



# NOTAT

## Anbefalinger til arbejdet med utilsigtede hændelser

Den 5. juli 2010  
KVI/MKU/LHT

### Indhold

Anbefalinger til arbejdet med utilsigtede hændelser .....	1
Indledning.....	2
Kurser i utilsigtede hændelser .....	3
Kort opdatering af lovgrundlaget .....	4
Hvem skal rapportere? .....	5
Organisering af utilsigtede hændelser-overordnet.....	5
Organisering af utilsigtede hændelser i kommunen .....	6
Organisering af utilsigtede hændelser i sektorovergange .....	8

## Indledning

KL udarbejdede i februar 2010 et notat til kommunerne om kommunernes rolle og ansvar i forbindelse med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen, herunder om kommunernes fremtidige forpligtelse til at rapportere og drage læring af utilsigtede hændelser (UTH) på det kommunale sundhedsområde. For link til notatet:

[http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_41634/ImageVaultHandler.aspx](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_41634/ImageVaultHandler.aspx)

Siden da har Sundhedsstyrelsen sendt udkast til bekendtgørelse og vejledning herom i høring og vi ved dermed mere om opgaven. Ligeledes foreligger der nu en aftale om økonomien til at modtage, registrere og analysere hændelser i den kommunale sundhedssektor.

Formålet med dette notat er med den afklaring af økonomien, der nu foreligger, at komme med anbefalinger til, hvordan kommunerne kan organisere arbejdet med UTH både internt i kommunen og i det samarbejde der skal være mellem kommunerne og regionen mv. Sundhedsstyrelsen forventer at udsende en bekendtgørelse og vejledning for UTH juli. Sundhedsstyrelsen vil også udarbejde en folder om UTH. Kommunerne og primærsektoren skal rapportere UTH fra den 1. september 2010.

## Økonomi til arbejdet med utilsigtede hændelser

Aftalen om kommunernes økonomi betyder, at kommunerne bliver kompenseret med 27,5 mio. kr. i 2010 og 10,0 mio. kr. (10-pl) årligt fra 2011 og frem. Kompensationen for 2010 er baseret på, at der i 2010 vil være udgifter til uddannelse af medarbejdere, til at udarbejde procedurer for arbejdet med rapporteringer og til at etablere et samarbejde med regionerne. De 10,0 mio. kr. fra 2011 og frem udgør skønnet for de løbende driftsudgifter til arbejdet med utilsigtede hændelser (herunder løbende uddannelse af nye medarbejdere).

2010	2011	2012
27,5 mio. kr.	10,0 mio. kr.	10,0 mio. kr.

Ministeriet vurderer, at der på længere sigt vil være besparelser, som følge af arbejdet med forbedring af procedurer, som kan forhindre gentagne behandlinger, genindlæggelse mv.

Det er forudsat i loven, at rapporteringspligten i første omgang er begrænset til betydende hændelser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skønner, at udvidelsen af patientsikkerhedsordningen vil medføre en stigning i det samlede antal rapporteringer af
--

utilsigtede hændelser på ca. 40.000 rapporteringer årligt, hvoraf ca. 16.000 rapporteringer vedrører kommunerne.

Lovgivningen om utilsigtede hændelser vil medføre udgifter til rapportering og opfølgning på de rapporterede hændelser, til uddannelse af de medarbejdere, der skal varetage arbejdet med de rapporterede hændelser og til information af sundhedspersonalet om rapporteringspligten. Udgifterne til opfølgning på rapporterede hændelser vil dels afhænge af antallet af rapporteringer, dels af det nærmere behov for og niveau for opfølgningen på rapporteringer, som fastlægges i forbindelse med den enkelte kommunes/regions patientsikkerhedsarbejde.

I forbindelse med implementering af opgaven vil der desuden være etableringsudgifter til uddannelse af de medarbejdere i forvaltningen, som skal varetage arbejdet med opfølgning på de rapporterede hændelser og udgifter til udarbejdelse af procedurer for arbejdet med rapporteringssystemet.

De 27,5 mio. kr. i 2010 skal bl.a. anvendes til at understøtte kommunernes arbejde med at tilrette en patientsikkerhedsorganisation. Endvidere er bloktilskuddet i 2010 tiltænkt udgifter kurser og undervisning af ledere og medarbejdere i opstartstfasen. Loven tager afsæt i, at det er gennem en lærende organisation, at kvaliteten i sundhedsvæsenet bedst bliver fremmet, og at det er væsentligt for arbejdet, at personalet får den rette tilgang til arbejdet.

### **Kurser i utilsigtede hændelser**

COK afholder i samarbejde med KL og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, tre fire-dages risiko manager kurser for kommunale medarbejdere i august/september 2010. Læs mere på [www.cok.dk](http://www.cok.dk). I foråret 2010 blev der afholdt fire heldagskurser for ledere om UTH, hvor ca. 250 kommunale ledere deltog.

Sundhedsstyrelsen tilbyder en superbrugeruddannelse. Dette tilbud finder sted i august/september 2010. Sundhedsstyrelsen orienterer nærmere herom. Superbrugerkurset henvender sig til de brugere, der har behov for viden om indberetning og sagsbehandling i Dansk Patient Sikkerhedsdatabase (DPSD-2). Det vil være muligt at tilmelde én person pr. kommune.

Superbrugerfunktionen vil bl.a. skulle anvende Sundhedsstyrelsens statistikmodel til læring i den enkelte kommune. Det drejer sig fx om de statistiske rapporter, grafer, fordelingsnøgler mv. i forhold til de indrapporterede hændelser. Superbrugerfunktionen kan – hvis dette skønnes hensigtsmæssigt - varetages af risk-manager/sagsbehandlerfunktionen.

## **Kort opdatering om lovgrundlaget**

Den 17. marts 2009 vedtog Folketinget lov om en udvidet patientsikkerhedsordning (L82, lov nr. 288 af 15. april 2009). Loven indebærer, at rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser udvides til udover sygehusene også at gælde for den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren, de sociale institutioner og den præhospitale indsats.

Sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed forpligter således sundhedspersoner til at rapportere utilsigtede hændelser samt regioner, kommuner og Sundhedsstyrelsen til at handle på indrapporteringerne. Lovgivningen betyder, at alle utilsigtede hændelser skal rapporteres. Det gælder både de hændelser, man som sundhedsperson selv er impliceret i, og de hændelser man observerer hos andre. Forpligtelsen gælder også hændelser, som man efterfølgende bliver opmærksom på i forbindelse med sit arbejde.

Desuden udvides rapporteringsadgangen for patienter og pårørende både i den primære og den sekundære sundhedssektor. Denne del af loven træder dog først i kraft et år efter den øvrige ikrafttræden, dvs. den 1. september 2011.

### **Hvad er en utilsigtet hændelse?**

En utilsigtet hændelse er en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af eller information om lægemidler, i borgerens eget hjem, på plejehjem eller i et socialt tilbud. UTH omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder.

Følgende fire områder er obligatoriske for kommunerne i forhold til indberetning:

1. Sektorovergange
2. Medicinering
3. Infektioner
4. Patientuheld.

Her bør kommunerne indberette alle hændelser uanset alvorlighedsgrad og konsekvens for patienten.

Andre hændelser iht. WHO's klassificering er ifølge Sundhedsstyrelsen rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er:

- At patienten dør
- At patienten får varige funktionstab

- At der skal foregå lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet.

Det er ifølge Sundhedsstyrelsen muligt at rapportere alle utilsigtede hændelser.

### **Hvem skal rapportere?**

- Autoriserede sundhedspersoner samt personer, der handler på disses ansvar
- Ambulancebehandlere
- Apotekere
- Apotekspersonale.

### **Organisering af utilsigtede hændelser - overordnet**

Det er op til den enkelte kommune, hvordan kommunen vil organisere arbejdet med UTH. Der er heller ikke i loven fastsat nærmere regler for kommuner og regioners opfølgning på UTH. Kommuner og regioner kan dermed selv fastsætte de nærmere metoder og procedurer for arbejdet med patientsikkerhed. Kommune og region afgør også i hvilket omfang, der er behov for nærmere analyser af enkelte hændelser og detaljeringsgraden af sådanne analyser. Ligeledes fremgår det af bekendtgørelse og vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, hvad forventningerne er til arbejdet med UTH.

Det kan være hensigtsmæssigt, at den enkelte kommune som minimum har én centralt placeret risikomanager funktion, som kan sagsbehandle og viderebringe de anonymiserede rapporter til Sundhedsstyrelsen. Det er både hensigtsmæssigt for at skabe et overblik over arbejdet med UTH, indrapportering af UTH til den elektroniske database og det efterfølgende lokale arbejde med kvalitetsudvikling. Denne centralt placerede risikomanager vil også kunne være kontaktperson ift. sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser i sektorovergangen, medmindre man vælger en mere decentral model herfor.

Antallet af risikomanagere vil således bl.a. afhænge af kommunens størrelse og dermed antallet af rapporter, man regner med at modtage fra sundhedspersoner – og på sigt fra patienter/pårørende. Som minimum bør kommunen have en centralt placeret risikomanagerfunktion – fx i kommunens myndighedsorganisation – der er ansvarlige for at behandle alle kommunens rapporter. Det vil sige rapporter fra både hjemmeplejen, sundhedsplejen, de sociale institutioner, omsorgstandplejen mv.

I kommunernes udførerenheder vil det være den lokale ledelse, der er ansvarlig for – i samarbejde med risikomanageren – at følge op på de hændelser, der rapporteres.

Desuden vil frontpersonalet være involveret, da det er dem, der skal rapportere hændelserne. De personer som evt. ikke har mulighed for at koble op til nettet for at få adgang til den elektroniske database kan evt. anvende skemaer. Disse kan herefter videregives til den lokale ledelse, eller risikomanageren, som indrapporterer den utilsigtede hændelse i den elektroniske database via internettet. Rapporteringen kunne også ske telefonisk til den centralt placerede risikomanager, som undervejs taster ind i databasen.

Som udgangspunkt skal kommunerne forholde sig til to overordnede opgaver:

1. Hvordan vil kommunerne organisere arbejdet med UTH i egen organisation?
2. Hvordan skal arbejdet med den del af de UTH organiseres, som sker i overgangen mellem region og kommune og derfor skal ske i samarbejde med disse aktører?

## **Organisering af utilsigtede hændelser i kommunen**

Kommunen kan vælge flere måder at organisere arbejdet på i egen organisation, som også afhænger af den måde, man har valgt at organisere sig på i kommunen og størrelsen af kommunen. Kommunerne kompenseres som tidligere omtalt med 10 mio. kr. årligt til opgaven fra 2011 og årene fremover (10 pl). Det betyder, at der er begrænsede midler til arbejdet med UTH i de enkelte kommuner og til at etablere et system herfor i det tværsektorielle samarbejde. Den økonomiske compensation lægger nogle snævre rammer, som betyder, at rapporteringssystemet i så høj grad som muligt bør integreres i allerede eksisterende kvalitetstiltag og fora.

KL vil pege på to modeller med hhv. en central organisering og en decentral organisering vel vidende, at disse ”rene” modeller i praksis bliver kombineret på mange måder afhængig af kommunens organisering, størrelse og behov. Mange kommuner planlægger at have en overordnet risikomangerfunktion med tilknyttede risikomanagere til de enkelte forvaltninger. Da den økonomiske ramme ift. arbejdet med utilsigtede hændelser er lille, bør kommunen tænke i at anvende ressourcerne så hensigtsmæssigt som muligt, så det er de medarbejdere, som i forvejen sidder med opgaver, som relaterer sig til arbejdet med utilsigtede hændelser, som kommer til at stå for arbejdet med UTH. Det kan være kvalitetsudvikling, dokumentation, arbejdsmiljø, medicin, utilsigtede forebyggelige hændelser mv.

## **Central organisering**

Arbejdet med patientsikkerhed kan organiseres i en central enhed. Denne vil typisk bestå af en sagsbehandler, som modtager indrapporteringer fra alle fagforvaltninger, eller af flere sagsbehandlere, som repræsenterer flere fagforvaltninger. Ved en central organisering vil alle indrapporteringer blive sendt til den centrale sagsbehandler.

### *Fordele*

- En central sagsbehandler opnår rutine og ensartethed i sagsgange og sagsbehandling
- Undervisningsdelen ligger centralt og der er større mulighed for ensartet kvalitet i arbejdet
- Ubureaukratisk i forhold til sagsbehandling
- Samlet overblik over sager som er med til at kvalificere arbejdet
- Det vil matche organiseringen omkring SOR – Sundhedsvæsenets Organisationsregister, da alle indrapporteringer sendes centralt til kommunerne
- Modellen vil typisk være mindre ressourcekrævende end en decentral model
- En/få sagsbehandlere som står for det overordnede samarbejde/koordinering med regionen

### *Udfordringer*

- Kan være svært for en centralt placeret sagsbehandler at have indsigt i de enkelte fagområder og derved overskue problemstillingerne og omfanget/konsekvenser af en UTH. Kan dog afbødes ved, at bearbejdning af den UTH sker med inddragelse af det tilbud, hvor den UTH skete.
- En central sagsbehandling kan skabe flaskehals
- Risiko for manglende forankring decentralt på grund af manglende ejerskab
- Langt fra rapportør til sagsbehandler, hvilket kan gøre læringsdelen og ændring af praksis og procedure sværere
- At det er en større udfordring at sikre læringspotentialer og få inddraget de decentrale tilbud i arbejdet
- At sikre formaliserede beslutningsveje.

## **Decentral organisering**

Vælger kommunen en mere decentral organisering, kan sagsbehandlingen lægges ud til den enkelte institution. Det kan fx være en allerede ansat forstander/institutionsleder/medarbejder, som får rollen/opgaven som sagsbehandler ift. UTH.

#### *Fordele:*

- Sagsbehandleren vil have den faglige indsigt og større kendskab/forståelse for den UTH
- Kort ”vej” fra rapportør til sagsbehandler
- Hurtigt overblik over læringsperspektivet på den pågældende institution

#### *Udfordringer:*

- Mange medarbejdere som skal klædes på til opgaven
- Den enkelte medarbejder vil få færre indrapporteringer og vil dermed have sværere ved at opnå rutine i sagsbehandling
- Der skal udpeges en central sagsbehandler (SOR)
- Der skal være en/flere sagsbehandlere, som skal påtage sig den undervisende rolle
- At få en organisering, som sikrer, at der er et samlede overblik.

En variant af de to modeller kunne være at udpege risiko-managers i de enkelte forvaltninger, som er ansvarlige for arbejdet med patientsikkerhed. Disse kunne stå for den tværgående opsamling og analyse af UTH i en arbejdsgruppe/netværk. Desuden kan de medvirke til uddannelse og udvikling af området og fremme den lærende organisation. En sådan model vil nok være mest relevant i større kommuner og vil være mere ressourcekrævende. Disse midler kan dog godt være godt givet ud på længere sigt.

### **Organisering af utilsigtede hændelser i sektorovergange**

Ifølge bekendtgørelsen og den tilhørende vejledning, skal det aftales mellem region og kommuner, hvordan man vil tilrettelægge analyser og øvrig opfølgning på de utilsigtede hændelser, der forekommer i sektorovergange, herunder i hvilken udstrækning dette arbejde skal foregå i fællesskab.

Det er vigtigt, at der etableres et godt samarbejde om dette analyse- og opfølgingsarbejde, så man i fællesskab får fulgt op på de enkelte indberetninger, så fremtidige hændelser forebygges. Det vil også være en fordel for kommunerne at arbejdet så vidt muligt sker i så tæt samarbejde med regionen som muligt. Regionen har qua deres arbejde med UTH en stor viden og organisatorisk set up ift. dette arbejde. Det er også væsentligt, at bearbejdning og læring sker i fællesskab med henblik på at forebygge UTH. Ligeledes vil de enkelte kommuner med fordel via netværk ol. kunne gøre brug af de erfaringer, de enkelte kommuner m.fl. gør sig med arbejdet både ift. UTH inden for kommunen og i sektorovergangen.

Kommunerne bør tage afsæt i følgende principper for samarbejdet om UTH:

- At parterne vælger simple og nemme arbejdsgange, hvor man i så høj grad som muligt tager afsæt i allerede eksisterende fora som fx samordningsudvalgene i tilknytning til de enkelte sygehuse
- At kommunen vælger en kontaktperson, som kan sikre let kommunikation og koordinering mellem den enkelte kommune og regionens organisation for UTH
- At sikre, at der sker en koordineret erfaringsopsamling og formidling af viden mellem sygehuset, praksissektoren, kommunerne samt øvrige relevante aktører herunder apotekersektoren og det præhospitale område
- At drage nytte af regionernes erfaringer med arbejdet med UTH fx ift. kompetenceudvikling
- At have fokus på at skabe læring i udførerdelen og understøtte dette.

Det bør i samarbejdet om UTH i sektorovergangen fastlægges, hvem der er ansvarlig for at sende sager videre til SST og procedure herfor. Endvidere bør ansvars- og beslutningskompetencen fastlægges, så der ikke opstår tvivl om, handlerum og kompetence.

KL finder, at en hensigtsmæssig model for en organisering af arbejdet med UTH i sektorovergangen bør tage afsæt i de eksisterende samarbejdsfora. Samordningsudvalgene er de helt centrale fora til drøftelse, opfølgning og vidensdeling om de tværsektorielle utilsigtede hændelser, hvorfor de bør spille en central rolle. Analyser af UTH bør forelægges samordningsudvalget til orientering og drøftelse. Det kan efter behov aftales, at der nedsættes ad hoc grupper til at foretage yderligere afdækning af de enkelte hændelsesforløb. Den indledende sagsbehandling foretager den part, hvor hændelsen er konstateret og som har rapporteret hændelsen til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. I de sager som involverer begge sektorer, aftaler aktørerne i fællesskab, hvordan de vil foretage analysen og hvem, som har hovedansvaret.

Parterne bør desuden etablere en koordinerende gruppe under det administrative system i tilknytning til arbejdet med sundhedsaftaler, som sørger for, at der sker en koordineret erfaringsopsamling af arbejdet i samordningsudvalgene. Her kan man også vurdere behovet for og foretage nærmere analyser af de tværsektorielle hændelser, som parterne vurderer, er af en sådan karakter, eller kvantitet, at de bør afdækkes nærmere.