

Direkte 38665369

POLITIKERSPØRGSMÅL

Journal-nr.: 19016080

Dato: 20. marts 2019

Spørgsmål nr.: 028-19

Dato: 4. marts 2019

Stillet af: Jacob Rosenberg (I)

Besvarelse udsendt den 20. marts 2019

Vedr. behandling af indrapporterede utilsigtede hændelser

1. Spørgsmål:

I dag (d. 03.03.2019) på TV2's hjemmeside kan man læse en artikel om, at der bare på Rigshospitalet i 2018 er slettet 156 indberetninger om utilsigtede hændelser, såkaldte UTH'er.

I denne forbindelse vil det være gavnligt at få en redegørelse for, hvordan UTH-systemet fungerer i praksis.

Svar:

Arbejdet med utilsigtede hændelser bygger på lov om patientsikkerhed, der trådte i kraft den 1. januar 2004, og som i januar 2007 blev en del af sundhedsloven.

Sundhedsloven forpligter sundhedspersoner til at rapportere utilsigtede hændelser, de såkaldte UTH, og regionen til at handle herpå. Fra 1. september 2011 fik patienter og pårørende mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

De utilsigtede hændelser rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSSD), som er det nationale system til rapportering af utilsigtede hændelser.

Når der rapporteres en UTH, drøftes denne i lokale Kvalitets- og Patientsikkerhedsfora i den enkelte hospitalsafdeling. Drøftelsen kan give anledning til lokale ændringer af f.eks. arbejdsgange, hvis relevant. Har hændelsen medført alvorlig skade eller død for patienten, foretages som oftest en dyberegående

patientsikkerhedsanalyse, som munder ud i handleplaner, der kan forebygge at den utilsigtede hændelse gentages.

På det enkelte hospital følger risikomanagere tendenser og mønstre i utilsigtede hændelser på tværs af afdelinger, og løfter disse til lokale fora og komiteer f.eks. hjertestopkomiteen eller lægemiddelkomiteen.

Regionalt ser risikomanagere på mønstre og tendenser i utilsigtede hændelser på tværs af hospitaler, og det sikres, at viden fra relevante hændelser tematiseres og videregives til relevante Sundhedsfaglige Råd, regionale komiteer og – stabsfunktioner, som har ansvaret for f.eks. indkøb eller it-systemer.

Når det lokale og regionale sagsbehandlingsarbejde af en utilsigtet hændelse er gennemført, videresendes rapporten i anonymiseret form til Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen udgiver på baggrund heraf rapporter, publikationer og informationsmateriale om patientsikkerhed.

Læringsperspektivet af utilsigtede hændelser fokuserer ikke på den enkelte medarbejder, men på de systemer og arbejdsgange, der kan have ført til at hændelsen kunne ske. Vi ved, at der kan være forskellige måder at håndtere læringen af de utilsigtede hændelser, fordi vi i Region Hovedstaden har lavet en analyse af vores læringskultur og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet; hvilket har medført ni handlinger, hvor en af disse er en patientsikkerhedskulturundersøgelse jf. punkt om regionale tiltag i vedlagte aktuelle orientering.

2. Spørgsmål:

Hvis en sygeplejerske indberetter, kan det så slettes af en læge på afdelingen og derved ikke sendes videre op i systemet (dette er anført i artiklen)?

Svar:

Det er kun personer, der har adgang til at sagsbehandle i DPSD, der har mulighed for at afvise en sag. Det er således ikke fagspecifikt, hvem der kan afvise sager, men derimod tilknyttet, hvem der er lokal sagsbehandler.

Når man afviser en utilsigtet hændelse i DPSD, skal man vælge en begrundelse f.eks., at der er tale om en arbejdsskade eller serviceklage, der ikke er omfattet af dette system, men skal behandles i andre systemer. Der kan således være legitime grunde til at afvise en sag.

Afvises en sag, betyder det ikke, at den forsvinder i systemet, men at der ikke udarbejdes sagsbehandling på den enkelte sag i UTH-sammenhæng. De fleste afvisninger sker fordi sagen hører hjemme i arbejdsmiljøregi (fx arbejds-skader) eller handler om siddende patienttransport, og derfor skal behandles

andre steder i regionen eller hos leverandøren. Dette fremgår også af vedlagte aktuelle orientering.

**3. Spørgsmål:
Hvordan sikres anonymiteten for indberetteren?**

Svar:

Når en person rapporterer en utilsigtet hændelse, er denne sikret anonymitet igennem lovgivningen.

I sundhedsloven § 200 stk. 2 fremgår det, at oplysninger om identiteten af en person, der har rapporteret en utilsigtet hændelse, kun må videregives til de personer i samme region eller kommune, der modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser.

Det betyder, at det kun er de personer, der har adgang til rapporteringssystemet DPSD, der kan se identiteten af rapportøren af en utilsigtet hændelse.

Adgang til DPSD bør kun gives til risikomanagere og patientsikkerhedskoordinatorer, som er de, der har opgaven med at modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser.

Som det også fremgår af vedlagte aktuelle orientering, har administrationen påbegyndt en undersøgelse af problemets omfang i regionen vedr. anonymitet. Det vil indbefatte en undersøgelse af arbejdsgangene på hospitalerne for indrapportering af utilsigtede hændelser, så eventuelle brud på anonymiteten af medarbejdere, der rapporterer en utilsigtet hændelse, kan stoppes.

**4. Spørgsmål:
Hvor mange UTH-indberetninger er på den angivne måde slettet på de forskellige hospitaler i RegionH?**

Svar:

Som anført ovenfor er der ingen UTH-indberetninger der slettes. De kan afvises, hvis indberetningen hører til i andet regi. Indberetningen er der fortsat, og netop i den aktuelle sag, er de alle blevet gennemgået ved risikomanageren.

I Region Hovedstaden er der for 2018 afvist 911 utilsigtede hændelser på offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Ud fra en gennemgang af afviste utilsigtede hændelser er det vanskeligt at vurdere, hvilke hændelser, der ikke burde være afvist.

Årsager til afvisning af utilsigtede hændelser

To tredjedele af hændelserne er afvist, hvor grundlaget for afvisningen vurderes i tråd med at de ikke kunne defineres som en utilsigtet hændelse. Det kan dreje sig om

- Hændelser, der skulle have været indberettet som en arbejdsskade. Her vil rapportør typisk blive gjort opmærksom på at indberette det som en arbejdsskade
- Hændelser, der tydeligt er en serviceklage, fx fra en patient eller pårørende. Her er rapportør gjort opmærksom på den korrekte måde at indgive en serviceklage

Eksempler på afvisninger, hvor grundlaget for afvisning vurderes at være tvivlsomt:

- Hændelsen er afvist på grund af manglende CPR-nummer på patient eller manglende data om rapportøren. Det er ikke obligatorisk i DPSD at skrive hverken patientens eller rapportørs navn, hvorfor manglende navn og CPR-nummer ikke er grundlag for en afvisning. Og der kan fortsat ske læring af disse.
- Hændelsen er afvist, med begrundelse i, at hændelsen hører til i et andet afsnit eller en anden sektor. Sagsbehandler, der har afvist, har typisk opgivet det rette hændelsessted i hændelsen, og tror måske, at en afvisning ville medføre, at hændelsen automatisk blev overført til rette hændelsessted, hvilket ikke er tilfældet.

Administrationen vil på baggrund af gennemgangen iværksætte en indsats for at informere om, hvornår man kan afvise hændelser.

Til orientering er Styrelsen for Patientsikkerhed ved at lave en stikprøve på afviste utilsigtede hændelser nationalt. Styrelsen har anmodet regionen om en redegørelse, og styrelsen vil på baggrund af regionerne lave en præcisering af, hvad der kan afvises. Administrationen vil dog tage drøftelsen i risikomanagementværket, således at vi i Region Hovedstaden fremadrettet kan kalibrere området.

5. Spørgsmål:

Hvor mange af de slettede UTH (for hele RegionH) handler om Sundhedsplatformen?

Svar:

Ingen af de afviste sager omhandler Sundhedsplatformen

ORIENTERINGSSAG TIL REGIONSRÅDET

Journal-nr.:

Dato: 3. marts 2019

Orienteringssag vedr. håndtering af utilsigtede hændelser på Rigshospitalet

TV2 har søndag den 3. marts bragt en historie med fokus på sygeplejerskers oplevelse af, at indmeldte sager om utilsigtede hændelser ”forsvinder”, og at der ledelsesmæssigt bliver fulgt negativt op på indrapporteringer om travlhed.

TV2 har onsdag den 27. februar været på Rigshospitalet og interviewet risikomanager Mark Krasnik vedr. patientsikkerhed og utilsigtede hændelser der ”forsvinder”.

Regionalt har vi modtaget en henvendelse fra TV2 Lorry med ønske om indsigt i, hvor mange utilsigtede hændelser der har været igennem de sidste fem år fordelt på hvert hospital og på hændelsestype. Dette datatræk er i skrivende stund ved at blive udarbejdet.

Rigshospitalet har ved deres risikomanager forklaret:

- At alle indrapporterede hændelser bliver set, og ingen bliver slettet i databasen (som i øvrigt er national).
- Der er nogle sager, som bliver afvist i forhold til opfølgning på Rigshospitalet. De fleste afvisninger sker centralt, fordi der enten mangler informationer, eller fordi sagen hører hjemme i arbejdsmiljøregi (fx arbejdsskader) eller handler om siddende patienttransport, og derfor skal behandles andre steder i regionen eller hos leverandøren.
- Som dagens historie har vist, er der desværre nogle, som også afvises i den lokale kvalitetsorganisation i klinikkerne. Der har ikke hidtil været fokus på, at det var en mulighed.
- Sidste år blev omkring 50 sager afvist, selv om de burde have været håndteret. Ingen var alvorlige, alle var blevet set, og ingen er slettet i systemet.
- Rigshospitalet følger op på, at sagerne håndteres korrekt fremover. De er ekstra opmærksomme på de sager, der afvises i klinikkerne, og der er udarbejdet et indlæg med FAQ til information af medarbejdere på intranettet.

- Sidste år blev der indrapporteret 3.704 utilsigtede hændelser på Rigshospitalet, hvoraf 156 blev afvist – svarende til 4%.
- Utilsigtede hændelser om travlhed er et tema, som Rigshospitalet har fulgt systematisk op på siden 2015, og generelt opleves der ikke tilbageholdenhed med at indrapportere dette emne.
- Travlhed har også været et tema på tværs af hospitalerne, der har været taget op regionalt i en workshop med Forum for Kvalitet og Forum for Sundhedsplanlægning.

Regionale tiltag

Administrationen vil igangsætte en redegørelse for arbejdsgangene på hospitalerne, der omhandler anonymiteten af medarbejdere, der rapporterer en utilsigtet hændelse, samt arbejdsgangene med afvisning af utilsigtede hændelser.

Redegørelsen vil også indeholde, hvor mange afviste rapporterede utilsigtede hændelser, der er på regionens hospitaler, med angivelse af årsag til afvisninger.

Vi ved, at der kan være forskellige måder at håndtere læringen af de utilsigtede hændelser, fordi vi i Region Hovedstaden har lavet en analyse af vores læringskultur og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Analysen er udarbejdet på baggrund af den tværgående meningitisanalyse, der påpegede et potentiale for udvikling af læringskulturen og arbejdet med utilsigtede hændelser, samt et ønske fra forretningsudvalget d. 6. juni 2017 om, at der blev set på risikomanagerens rolle.

I den forbindelse har vi sammen med hospitalsdirektioner, klinikere og pårørende igangsat nogle initiativer eks. kompetenceudvikling indenfor patientsikkerhed, nye arbejdsgange og metoder, fokus på ledelse og involvering af patienter og pårørende i arbejdet med patientsikkerhed, der skal være med til at gøre vores læringskultur endnu bedre.

Fokusområder for analysen var kultur, organisation, kompetencer og ledelse. Analysegruppen fandt frem til 9 handlinger med 18 underliggende indsatser.

Den styrkede indsats på området er bakket op politisk. Regionsrådet bevilligede med budget 2018-2021 midler til risikomanageruddannelse og forbedringsprojekter for at styrke patientsikkerheden.

En af handlingerne er at foretage patientsikkerhedskulturundersøgelse en gang årligt. Det er hensigten, at undersøgelsen både kan monitorere de handlinger, der er iværksat på baggrund af læringskulturanalysen, men også de initiativer, som hospitaler og virksomheder allerede er i gang med.

Patientsikkerhedskulturundersøgelsen er planlagt til at foregå **13. marts – 3. april 2019** på alle hospitaler, i psykiatrien, på hospitalsapoteker og i Akutberedskabet. Målgruppen er ”personale involveret i patientforløb”.

Undersøgelsen kaldes PLUS, som står for Patient, Læring, Udvikling, Sikkerhed. Det er en spørgeskemaundersøgelse med 37 spørgsmål til at belyse patientsikkerhedskulturen.

PLUS skal:

- **Belyse** medarbejdere og lederes oplevelser af patientsikkerhedskulturen
- **Forbedre** læringskulturen og patientsikkerheden
- **Måle** udvikling og resultater af indsatser årligt, herunder handlinger i læringskulturanalysen.

Hvad kan patientsikkerhedskulturundersøgelsen PLUS?

PLUS giver et øjebliksbillede af patientsikkerhedskulturen. Den siger ikke noget om årsager - det kræver en dialog lokalt i hver afdeling.

Ambitionen er, at resultaterne skal danne basis for:

- **Drøftelse og refleksion** mellem medarbejdere og ledelse om den daglige praksis og patientsikkerhedskulturen lokalt. Undersøgelsen giver dem indblik i, hvor deres styrker og svagheder er, og dermed også hvor det giver mening af skabe forbedringer
- **Anerkendelse** af det, der går godt, så man kan lære af det og konsolidere det
- **Højnelse** af læringskulturen og dermed patientsikkerheden.

Opfølgningen på undersøgelsen skal foregå lokalt i afdelingerne og understøttes af forskellige masterclasses og et inspirationskatalog med forslag til metoder til at arbejde med patientsikkerhed og anerkendende læringskultur.

Regionalt vil der være mulighed for at se på resultater på tværs med henblik på, om der skal være regionale indsatsområder.

Koncernledelsen er projektejer på alle handlinger fra læringskulturanalysen herunder PLUS. Forum for Kvalitet er styregruppe. Der er løbende afrapporteringer til begge fora, og Sundhedsudvalget følger ligeledes implementeringen af handlingerne. Der har senest været en orientering med indlæg på sundhedsudvalgsmødet den 16. januar 2019.

Kompetenceudvikling

Der har været afholdt en fælles regional ledelsesudviklingsdag den 12. november 2018 med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed.

Region Hovedstaden har udvalgt Københavns Universitet til samarbejdet om masteruddannelsen for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer om patientsikkerhed og læringskultur. Der er åbnet for tilmelding 1. marts 2019, og studiestart er i september 2019.