sendt til Patientforsikringen. Begge databaser varetages af Patientkontoret.

Sundhedsudvalgets beslutning i Frederiksborg Amt

Sundhedsudvalget i Frederiksborg Amt besluttede i august 2001, at der skal ske en obligatorisk rapportering af utilsigtede hændelser relateret til: Dødsfald under elektiv operation eller 30 dage efter elektivt indgreb, Medicinering og Forveksling. Arbejdet med at effektuere beslutningen blev påbegyndt og midlertidigt udsat indtil det fornødne grundlag for arbejdet var på plads i 2002.

Arbejdsgruppen for patientsikkerhed

En arbejdsgruppe for patientsikkerhed der er bredt sammensat med repræsentanter fra forskellige kliniske områder, Patientkontoret, primær sektor, Sygehusapoteket, FACIT² og FoQUS³ blev nedsat efteråret 2002 med reference til Akkrediterings-

¹Sundhedspersoner omfatter iflg. loven personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer der handler på disses ansvar(4).

²Frederiksborg Amts Center for IT, stabsafdeling i FAS.

³FoQUS er en stabsafdeling i FAS, der varetager opgaver inden for områderne forskning, kvalitet, kompetenceudvikling og uddannelse.

styregruppen. Arbejdsgruppen beskrev et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i FAS, der var færdigt til afprøvning i efteråret 2003.

Pilottest

Fra september 2003 til januar 2004 gennemførtes en pilottest af det beskrevne rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i FAS. Pilottesten foregik på fire afsnit fordelt på amtets tre sygehuse. Personalet rapporterede hændelser og nærhændelser inden for tre udvalgte obligatoriske hændeskategorier og havde mulighed for frivillig rapportering af øvrige hændelser. Under pilottesten blev opbygget en lokal patientsikkerhedsorganisation og en midlertidig RiskEnhed blev oprettet i FoQUS.

Ved pilottestens afslutning blev der gennemført en brugerundersøgelse, med udsendelse af tre forskellige spørgeskemaer til henholdsvis afdelingsledelserne, modtagerne af rapportering og personalet i testafsnittene.

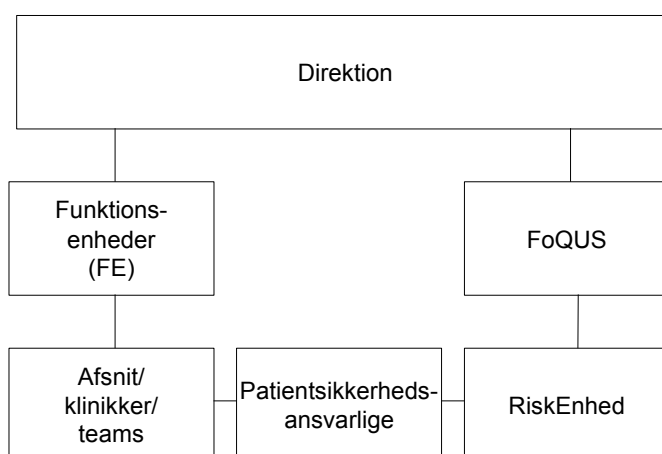
Resultat af pilottest og brugerundersøgelse er udgivet i en rapport, der kan rekvireres via RiskEnheden (1).

Før og efter pilottesten er der i et samarbejde med Forskningscenter Risø, Afdelingen for Systemanalyse gennemført en spørgeskemaundersøgelse med titlen: Sikkerhedskulturen på sygehuse. Spørgeskemaundersøgelsen udføres af ph.d. studerende Marlene Dyrlov Madsen og har til formål at: måle effekten af intervention på sikkerhedskulturen, måle forskelle i sikkerhedskultur på forskellige afsnit samt undersøge betydningen af sikkerhedskultur for patientsikkerhed og læring af hændelser. Der er gennemført spørgeskemaundersøgelse blandt personale og ledelse på 7 afsnit i amtet. 4 af disse afsnit har deltaget i pilottesten. Rapport med resultater fra undersøgelsen kan efter offentliggørelse i begyndelsen af maj 2004 downloades på hjemmesiden www.focus.fa.dk

Organisatoriske rammer

Organisationen

Diagrammet herunder viser organiseringen af patientsikkerhed i FAS:



Efter pilottestens afslutning er arbejdsgruppen for patientsikkerhed ophævet, idet dens kommissorium hermed er realiseret. Til afløsning af arbejdsgruppen nedsættes en følgegruppe for patientsikkerhed, der har rådgivende funktion over for akkrediteringsstyregruppen. Gruppen har til opgave at følge arbejdet og udviklingen indenfor området, foreslå initiativer til tværgående tiltag og identificere indsatsområder på baggrund af nationale og internationale erfaringer i relation til patientsikkerhed og risikostyring i sundhedsvæsenet.

Hver funktionsenhed udpeger et antal patientsikkerhedsansvarlige. I samarbejde med RiskEnheden etableres der et netværk for de patientsikkerhedsansvarlige i amtet. Netværket har primært til formål at dele erfaringer og viden fra det lokale og nationale patientsikkerhedsarbejde og at følge udviklingen inden for patientsikkerhed i amtet og nationalt mhp implementering af viden lokalt. RiskEnheden har ansvar for at koordinere arbejdet i netværket.

Ansvarsfordeling i organisationen

Nedenfor er beskrevet organisationens ansvarsfordeling for patientsikkerhedsarbejdet, afledt af den struktur i sundhedsvæsenet, der er gældende pr 1. februar 2004.

Direktionen

Det er direktionens ansvar, at

- der udformes en overordnet politik for området
- sikre at relevante aktiviteter inden for området besluttet, koordineres og formidles
- udpege risikoområder på tværs af enhederne

Funktionsenhedsledelsen

Det er funktionsenhedsledelsens (FE-ledelsens) ansvar, at

- følge de amtslige rammer og mål for håndtering af utilsigtede hændelser
- udpege indsatsområder
- sikre relevante uddannelsesinitiativer
- hvor en hændelse involverer flere enheder indledes et samarbejde med de involverede FE-ledelser, for herigennem at afdække årsager til hændelsen og implementere forebyggelsestiltag
- understøtte arbejdet i enheden med dataindsamling, analyse og implementering af forbedringstiltag ved synlig opbakning
- sikre en organisering i de enkelte klinikker/afsnit/teams der gør, at personalets rapporteringer modtages og videresendes i anonymiseret form

Lokal ledelse (klinik/afsnit/team)

Det er den lokale ledelses ansvar, at

- sikre at der på lokalt niveau skabes et forum, hvor hændelser regelmæssigt diskuteres
- udpege risikoområder lokalt
- understøtte det lokale arbejde med dataindsamling, analyse og implementering af forbedringstiltag ved synlig opbakning
- understøtte etablering af en sikkerhedskultur, hvor patientsikkerhed indgår som en del af det daglige kliniske arbejde

Den patientsikkerhedsansvarlige

Den patientsikkerhedsansvarlige har ansvar for, at

- modtage personalets rapportering på en måde, så det opleves trygt at rapportere
- debriefe personalet efter behov
- stimulere personalet til rapportering af hændelser
- sikre at data opsamles systematisk, og at der handles på analyse af data
- formidle viden om og diskutere hændelser og heraf afledte tiltag

Den enkelte fagperson

Den enkelte fagperson har ansvar for, at

- holde egen viden á jour, kende og følge gældende retningslinier samt at følge gældende love og regler
- rapportere hændelser i følge de aftalte retningslinjer

RiskEnheden

RiskEnheden har ansvar for, at

- modtage rapporter fra enhederne og indtaste data i amtets database
- tage initiativ til og gennemføre aggregerede analyser
- gennemføre kerneårsagsanalyser i samråd med enhederne
- give feedback til enhederne via de patientsikkerhedsansvarlige
- indsamle erfaringer fra enhederne vedr. korrigerende handlinger
- formidle generaliserbar viden og læring fra handlingerne og analyserne til sundhedsvæsenet i amtet
- følge op på effekt af iværksatte handlinger
- samarbejde med Patientkontoret
- yde generel rådgivning
- rapportere udvalgte hændelser til den nationale database
- formidle national og international læring

Sikkerhedskultur

Patientsikkerhed er en ledelsesopgave på alle niveauer i organisationen. Udgangspunktet er, at der i organisationen anvendes en **systemisk tilgang** til utilsigtede hændelser. Dette vil sige, at analyse af utilsigtede hændelser baseres på en undersøgelse af de usikre systemer, der tillader forekomsten af hændelser i stedet for at fokusere på de personer, som var involveret i hændelsen. Fokus for organisationen er at strukturere og organisere sig, så hændelser opfanges, analyseres og fører til handling med henblik på at forebygge nye hændelser.

Systematisk rapportering anvendes til dataindsamling og -analyse og danner dermed grundlag for iværksættelse af forbedringstiltag hvad angår patientsikkerhed.

For at fremme rapportering skal der udvikles en **sikkerhedskultur**, hvor læring - og ikke skyld - er i fokus, så personalet oplever det trygt at rapportere. I en sådan kultur vil personalet kunne se betydningen af deres rapportering som grundlag for forebyggelse af nye hændelser. Personalet skal mærke, at patientsikkerhed er på dagsordenen og at ledelsen forventer rapportering af hændelser og reagerer konstruktivt på dem.

Rapporteringssystemet

Hvad skal rapporteres?

Rapporteringssystemet omfatter rapportering af

- utilsigtede hændelser og
- nærhændelser

Definitioner

En **utilsigtet hændelse** defineres som

En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme (8).

En **nærhændelse** defineres som

En utilsigtet hændelse, der når at blive korrigeret i tide før gennemført handling (8).

OBS!

Når der i denne beskrivelse omtales rapportering af hændelser, menes således både utilsigtede hændelser og nærhændelser.

I Frederiksborg Amt er hændelser tilhørende tre udvalgte områder genstand for **obligatorisk rapportering**. Områderne er dels valgt ud fra deres væsentlighed, dels fordi de generelt kan forebygges men også under hensyntagen til de valgte kategorier i det nationale system.

Med obligatorisk menes her, at hændelser inden for de tre områder forventes at blive rapporteret. Derudover kan personalet foretage **frivillig rapportering** af hændelser efter eget skøn.

Obligatorisk rapportering

De tre hændeskategorier hvor rapportering af hændelsen er obligatorisk, drejer sig om hændelser relateret til:

- Operative/invasive procedurer
- Medicinering
- Forveksling/fejlkommunikation

Nedenfor er disse hændeskategorier beskrevet. Rapporteringsprocedure og data-behandling beskrives i de efterfølgende afsnit.

Operative/invasive procedurer

Hændelser relateret til operative/invasive procedurer omfatter

- Hændelser ved elektive operative/invasive indgreb, herunder
 - sideforveksling
 - dødsfald under elektivt indgreb.

Rapportering af hændelser tilhørende denne kategori, omfatter hændelser opstået i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og opfølgning af elektive operative indgreb og behandlingsprocedurer, som indebærer gennembrydning af hud eller slimhinde eller at man indfører apparatur gennem de naturlige kropsåbninger (<http://www.dpsd.dk>).

Elektive indgreb kan være indicerede i palliativt øjemed. Hvor et sådant indgreb medfører dødsfald, og det skønnes, at dødsfaldet skyldes patientens grundlæggende lidelse, vil dødsfaldet ikke være omfattet af obligatorisk rapportering.

Medicinering

Hændelser relateret til medicinering omfatter brist i den medicineringsproces, der sikrer, at patienten får rette medicin i rette dosis, på rette tidspunkt og rette måde.

Rapportering af hændelser forbundet med medicinering omfatter **alle led** i medicinering, dvs. hændelser relateret til

- Ordination
- Transskription
- Dispensering
- Administration

Ordination omfatter

- ordination trods kendt allergi eller kontraindikation
- ulæselig/uforståelig ordination

Transskription omfatter

- overførsel af ordinationer fra et skema til et andet
- overførsel af ordinationer fra en sektor til en anden.

Dispensering omfatter alle former for ophældning og afmåling af præparat, herunder

- infusionshastighed,
- brug af udløbet medicin,
- forkert præparat, dosis eller udregning.

Administration omfatter alle former for omdeling, udlevering, indtagelse, herunder

- fejlagtig administrationsvej,
- manglende dokumentation af given medicin,
- medicin ikke givet eller givet flere gange.

Forveksling og fejlkommunikation

Hændelser relateret til forveksling og fejlkommunikation omfatter

- forkert sideidentifikation ved undersøgelse eller behandling
- forkert patientidentifikation
- forkert skriftlig dokumentation
- anden forveksling/fejlkommunikation, fx
 - journalark i forkert journal,
 - manglende persondata på gennemslagspapir
 - henvisningen afsendt men forsvundet,
 - brist i skriftlig eller mundtlig kommunikation, bla. ved overflytning af patient

Frivillig rapportering

Frivillig rapportering foretages ved hændelser, der

- vurderes alvorlige,
- ud fra en umiddelbar betragtning kunne have været undgået
- vurderes væsentlige
- har generelt læringspotentiale

Lokal rapportering

Hvem skal/kan rapportere

Lov om Patientsikkerhed

Loven er vedtaget med virkning fra 1. januar 2004. Ifølge loven gælder forpligtelsen til at rapportere utilsigtede hændelser for sundhedspersoner (se tidligere omtale af loven i afsnittet *Baggrund*).

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

I FAS er det besluttet, at alle faggrupper (kliniske og ikke-kliniske) kan rapportere. Anbefalingen er begrundet i, at patientsikkerhed er et fælles anliggende, og at hensigten er at uddrage læring af det samlede patientforløb.

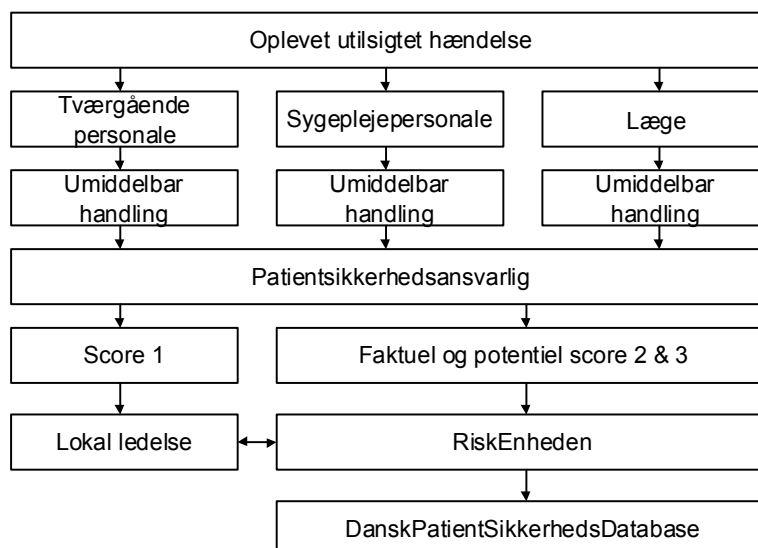
Rapporteringsform

Fortrolig rapportering

Amtets rapporteringssystem bygger på en fortrolig rapporteringsform. Det betyder, at det enkelte personalemedlem er kendt i eget afsnit/klinik/team, men at vedkommende ikke er identificerbar på de oplysninger, der går til RiskEnheden. Når oplysninger om en hændelse sendes ud af egen enhed, optræder den patientsikkerhedsansvarlige eller en lokalt udpeget modtager af rapportering som kontaktperson. Herved kan RiskEnheden efterfølgende indhente supplerende oplysninger og indlede samarbejde omkring analyse og forebyggelsesaktiviteter.

Forløb ved rapportering

Rapportering skal ske hurtigst muligt efter at hændelsen har fundet sted efter nedenstående model:



Modtagelse af rapportering

De patientsikkerhedsansvarlige modtager personalets rapportering. I den enkelte enhed kan ledelsen i samarbejde med de patientsikkerhedsansvarlige aftale en lokal organisering.

Modtagelsen omfatter følgende aktiviteter:

- Ved en samtale mellem modtager og personalemedlemmet sker der efter behov en debriefing af personalemedlemmet (se *Vejledning i information til personale*). Under samtalen identificeres hændelsens umiddelbare forebyggelsespotentiale
- Rapporteringsskema udfyldes i samarbejde mellem rapportør og modtager af rapportering (se bilag 1)
- Hændelsen scores i fællesskab (se afsnittet *Scoring af hændelse*)

Ved en alvorlig hændelse kontaktes RiskEnheden telefonisk.

Ved en hændelse hvor flere er involveret, anbefales det, at de involverede om muligt aftaler, hvem der rapporterer hændelsen.

Ved en hændelse hvor flere enheder er involveret, orienterer den patientsikkerhedsansvarlige egen ledelse og tager kontakt med patientsikkerhedsansvarlige i den eller de andre enheder. Efter de patientsikkerhedsansvarlige har afdækket indhold i hændelsen og forebyggelsespotentialet kontaktes de respektive ledelser. Evt yderligere behov for analyse og handling aftales med de involverede ledelser.

Personalemedlemmer fra tværgående grupper eller tilsynsgående specialer, f.eks. fysio- og ergoterapeuter, farmaceuter m.fl., rapporterer hændelser via den patientsikkerhedsansvarlige på det afsnit/klinik/team, patienten er tilknyttet.

Scoring af hændelse

Udgangspunkt for scoring af hændelser er at vurdere:

- skadens alvor og
- risiko for gentagelse

Scoring af en hændelse vil altid være subjektiv. Det er vigtigt, at personalets oplevelse af hændelsen respekteres i vurderingen af en hændelse.

Skadens alvor

Der foretages et skøn over omfanget af den skade patienten er påført. Hjælp til vurdering af méngraden kan fås ved anvendelse af Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel (9).

Risiko for gentagelse

Der foretages et skøn over sandsynligheden for, at en tilsvarende hændelse kan forekomme.

Når der er foretaget et skøn over skadens alvor og en vurdering af risiko for gentagelse, aflæses hændelsens faktuelle og potentielle score i nedenstående tabel. Scoren anføres på rapporteringsskemaet og markeres i tabellen mhp. senere analyse af alvor hhv. hyppighed.

SCORE		ALVOR			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
HYPPIGHED	Hyppig	3	3	2	1
	Mindre hyppig	3	2	1	1
	Sjælden	3	2	1	1

Specifikation af de forskellige kategorier af henholdsvis alvor og hyppighed fremgår af rapporteringsskemaet (se bilag 1).

Faktuel og potentiel score

Hændelserne scores som neden for beskrevet, idet hændelserne tildeles både en faktuel og en potentiel score. Den faktuelle score afspejler det faktiske hændelsesforløb, mens den potentielle score afspejler en vurdering af hændelsens størst tænkelige alvor (worst case), hvis andre omstændigheder havde været til stede.

Score 1 hændelser registreres af den patientsikkerhedsansvarlige og opbevares lokalt. Analyse, handling og formidling af disse resultater internt i afsnittet initieres af de patientsikkerhedsansvarlige.

RiskEnheden samarbejder med de patientsikkerhedsansvarlige mhp at sikre, at læring afledt af score 1 hændelser koordineres og udbredes i organisationen.

RiskEnheden indleder samarbejde med de patientsikkerhedsansvarlige vedrørende fælles principper for opbygning af database, så det er muligt at generere data og få et samlet billede af alle hændelser i amtet.

Score 2 og 3 hændelserne rapporteres til RiskEnheden (både de der faktisk og potentielt er scoret 2 og 3). Kopi af rapporten beholdes i egen enhed. Analyse af hændelser foretages i samarbejde mellem RiskEnheden, de patientsikkerhedsansvarlige og lokal ledelse/FE-ledelse.

Rapportering til RiskEnhed i FAS

Håndtering af hændelser i RiskEnheden

RiskEnheden modtager rapporter vedrørende score 2 og 3 hændelser fra funktionsenhederne. De patientsikkerhedsansvarlige kontaktes evt mhp uddybning af hændelsen eller koordinering af aktiviteter afledt af hændelsen.

Rapporterne indtastes i amtets database. Databasen indeholder ikke personidentificerbare data. Med udgangspunkt i hændelsernes score og karakter udarbejdes analyseplan for den enkelte hændelse eller gruppe af hændelser (se afsnittet *Analyse*).

Rapportering til Sundhedsstyrelsen

Der er i Sundhedsstyrelsen oprettet en national database, Dansk PatientSikkerhedsDatabase (dpsd). Denne har til formål at samle viden om hændelser, analyseresultater og de heraf afledte forebyggelsesaktiviteter til forebyggelse mhp. national vidensdeling (www.dpsd.dk).

RiskEnheden rapporterer de faktuelle score 2 og 3 hændelser til den nationale database efter endt sagsbehandling. Sundhedsstyrelsen modtager således hændelsesrapporten, de efterfølgende analyseresultater, oplysning om gennemførte og anbefalede handlinger, plan for implementering samt plan for opfølgning på iværksatte handlinger.

Analyse

Formålet med analyserne er at afdække årsager til hændelserne med henblik på at beskrive egnede handlinger til forebyggelse af lignende hændelser, disses implementering samt formidling af resultater og erfaringer.

Analyser afsluttes med en

- Handlingsplan, der indeholder forslag til handling, tidsangivelse for indførelse og for opfølgning af virkning
- Implementeringsplan, der beskriver hvem der har ansvar for at implementere hvilke tiltag og inden for hvilken tidsramme
- Formidlingsplan, der beskriver hvem der har ansvar for at formidle hvilke resultater og til hvem

I udgangspunktet anvendes fire metoder til analyse og læring af utilsigtede hændelser. Disse beskrives efterfølgende og omfatter:

- Audit
- Aggregeret analyse
- Kerneårsagsanalyse og
- Proaktiv risikoanalyse

Audit

Definition

Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold (8).

Audit kan gennemføres på grundlag af på forhånd formulerede standarder (audit med **eksplicite kriterier**) eller foretages på baggrund af en fælles kollegial og faglig forståelse af "god klinisk praksis", hvor der ikke på forhånd findes definerede standarder (audit med **implicitte kriterier**).

Formål

- Identificere årsager der ligger til grund for en utilsigtet hændelse.
- Beskrive forebyggende tiltag
- Udvikle sikkerhedskultur

Anvendelse

- Audit anvendes ved dødsfald under elektiv kirurgi
- Ved hændelser hvor afdelingen ønsker at undersøge en eller flere ens hændelser.

Audit kan også anvendes til sager fra Patientklagenævnet og sager fra Patientforsikringen, hvor en utilsigtet hændelse er anledning til klagen eller anmeldelsen.

Forløb

Det er FE-ledelsens ansvar at initiere og forestå gennemgang af audit. Audit foretages af en gruppe bestående af sagkyndige fagfolk inden for specialet fra de involverede afdelinger. Sammensætning af auditgruppen afhænger af problemstillingen. Der sikres tilstedeværelse af relevante fagfolk. Ved vurdering af patientforløb på tværs af enheder (fx mellem kirurgisk enhed og anæstesiologisk enhed), skal der være fagfolk fra begge enheder i gruppen.

Der udpeges en formand og en referent for gruppen. Hvert medlem får før mødet tilsendt kopi af journalmateriale. Materiale, der præsenteres for auditgruppen skal være anonymiseret, både hvad angår patient og personale. Hvert medlem fremlægger på mødet sin opfattelse af forløbet.

På baggrund af diskussion i auditgruppen udarbejdes en fælles konklusion af forløbet/forløbene og auditskema udfyldes.

Resultater

Formand og referent for auditgruppen har ansvar for at konklusioner og vurderinger videregives til FE-ledelser, kolleger og RiskEnheden.

FE-ledelsen har ansvar for at sikre at rapportører får tilbagemelding og for at implementere tiltag afledt af analyseresultater i egen enhed og anbefale tværamtslige tiltag afledt af analyseresultaterne.

FE-ledelsen kan vælge at gennemføre en ny audit efter en periode for at dokumentere opnåelse af forbedring af kvaliteten eller behov for yderligere tiltag.

RiskEnheden har ansvar for at formidle generaliserbare resultater i FAS .

Til brug ved gennemførelsen af audit anvendes audit-skema. Skemaet udarbejdes af RiskEnheden og er efterfølgende tilgængelig på www.focus.fa.dk

Aggregeret analyse

Definition

En analyse af ensartede hændelser inden for en nærmere fastlagt periode.

Ved ensartede hændelser forstås hændelser der f.eks. har fundet sted som følge af samme årsager, hændelsesforløb der ligner hinanden o.l. Gruppen af hændelser er således karakteriseret ved en relativ høj hændeshyppighed. Hændelserne analyseres ved en tematisk gennemgang af faktorer med betydning for forekomsten.

Formål

- At afdække årsager til at hændelser af samme karakter er foregået
- At identificere en forebyggende indsats
- Via analysearbejdet medvirke til at opbygge og udvikle en sikkerhedskultur

Anvendelse

- Grupper af ensartede hændelser der er rapporteret til RiskEnheden inden for en fastlagt periode.
- Udvalgte patientklagenævns sager og patientforsikrings sager.

Forløb

På baggrund af en vurdering af data fra hændelser af samme karakter indleder personale fra RiskEnheden en analyse. Alternativt kan en funktionsenhed initiere en analyse .

RiskEnheden nedsætter en gruppe bestående af relevante fagpersoner.

Ved hver analyse nedsættes en ny gruppe. Herved styrkes det lærende og kulturændrende element i organisationen. Rapporteringsskemaer gennemgås, fysiske forhold undersøges eller andre forhold relateret til hændelsernes årsag undersøges. Der indgår ikke materiale med personidentificerbare data eller journalmaterialet. Der kan foretages interviews med udvalgte personer fra enkelte enheder mhp. Generelle oplysninger om arbejdsgange, arbejdsprocedurer, funktion af udstyr og andet.

Forløbet gennemgås med henblik på at finde årsager til hændelserne. Konklusioner af gruppens undersøgelser samt anbefalede handlinger beskrives.

Behov for yderligere undersøgelser (f.eks. audit på patientjournaler) beskrives.

Resultater

RiskEnheden gennemgår resultater af analyserne og anbefaler handlinger afledt heraf. Anbefalingerne sendes til Akkrediteringsstyregruppen til videre behandling.

Kerneårsagsanalyse

Definition

En analyseproces, der identificerer de grundlæggende årsager til, at en utilsigtet hændelse kunne ske (8).

Formål

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

Anvendelse

Kerneårsagsanalyse er obligatorisk ved:

- Forvekslingskirurgi
- Score 3 hændelser

FE-ledelsen eller den patientsikkerhedsansvarlige giver førstkommande hverdag besked til RiskEnheden om hændelsen.

Ansvar for gennemførelse af analyse

FE-ledelsen er sammen med personale fra RiskEnheden ansvarlig for at iværksætte og gennemføre analysearbejdet. Det er FE-ledelsens ansvar at effektuere anbefalinger i handlingsplanen. Medarbejder fra RiskEnheden har ansvar for at skrive rapporten efter analysen.

Dannelse af Analysegruppen

FE-ledelsen og medarbejder fra RiskEnheden sammensætter i fællesskab gruppen, der skal forestå kerneårsagsanalysen. Der vælges en gruppeleder. Den nedsatte gruppe forestår hele analysen.

Det er vigtigt, at kerneårsagsanalysen følger den her beskrevne skabelon, da det sikrer mindst mulig variation i analyserne.

Datamateriale

Analysen foretages på baggrund af relevant datamateriale. Opmærksomheden henledes på alt materiale, der har været benyttet i forbindelse med hændelsen. Det er således vigtigt, at involverede utensilier gemmes. Brugt udstyr skal ikke rengøres eller skilles ad, inden der er taget stilling til, om det skal undersøges yderligere i analysen. Dette skal i givet fald afgøres hurtigst muligt. De fundne forhold ved udstyr kan af praktiske hensyn beskrives og dokumenteres med foto.

Gruppelederens forberedelse

Før første møde skal gruppelederen tage stilling til følgende forhold:

- Mødested.* Det anbefales, at møderne foregår i et neutralt lokale, og ikke der hvor man normalt holder konferencer eller møder.
- Decttelefoner.* Det anbefales, at man ikke medbringer disse. Møderne skal foregå uden afbrydelser.
- Påklædning.* Det skal aftales hvorvidt man bærer uniform til møderne.
- Fortrolighed.* Arbejdet i gruppen forudsættes at foregå konfidentielt. Det skal således efter hvert møde aftales, hvad der kan bringes videre fra mødet.

Første møde

Gruppelederen redegør for mødeformen, jvf. ovennævnte punkter.

Medarbejder fra RiskEnheden introducerer kerneårsagsanalyse, herunder kort om teori og metode.

Forud for første møde har RiskEnheden gennemført udførlige interviews med det/de personalemedlemmer, der har været involveret i hændelsen. Til første møde er udarbejdet et notat med sammendrag af indhold fra interviewene.

Det faktuelle forløb for hændelsen gennemgås og beskrives.

Det aftales hvilket materiale/hvilke oplysninger der skal fremskaffes til næste møde, herunder litteratursøgning, yderligere interviews, afklaring af forhold vedr. teknisk udstyr o.l.

Der aftales deadline for afrapportering.

Det aftales hvad der kan refereres fra mødet.

Efterfølgende møder

Efter første møde er det faktuelle forløb og resultat af interviews nedskrevet af RiskEnheden. Dette anvendes som oplæg til det videre arbejde.

Oplægget gennemgås mhp.:

- udarbejdelse af en endelig beskrivelse af det faktuelle forløb
- identifikation af kerneårsager
- udarbejdelse af en handlingsplan med forslag til hvordan den enkelte kerneårsag kan elimineres eller begrænses
- udarbejdelse af aftaler om feedback til frontlinjepersonalet
- indgåelse af aftaler om analyserapportens indhold

Til brug for identifikation af kerneårsager tages der stilling til hvilke af nedenstående hovedområder, der indgik i hændelsesforløbet:

- Kommunikation
- Arbejds miljø
- Oplæring/Uddannelse
- Udstyr
- Barrierer
- Procedurer/regler/vejledninger

Når de overordnede områder er identificeret, analyserer gruppen hvert område ved brug af supplerende spørgsmål. Se håndbog for uddybning af hovedområderne (10).

I analyserapporten beskrives dels hvordan det enkelte område indgik i hændelsen, dels hvad der er almindelig praksis i den pågældende situation. For hver kerneårsag der er identificeret, skal gruppen fastlægge en korrigerende handlingsplan. Det kan vise sig nødvendigt at opstille alternative scenarier med deraf følgende forskellige konsekvenser.

Identifikation af kerneårsager

Til identifikation af kerneårsager gennemgås det faktuelle forløb ved vedvarende at stille spørgsmål (hvorfor? og hvordan?) til omstændighederne for hændelsen. Når man ikke længere kan stille de spørgsmål inden for hvert hovedområde, afsluttes analysen. Som kontrolspørgsmål til den/de identificerede kerneårsager kan man spørge: *'Hvis vi eliminerede denne årsag/disse årsager, kunne vi så have undgået den aktuelle eller fremtidige lignende hændelser?'*

For at mindske variation, og til kontrol af hvorvidt de fundne årsager er egentlige kerneårsager, skal følgende **fem regler** anvendes:

1. Beskrivelse af kerneårsager skal klart vise forholdet mellem "årsag og virkning".
2. Negative beskrivelser bør ikke bruges i kerneårsagsanalyser
3. Hver menneskelig fejl skal have en underliggende årsag
4. Overtrædelser af procedurer er ikke kerneårsager, de skal have en underliggende årsag
5. Manglende handling er kun kausal hvor der er en allerede eksisterende pligt til at handle

Resultater

RiskEnheden har, med udgangspunkt i de aftaler der er truffet i gruppen, ansvaret for udarbejdelse af en analyserapport.

Ledelsen skal tiltræde handlingsplanen og har ansvar for at effektuere anbefalingerne.

Formidling

FE-ledelsen har ansvar for at give feedback til rapportører. RiskEnheden har ansvar for at formidle generaliserbar viden i organisationen og at anbefale tværamtslige tiltag afledt af analyseresultaterne.

Proaktiv analyse

Definition

En vurdering af risici før en hændelse finder sted.

Formål

At gøre systematisk brug af viden (ekstern og intern) til at identificere mulige risikoområder i et patientforløb og på baggrund heraf igangsætte aktiviteter med henblik på at forebygge utilsigtede hændelser samt skabe grundlag for læring.

Anvendelse

Analysen foretages på områder, hvor der er viden om tidligere utilsigtede hændelser, eller hvor der vurderes at være høj risiko for forekomst af utilsigtede hændelser.

Metode

Proaktiv analyse initieres af FE-ledelsen på udvalgte patientforløbsbeskrivelser med henblik på at identificere formodede aktiviteter/strukturer, der kan give anledning til, at utilsigtede hændelser opstår.

Det anbefales, at en sådan analyse foretages én gang årligt.

FAS Rapporteringssystem

Viden om risikoområderne kan komme fra interne eller eksterne kilder, f.eks. som beskrevet herunder.

Kilder til intern viden kan være:

- Klinisk vurdering
- Forekomst af hændelser på lignede områder
- Analyse af patientforløbsbeskrivelser

Kilder til ekstern viden kan være udmeldinger/advarsler/nyheder fra:

- Udmeldinger fra amtets RiskEnhed
- Viden erhvervet fra andre enheder
- Sekretariatet for Den Danske Kvalitetsmodel
- Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering eller Sundhedsstyrelsen i øvrigt
- Videnskabelig litteraturen
- Akkrediterings- og patientsikkerhedsorganisationer, f.eks. Sentinel Event Alerts fra Joint Commission eller oplysninger fra andre akkrediteringsorganisationer.

Amtets RiskEnhed har ansvar for at følge ny viden og offentliggjorte erfaringer fra analyser i andre organisationer og formidle viden til rette enheder i FAS og efter behov tage initiativ til gennemførelse af analyse.

Forløb

Analysen gennemføres i samarbejde mellem FE-ledelse og RiskEnheden.

Der nedsættes en tværfaglig gruppe bestående af relevante fagpersoner. Der udpeges en formand og en referent for gruppen.

Det udvalgte patientforløb gennemgås og risikoområder identificeres. Til brug for identifikation af risikoområder anvendes tilgængeligt datamateriale. Det kan dreje sig om medicinskemaer, logbøger over apparatur eller andet relevant materiale. Hvis der anvendes journalmateriale, skal det være anonymiseret.

For hvert risikoområde angives alvor og sandsynlighed. Risikoområderne vurderes i henhold til nedenstående;

- Hvor stor er sandsynligheden for at det beskrevne risikoområde opdages før der sker en hændelse
- Findes der en kontrolforanstaltning, der eliminerer eller reducerer sandsynligheden for, at der sker en utilsigtet hændelse
- Udgør risikoområdet en væsentlig fare, dvs. hvis der sker en brist her, betyder det så en alvorlig fare for patientens behandling.

Ved hvert identificeret og beskrevet risikoområde, udarbejdes en handlingsplan herunder tidsplan for de foreslåede ændringer.

Resultater

Arbejdsgruppen beskriver i handlingsplanen forslag til ændringer. Det kan dreje sig om ændring i procedurer, arbejdstilrettelæggelse, andet apparatur, evt. indførelse af checklister. FE-ledelsen godkender handlingsplan, vurderer tidsplan for implemen-

tering af handlinger og har ansvar for at implementere analyseresultater i egen enhed.

RiskEnheden har ansvar for at formidle analyseresultater og viden om forebyggelsestiltag i FAS og nationalt.

Feedback

Umiddelbar feedback til rapportørerne

Hvis hændelsen har bevirket, at der er iværksat en umiddelbar handling eller har bevirket undersøgelse af særlige forhold giver den patientsikkerhedsansvarlige umiddelbar tilbagemelding til rapportør.

I relevante fora giver den patientsikkerhedsansvarlige jævnligt tilbagemelding til personalet om de rapporterede hændelser, deres karakter, mulighed for forebyggelse og evt. planlagte eller iværksatte handlinger.

Feedback efter analyse

RiskEnheden har ansvar for at sikre udbredelse af generaliserbar læring fra iværksatte analyser af hændelsesforløb til ledelse og medarbejdere i FAS. Tilbagemelding skal omfatte resultat af den iværksatte analyse samt beskrivelse af foreslåede forebyggelsestiltag, herunder eventuelle erfaringer fra andre analyser, lokale erfaringer eller fra erfaringer beskrevet i litteraturen.

Faglig drøftelse

FE-ledelsen sikrer, at der sker læring af de utilsigtede hændelser via eksisterende eller nye relevante fora i afsnittene/teams/klinikker.

Formidling i FAS

RiskEnheden formidler generaliserbar viden og læring fra analyserne til Sundhedsvæsenet i amtet i form af

- Mødevirksomhed med de patientsikkerhedsansvarlige
- Nyhedsbrevet Risk-Nyt
- Afholdelse af lokale gå-hjem-møder
- Deltagelse i møder med FE-ledelser efter behov
- Oprettelse og vedligeholdelse af hjemmeside
- Årsrapport
- Anden publikation

Patientklagenævnsager og Patientforsikringsager

Alle modtagne klager i Patientklagenævnet og sager til Patientforsikringen tilgår i dag Patientkontoret og den pågældende FE-ledelse.

Patientkontoret samler afgjorte sager fra Patientforsikringen i en database og modtager afgørelser på sager fra Patientklagenævnet. Sagerne er hidtil fulgt med henblik på at afdække områder til genstand for kvalitetsudvikling.

Inddragelse af sager fra Patientklagenævnet og sager fra Patientforsikringen i patientsikkerhedsarbejdet sker under henvisning til, at disse udgør patienternes formelle fora for frembringelse af viden om utilsigtede hændelser. Sagerne kan således benyttes til læring i organisationen. Generelt for arbejdet med sager inden for disse to områder gælder, at fokus er læring og ikke sanktion.

Definition og afgrænsning

Der anvendes sager, der er modtaget i Patientforsikringen, og sager der er antaget til behandling i Patientklagenævnet, hvor disse omhandler utilsigtede hændelser.

Formål

At anvende de eksisterende sager med henblik på læring i relation til patientsikkerhed.

Anvendelse

Udvælgelsen af sager kan baseres på

- Funktionsenhedens ønske om at se på de omstændigheder, der har givet anledning til, at en patient har indgivet klage eller ønsket at søge erstatning. Dette kan gøres, inden der er en afgørelse på sagen.
- Sager med indhold af generel karakter med læringspotentiale for organisationen.

Forløb

Funktionsenheden kan udvælge sager til fx audit, ud fra forventet læring af sagen og forestår selv audit.

Patientkontoret og RiskEnheden etablerer et samarbejde mhp at udvælge/identificere sager, hvor der ligger en utilsigtet hændelse til grund for det anmeldte/indklagede patientforløb. Plan for analyse af de udvalgte sager beskrives.

Sager med påtale behandles fortsat efter gældende praksis, ifølge hvilken FE-ledelsen gennemgår hændelsesforløbet og der lægges evt. handlingsplan for, hvordan en lignende hændelse kan undgås.

Resultater

Resultater beskrives jvf. de to analyseformer (audit, aggregeret analyse). FE-ledelsen har ansvar for at implementere tiltag afledt af analyseresultater i egen enhed og formidle resultater af generel karakter til RiskEnheden.

RiskEnheden har ansvar for at formidle generaliserbare resultater i FAS.

Vejledning til information af personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse

Debriefing af personalet

Ved rapportering af en hændelse, fra medarbejder til patientsikkerhedsansvarlig, er det modtagers opgave at

- gennemføre samtalen på en måde, så personalet føler sig tryk ved at rapportere hændelsen
- acceptere medarbejderens beskrivelse, ikke minimere eller bortforklare
- spørge til og anerkende en eventuel følelsesmæssig påvirkning
- derefter tale om hændelsens forebyggelsespotentiale

Information til/opfølgning over for personalet

Til medarbejdere, der har været involveret i en hændelse, gives information og opfølgning efter individuel vurdering af den enkelte medarbejders behov. Ledelsen skal sikre sig, at det er klart for medarbejderen

- at hver tiende patient, der udskrives fra et sygehus i Danmark har været ude for en utilsigtet hændelse
- at formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er forebyggelse og læring
- at medarbejdernes viden om og rapportering af hændelser/nærhændelser er afgørende for at forebyggelse og læring kan ske
- at ledelsen forventer, at personalet rapporterer hændelser og at det ses som et succeskriterium, at relevante hændelser rapporteres
- at det aftales hvornår en tilbagemelding til medarbejderen vedrørende hændelsen vil ske. Ligeledes orienteres medarbejderen om principper for feedback efter analyse af hændelse
- hvordan forløbet er ved rapportering af en hændelse er
- at medarbejderen kender kriterierne for scoring og analyse
- medarbejderen bliver tilbudt den form for støtte, der er behov for. Der kan gøres brug af amtets aftale med Falck ved krisehjælp
- medarbejderen er sikret tilbagemelding/opfølgning, når analyseresultatet er kendt.

Hændelser der fører til kerneårsagsanalyse

Ledelsen skal sikre sig, at medarbejderen er informeret om:

- formålet med kerneårsagsanalyse. Det skal her præciseres over for medarbejderen, at formålet er at undersøge mulige ændringer i organiseringen af arbejdet, så gentagelser undgås, og der kan ske læring i organisationen
- at medarbejderen til brug for analysen interviewes om hændelsen og/eller bliver bedt om at deltage i analysegruppen
- at oplysninger behandles konfidentielt på lukkede møder. I rapport og handlingsplan fremgår ikke personidentificerbare data. Arbejdspapirer fra analyse er interne arbejdspapirer og indgår ikke i patientjournal.

Vejledning til information af patient involveret i utilsigtet hændelse

Information af patient

Patienten, og eventuelle pårørende, orienteres hurtigst muligt om utilsigtede hændelser, *der medfører konsekvenser for patienten*. Den givne information dokumenteres.

Informationen foregår løbende.

Det bør så vidt muligt være den læge og/eller sygeplejerske, der har været involveret i hændelsen, der informerer patienten. Ledelsen skal derudover stille sig til rådighed i relation til informationen til patienten.

Indledningsvis er det vigtigt, at

- Der udtrykkes beklagelse over for patienten.

Informationen bør omfatte følgende elementer:

- patienten oplyses om, at hændelsen ikke er en følge af sygdommen
- patienten oplyses om, at man vil søge at minimere skadesomfanget ved målrettet behandlingsindsats
- patienten oplyses om, at omstændighederne omkring hændelsen undersøges grundigt
- patienten oplyses om, at han vil blive informeret løbende, når ny viden om hændelsen foreligger
- patienten informeres om mulighed for at søge erstatning via Patientforsikringen
- hvis patienten ønsker at klage, informeres om klagemulighed til Patientklagenævnet

Ved udskrivelse tilbydes patienten efter behov tid til en opfølgende samtale, hvor patienten oplyses om eventuelle klarlagte årsager til hændelsen samt de handlinger, der er initieret for at forebygge en lignende hændelse.

Referencer

1. Lipczak H. Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
2. National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
3. Den danske kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
4. Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. LOV nr 429. 10-6-2003.
5. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen, BL, Mogensen TS, Bech K, Stockmarr A, Svenning AR, Frølich A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskrift for Læger 2001; 163: 5370-78.
6. Hermann N, Andersen HB, Schiøler T, Madsen MD, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. København: DSI, Risø & DIMS,
7. Vedtægter for Dansk Selskab for Patientsikkerhed. København: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2001.
8. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Danmark: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
9. Méntabel. København: Arbejdsskadestyrelsen, 1999.
10. Håndbog i Kerneårsagsanalyse Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2003.

Bilag 1. Rapporteringsskema

1. Hvad skete der?

Beskriv selve hændelsen/hændelsesforløbet. Beskrivelsen skal ikke indeholde personidentificerbare data på den involverede fagperson eller patienten

2. Hvilken konsekvens havde hændelsen for patienten?

Anfør om patienten blev påført skade og den eventuelle karakter af skaden

3. Hvilken aktion blev umiddelbart foretaget for at forhindre skade eller mhp. forebyggelse?

Hvis der umiddelbart blev iværksat handling, beskriv da hvilke tiltag

4. Hvordan kan man undgå, at en lignende hændelse sker igen?

Beskriv dine forslag til forebyggelse af en lignende utilsigtet hændelse

5. Hvilke omstændigheder var til stede?

Beskriv dine overvejelser/begrundelser for, at hændelsen kunne foregå (f.eks. retningslinie ikke fulgt, forglemmelse, manglende oplæring/viden, afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet, stor arbejdsbelastning, journalen ikke til stede eller mangelfuld dokumentation)

6. Patientens alder: _____ år

7. Hvornår skete hændelsen?

Dato (dd-mm-åå): _____ - _____ - _____

Tidspunkt: Dag Aften Nat

Vend!

Skema sendes til:
RiskEnheden, FoQUS, Helsevej 2, indgang 50 B

Tlf.: 4829 4664
e-mail: Riskenhed@fa.dk

Scoring af hændelsen

Scoring foretages af personalemedlem og modtager i fællesskab. Marker BÅDE faktisk OG potentiel score for hændelsen i de respektive tabeller nedenfor med en cirkel om tallet. Anvend nedenstående forklaringer til vurdering af henholdsvis alvor og hyppighed.

8. Faktuel score (baseret på det faktiske hændelsesforløb)

FAKTUEL SCORE		ALVOR			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
HYPPIGHED	Hyppig	3	3	2	1
	Mindre hyppig	3	2	1	1
	Sjælden	3	2	1	1

ALVOR

Katastrofal	Død Varigt betydende mén Væsentlig forlængelse af sygdomsforløb
Betydelig	Varigt mén, méngrad vurderet til mindre end 15% Betydende øget udrednings- og/eller behandlingsintensitet
Moderat	Lettere øget udrednings- og/eller behandlingsaktivitet som kan håndteres på stamafdeling for én patient Forlænget indlæggelsesvarighed for én patient eller flere patienter skadet af samme begivenhed
Minimal	Ingen eller minimal betydning for patienten

HYPPIGHED

Hyppig	Skaden vurderes at kunne forekomme flere gange inden for et år i samme Funktions-enhed
Mindre hyppig	Skaden vurderes at kunne forekomme igen få gange inden for to år i samme Funktionsenhed
Sjælden	Skaden vurderes at kunne forekomme igen inden for to til flere år i den pågældende Funktionsenhed

9. Potentiel score (baseret på vurdering af den størst tænkelige alvor – 'worst case')

POTENTIEL SCORE		ALVOR			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
HYPPIGHED	Hyppig	3	3	2	1
	Mindre hyppig	3	2	1	1
	Sjælden	3	2	1	1

Udfyldes af den patientsikkerhedsansvarlige

Dato for rapportering af hændelsen (dd-mm-åå): ____ - ____ - ____

Navn⁴ _____ Stilling _____

Afsnit/klinik/team _____ FunktionsEnhed _____

Mailadresse (evt.) _____ Telefonnummer (evt.) _____

Medsend gerne papir med supplerende kommentarer!

⁴Navn på patientsikkerhedsansvarlig. Vi har ikke brug for rapportørens navn, men det er hensigtsmæssigt at kunne kontakte en person i enheden for evt. at få supplerende oplysninger til brug for analyse og deraf følgende eventuelle forebyggelsestiltag.