



Center for Sundhed

Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Ramme for samarbejdet om det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde¹.

**Udarbejdet af
Arbejdsgruppen vedrørende patientsikkerhed
under Sundhedsaftalen 2015 – 2018**

**Godkendt af Den Administrative Styregruppe den 11. marts 2016
Revideret juni 2020**

¹ Indeværende dokument erstatter

- "Ramme for samarbejdet mellem Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange – patientsikkerhed", godkendt i DAS 2. marts 2012 og tillæg til ramme
- "Tværsektoriel organisering om patientsikkerhed mellem kommune og praksissektor", dateret d. 13. januar 2014.



Indhold

Baggrund	3
Afgrænsning	3
Formål.....	3
Definitioner.....	4
Organisation	4
Organisation i hver sektor	4
Tværsektoriel organisation.....	4
Tværsektoriel organisation kommune, praksis og hospital	5
Tværsektoriel organisation kommune – praksissektor	5
Tværsektoriel organisation med apoteker	5
Organisationsdiagram over det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde i Region Hovedstaden	6
Oversigt over patientsikkerhedsarbejdet fordelt aggregeret og lokalt.....	6
Reaktiv risikostyring.....	7
Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange.....	7
Visitation af utilsigtede hændelser i sektorovergange.....	7
Sagsbehandling af hændelser i sektorovergange.....	7
Dybdegående analyse af hændelser i sektorovergangen (type 2).....	8
Øvrige analyser af hændelser i sektorovergange (type 2) mellem hospital, praksis og kommune	9
Proaktivt arbejde	9
Kultur	9
Patient/pårørende rapportering	9
Indikatorer.....	10
Referencer	10
Praktiske oplysninger vedr. det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde.....	11



Baggrund Patientsikkerhed var i Sundhedsaftalen 2011- 2014 et obligatorisk indsatsområde. Dette indsatsområde blev defineret i en ramme for samarbejdet mellem de tre sektorer. Rammen blev revideret 11. marts 2016 under Sundhedsaftalen 2015-2018. Der har i mellemtiden været organisationsforandringer, så nuværende ramme er igen revideret juni 2020.

Grundlaget for samarbejdet kan kort beskrives ved følgende:

- Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange er med til at danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist med henblik på at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb,
- I arbejdet med patientsikkerhed tages udgangspunkt i et lærende systemperspektiv, hvor fejl/utilsigtede hændelser ses som resultater af menneskers arbejde i komplekse systemer. Der fokuseres på at skabe læring og videndeling mellem aktørerne i de forskellige dele af systemet med det formål at forebygge utilsigtede hændelser. Herudover fokuseres der på medarbejdernes individuelle og indbyrdes adfærd i de arbejdsrelationer, som kan betegnes 'ikke tekniske færdigheder'. De "ikke-tekniske færdigheder" består af fire hovedkategorier: 'Situationsbevidsthed, Beslutningstagning, Teamsamarbejde samt Opgavestyring og Lederskab.
- Læring af hændelserne skal primært finde sted og uddrages i den faglige ramme, hvor de fandt sted. For at sikre læring af mere generel karakter, formidles læringspointer også til relevante dele af organisationen og evt. andre områder i sundhedsvæsenet,
- Arbejdet med patientsikkerhed indebærer yderligere en proaktiv indsats, hvor der fremadrettet fokuseres på proaktive metoder til at forebygge utilsigtede hændelser.

Afgrænsning

Rammen omfatter alle samarbejdsparter indenfor sundhedsområdet i regionen, herunder de somatiske og psykiatriske hospitaler, de 29 kommuner og praksissektoren, såvel almen praksis som øvrige ydere.

Formål

Formålet med rammen er at understøtte tværsektorielt patientsikkerhedsarbejde imellem samarbejdsparterne i form af:

- Systematisk reaktiv risikostyring, som indeholder læring, videndeling og opfølgning, omkring tværsektorielle utilsigtede hændelser.
- Proaktiv risikostyring som fx tværsektorielle patientsikkerhedsrunder.
- Kulturunderstøttende arbejde, som fx fælles temadage og workshops for risikomanagere i regionen, praksis og kommunerne.



Definitioner

Utilsigtede hændelser i sektorovergangene

Terminologien omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange er ikke fuldt afklaret nationalt. I denne ramme arbejdes med to typer af hændelser i sektorovergange:

Type 1. Utilsigtede hændelser, som entydigt finder sted i én sektor, men opdages i en anden sektor².

Type 2. Utilsigtede hændelser, som er opstået i samarbejdet mellem sektorer, og hvor flere sektorer skal involveres for at problemet kan løses, og der kan skabes læring. Der kan fx være tale om³:

- Hændelser som opstår i forbindelse med overlevering af information eller i kontakten mellem afsender og modtager, fx misforståelse i samtale mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske eller mellem hospitalsafdeling og kommunal enhed eller mellem alle tre parter i sundhedstrekanten.

Organisation

Organisation i hver sektor

Grundlaget for en tværsektoriel samarbejdsstruktur er, at de enkelte sektorer hver især organiserer sig på en måde, så det er muligt at varetage arbejdet med patientsikkerhed.

Der er udnævnt risikomanagere på hvert hospital og i praksissektoren.

Den enkelte kommune beslutter selv, hvordan patientsikkerhedsarbejdet organiseres internt i kommunen. Der sikres en entydig indgang til kommunen.

Region Hovedstadens Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura varetager sagsbehandlingen af alle utilsigtede hændelser på vegne af praksissektoren og apotekerne, samt udvalgte alvorlige tværsektorielle dybdegående patientsikkerhedsanalyser.

De enkelte hospitaler og psykiatrien varetager sagsbehandlingen af øvrige tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Tværsektoriel organisation

Hovedansvaret for det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde hviler på ledelsesstrengen i de respektive sektorer, institutioner og hospitaler.

² Type 1 hændelser, der hvor hændelsen har fundet sted, svarer til "opdagelsesstedet" i rapporteringsskabelonen i DPSD.

³ Type 2 er hændelser markeret med tværsektoriel i rapporteringsskabelonen i DPSD.



For at understøtte at samarbejdet omkring alvorlige hændelser kan foregå uden forsinkelser, er der oprettet en fælles liste med kontaktdata mellem kommunernes og regionens risikomanagere. Listen bliver løbende opdateret af Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura og kan rekvireres ved henvendelse til patientsikkerhed.center-for-sundhed@regionh.dk. Ved ændringer udsendes en revideret udgave til deltagerne på listen.

Tværasektoriel organisation kommune, praksis og hospital

Det tværasektorielle patientsikkerhedsarbejde forankres i samordningsudvalgene og patientsikkerhed forventes at være på dagsorden på udvalgenes ordinære møder.

Da samordningsudvalgene har repræsentation af alle tre parter, er der mulighed for at træffe beslutninger om lokale patientsikkerhedsproblematikker og hændelser, der vedrører alle tre parter. Såfremt der er tale om generelle eller principielle hændelser, skal Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura kontaktes med henblik på en drøftelse i det tværasektorielle risikomanagernetværk for at sikre en sammenhængende udvikling. Ligeledes skal Center for Sundhed inddrages i spørgsmål, der vedrører organisatoriske eller overenskomstmæssige forhold fx honorering af praktiserende læger.

For at understøtte fælles drøftelse af utilsigtede hændelser, lokal forankring af læringspointer og videndeling, er der under samordningsudvalgene oprettet tværasektorielle patientsikkerhedsfora, hvor risikomanagere fra kommuner og hospitaler, hospitalspraksiskonsulenter samt tværasektoriel risikomanager fra Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura mødes.

Disse fora skal udføre analysearbejde vedrørende indkommende utilsigtede hændelser, som vedrører relationen kommune, almen praksis og hospital. Disse patientsikkerhedsfora forbereder afrapportering af analyserne til behandling på samordningsudvalgenes møder.

Som minimum forventes, at der afholdes to årlige møder i de lokale tværasektorielle patientsikkerhedsfora.

Tværasektoriel organisation kommune – praksissektor

Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura driver risikomanagerfunktionen for alle dele af praksissektoren og apotekerne i Region Hovedstaden og sagsbehandler alle utilsigtede hændelser på området.

Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura drøfter relevante hændelser og patientsikkerhedstiltag med faglige repræsentanter for ydergrupperne og har sager på samarbejdsudvalgsmøderne for hver ydergruppe.

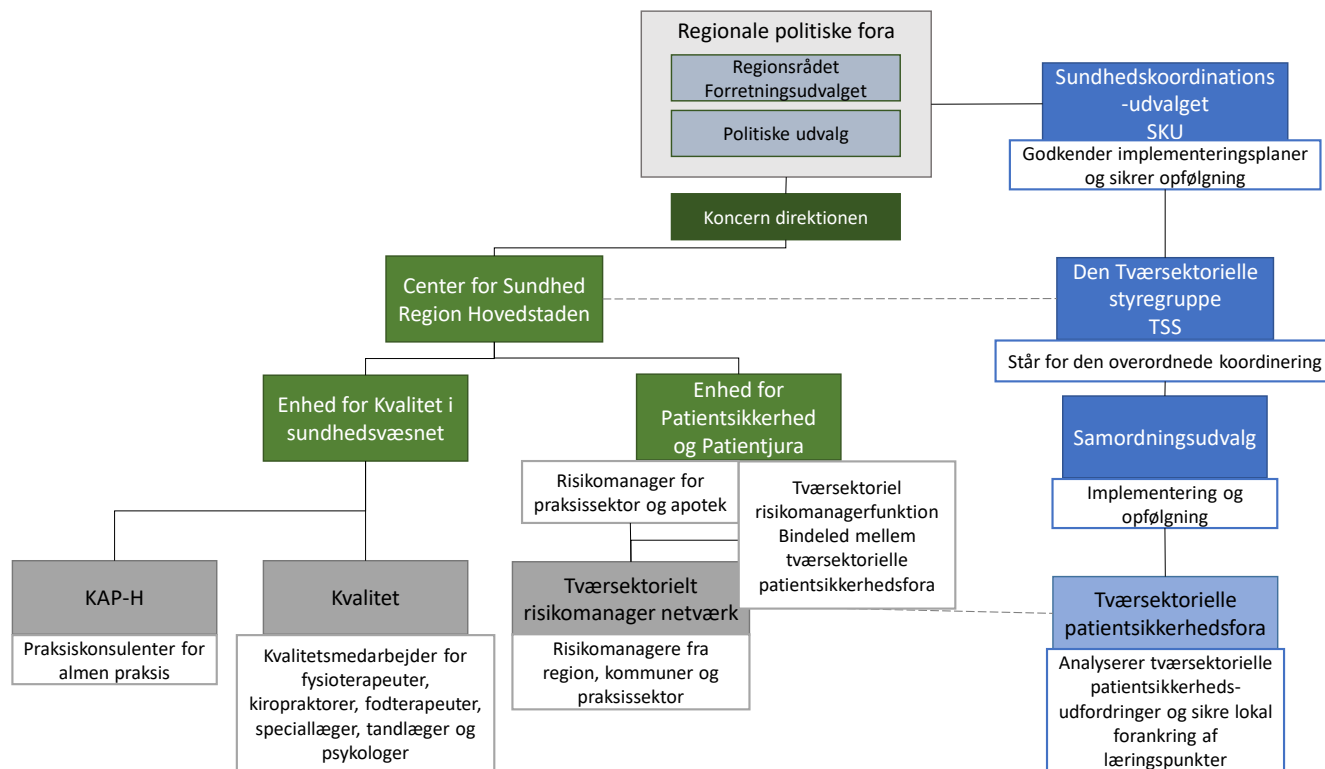
Tværasektoriel organisation med apoteker

Apotekernes kvalitetsorganisation er nationalt forankret i Apotekerforeningen. Ansvar for opsamling af utilsigtede hændelser er placeret i regionerne.

Der er etableret en fælles ramme for patientsikkerhedsarbejdet mellem Apotekerforeningen og alle regionale risikomanagere i regionerne i form af to årlige fællesmøder. Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura drøfter tværasektorielle hændelser med repræsentanter for Apotekerforeningen og kredsformændene for apotekerne i Region Hovedstaden



Organisationsdiagram over det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde i Region Hovedstaden



Oversigt over patientsikkerhedsarbejdet fordelt aggregeret og lokalt

	Sektor involveret	Forum/organisation	Type opgaver
Aggregeret niveau	Hospitaler, kommuner og almen praksis	Tværsektorielt risikomanagernetværk Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura Tværsektoriel risikomanagerfunktion	Tværgående principielle spørgsmål og indsatser. Analyser konkrete hændelser og forestår tværsektorielle dybdegående patientsikkerhedsanalyser på udvalgte alvorlige hændelser.
Lokalt niveau	Hospitaler, kommuner og almen praksis	Samordningsudvalg	Drøfte konkrete hændelser og analyser på ledelsesniveau
	Hospitaler, kommuner og almen praksis	Tværsektorielt patientsikkerhedsforum	Analyse af konkrete hændelser. Leverandør af sager til samordningsudvalg



Reaktiv risikostyring

Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange

Rapportering af utilsigtede hændelser skal ske til den region, kommune eller det private sygehus, hvor hændelsen er sket.

Regioner og kommuner skal modtage rapporter fra de institutioner, som de har driftsansvar eller tilsynsforpligtelse overfor.

Alle utilsigtede hændelser i sektorovergange (type 1 og type 2) skal rapporteres i henhold til vejledningen fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Både type 1 og type 2 hændelser skal markeres af rapportøren med opdagelsessted (egen institution) og hændelsessted (i anden sektor). Hændelsessted skal for hospitaler så vidt muligt være på afdelingsniveau og for praksissektoren så vidt muligt med praksis' navn.

Visitation af utilsigtede hændelser i sektorovergange

Rapporterede hændelser visiteres efter *hændelsesstedet*. (Se bilag, i afsnittet vedr. DPSD2 relaterede forhold).

Sagsbehandling af hændelser i sektorovergange

Sagsbehandlingen af hændelser i sektorovergange foregår som udgangspunkt ligesom sagsbehandling af øvrige utilsigtede hændelser.

Hvis sagsbehandler har behov for supplerende oplysninger fra rapportøren foregår kontakten altid via risikomanageren for den pågældendes institution. Der tages aldrig direkte kontakt til en rapportør i en anden organisation uden aftale med risikomanageren for det pågældende område.

Initialmodtageren har ansvar for:

- At tage stilling til, om det er en utilsigtet hændelse og om hændelsen er en sektorovergangshændelse, og derefter registrere den som sådan i DPSD2 (se bilag, i afsnittet vedr. DPSD relaterede forhold),
- At visitere til det korrekte hændelsessted, hvis rapportøren har angivet et forkert hændelsessted,
- At udpege en sagsbehandler i egen organisation, hvis hændelsesstedet er egen organisation.

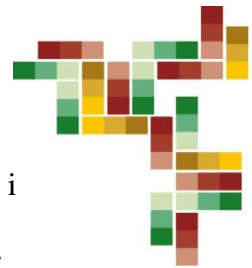
Sagsbehandleren har ansvar for:

For type 1 hændelser, hvor sagsbehandleres institution er (eneste) hændelsessted:

- At benytte hændelsen til læring og forbedringstiltag inden for de givne muligheder i institutionen.
- At give feedback til rapportør via det lokale tværsektorielle patientsikkerhedsforum med henblik på at fastholde motivation i samarbejdet. Der gives feedback vedrørende sagshåndtering og evt. iværksatte tiltag som følge af den/de rapporterede utilsigtede hændelser. Dette kan foregå tematiseret.

For type 2 hændelser:

- At kontakte involverede og aftale sagsbehandlingsforløb, herunder overveje om sagsbehandling skal deles i DPSD.



- At benytte hændelsen til læring og forbedringstiltag inden for de givne muligheder i institutionerne,
- Sagen prioriteres til dybdegående patientsikkerhedsanalyse, anden analyse og/eller aggregering afhængigt af alvor og læringspotentiale, som beskrevet nedenfor.
- At melde tilbage til relevante parter vedr. sagshåndtering og evt. iværksatte tiltag som følge af den/de rapporterede utilsigtede hændelser. Dette kan foregå tematiseret.

Dybdegående analyse af hændelser i sektorovergangen (type 2)

Den gensidige advisering om ønske om dybdegående fælles analyse af tværsektorielle utilsigtede hændelser foretages mellem den regionale Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura og den pågældende kommunes kontaktperson.

Der træffes i fællesskab beslutning om indstilling til ledelsessystemet om iværksættelse af en tværsektoriel dybdegående analyse, hvis det vurderes, at hændelsen har et stort læringspotentiale.

Ledelsessystemet i den pågældende kommune og i Regionen træffer herefter i enighed beslutning om at analysere hændelsen. Hvis der ikke kan opnås enighed herom, skal baggrunden herfor dokumenteres på sagen i DPSD.

Ved beslutning om at gennemføre en dybdegående analyse af en hændelse i sektorovergangen (type 2), forpligter de involverede parter sig til at afsætte de nødvendige ressourcer til gennemførelse af analysen, herunder at begge ledelsessystemer er repræsenterede i analyseteamet på tilstrækkeligt højt niveau.

Særligt for praktiserende læger gælder, at de honoreres efter [”Aktivitetsaftale om honorering af praktiserende læger i forbindelse med arbejdet vedrørende utilsigtede hændelser”](#). Denne aftale præciserer almen praksis’ rolle som følger:

- Almen praksis medvirker efter behov til opklaring af hændelsesforløb, som den enkelte læge har rapporteret om, eller som lægen har været involveret i.
- Desuden deltager almen praksis efter behov med op til to læger i analysefasen ved kerneårsagsanalyser. Deltagelse fra almen praksis har til formål at bidrage med faglig bistand til belysning af læringspotentialet af hændelsen.

Det relevante samordningsudvalg informeres om og inddrages evt. i analysen. Analysen gennemføres af et tværfagligt team, der er sammensat til at analysere den konkrete utilsigtede hændelse. Når analysen er afsluttet, bliver teamet opløst. I teamet er ledelsen altid repræsenteret, ligesom der kan deltage frontlinjepersoner, der direkte eller indirekte var involveret i hændelsen. I analyser af tværsektorielle hændelser deltager fra regionen som udgangspunkt altid en regional risikomanager fra Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura og en risikomanager fra den involverede virksomhed. Fra kommunen deltager en kommunal risikomanager. Men parterne kan også foretage analysen uden deltagelse af Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura. Hvis der i disse tilfælde generes regionale handlinger eller analysen ønskes løftet i TSS kontaktes Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura, som kan understøtte denne proces.

Teamet har ansvar for i fællesskab at analysere hændelsen, foreslå handleplaner og skabe mulighed for læring. Regionale handleplaner forelægges relevante ledelsesfora til godkendelse. Det relevante kommunale ledelses forum godkender tilsvarende de kommunale handleplaner i analysen. Afsluttede dybdegående analyser drøftes i relevante udvalg, herunder samordningsudvalg og hvis relevant også i Tværsektoriel Styregruppe (TSS). Afsluttede dybdegående analyser, der vedrører praksissektoren kan forelægges de relevante Samarbejdsudvalg.



Øvrige analyser af hændelser i sektorovergange (type 2) mellem hospital, praksis og kommune

Samordningsudvalget er ansvarlige for, at alle typer hændelser med læringspotentiale drøftes i nødvendigt omfang. Samordningsudvalgets tværsektorielle patientsikkerhedsforum forelægger konklusioner og forslag til handleplaner for det lokale Samordningsudvalg. Samordningsudvalget beslutter eventuelle fælles tiltag.

Eventuelle lokale handleplaner godkendes og udmøntes af den kommunale ledelse hhv. den relevante ledelse i regionen.

Proaktivt arbejde

Det er en grundlæggende antagelse i patientsikkerhedsarbejde, at man målrettet skal tilstræbe at forebygge utilsigtede hændelser – ikke kun gennem ændringer på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser – men også gennem ændringer som følge af observation af risiko for utilsigtede hændelser. Det er derfor vigtigt at have fokus på en bred tilgang, hvor systematisk vurdering af risiko for fremtidige utilsigtede hændelser faciliteres.

En væsentlig del af risikovurdering er en forståelse af andre sektors arbejdsgange og – vilkår. Derfor skal tilpasning af eksisterende proaktive metoder og forsøg med disse i sektorovergangen så vidt muligt understøttes – fx ved at

- Foretage studiebesøg på tværs af sektorer, fx sygeplejersker fra medicinske afdelinger på besøg i kommuner
- Foretage patientsikkerhedsrunder på tværs af sektorer
- Gå i patientens/borgerens fodspor

Kultur og Netværk

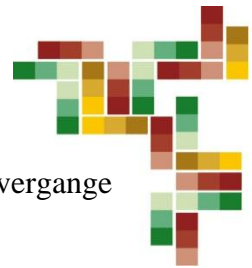
Udvikling af en patientsikkerhedskultur er et centralt element i forebyggelse og håndtering af utilsigtede hændelser. Herunder er det væsentligt at risikomanagerne kan fastholde fokus på systemer og organisationer – også når et problem går på tværs af ansvarsområder. Med henblik på at understøtte risikomanagerne centrale rolle i den tværsektorielle patientsikkerhedskultur er der etableret et tværsektorielt risikomanagernetværk, som mødes 2 gange årligt omkring f.eks.:

- Erfaringer fra analyser,
- Erfaringer fra proaktivt arbejde,
- Dilemmaer i tværsektorielt arbejde, herunder prioritering,
- Brug af databasen DPSD2,
- Spredning af viden om patientsikkerhed i sektorovergange i egen organisation,
- Patient/pårørende rapportering

Det tværsektorielle risikomanagernetværk sekretariat betjenes af Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura i samarbejde med kommunale repræsentanter.

Patient/pårørende rapportering

Første september 2011 blev det muligt for patienter og pårørende at rapportere utilsigtede hændelser til DPSD2. Hermed blev der åbnet nye muligheder for at inddrage patienternes erfaringer i Patientsikkerhedsarbejdet. Patient og pårørende har dog ikke krav på aktindsigt i analysen.



Sagsbehandling af hændelsesrapporter vedrørende tværsektorielpatientsikkerhed / sektorovergange fra patienter og pårørende foregår på samme måde som for øvrige hændelser.

Referencer

[Sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2019 - 2023](#)

[Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i Sundhedsvæsnet](#) mv. BEK nr. 1 af 03/01/2011 Indenrigs- og Sundhedsministeriet

[Sundhedsloven, kapitel 61](#) Patientsikkerhed LBK nr. 913 af 13/07/2010. Indenrigs- og Sundhedsministeriet

[Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i Sundhedsvæsnet](#) mv. VEJ nr. 1 af 03/01/2011 Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Praktiske oplysninger vedr. det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde

Kontakt information

Alle regionens risikomanagere skal kunne tilgå kontaktoplysninger på alle kommunale risikomanagere og omvendt. Region Hovedstadens Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura vedligeholder en oversigt over risikomanagere på hospitalerne og i kommunerne. Medlemmer i det tværsektorielle risikomanagernetværk informerer Region Hovedstadens Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura om ændringer på denne adresse: Patientsikkerhed.center-for-sundhed@regionh.dk

Region Hovedstadens Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura udsender en ny liste, hver gang der er opdateringer, dog højst en gang om måneden. Listen udsendes til alle risikomanagere i Region Hovedstaden og kommuner.

Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS)

TSS er det overordnede administrative strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra kommunerne og regionen, herunder almen praksis. TSS nedsætter de nødvendige tværsektorielle arbejdsgrupper til udvikling af sundhedsaftalen.

TSS har følgende opgaver inden for patientsikkerhed:

- Godkende større tværsektorielle regionale handlingsplaner i analyser,
- Være orienteret samt drøfte mønstre og tendenser i det samlede billede af tværsektorielle utilsigtede hændelser (type 1 og type 2) og træffe beslutninger om eventuelle samlede tiltag.
- Overordnet drøfte den proaktive indsats på patientsikkerhedsområdet.

TSS kan bestille belysning af specifikke patientsikkerhedstemaer under sundhedsaftalen.

Tværsektorielt patientsikkerhedsforum under samordningsudvalgene

De tværsektorielle fora under samordningsudvalgene udarbejder selv en forretningsorden med fx følgende indhold:

- Beskrivelse af fast mødeplan (der stiles mod minimum to møder årligt),
- Valg af mødeleder,
- Ansvar for udarbejdelse af dagsorden + referat,
- Kontakt med det lokale samordningsudvalg med henblik på at sikre ledelsesforankring til undergruppens forslag til fælles tiltag.

På møderne kan drøftes:

Reaktiv risikostyring

- Gennemgang af relevante utilsigtede hændelser,
- Overvejelser vedr. fælles analyser eller fælles indsatsområder

Proaktiv risikostyring

- Erfaringsudveksling og sparring om aktuelle problemstillinger,
- Gensidig orientering om status/ændringer i arbejdsprocesser eller vilkår,
- Overvejelser om iværksættelse af fælles proaktive tiltag.



Tværsæktorielt risikomanagernetværk

Der er oprettet et tværsæktorielt risikomanagernetværk med henblik på at understøtte implementering af rammen i hele regionen samt sikre ejerskab, læring og videndeling på tværs af sektorer.

Risikomanagerne fra de respektive sektorer får i netværket lejlighed til at mødes og drøfte konkrete problematikker, erfaringer, læringspointer m.v.

Møderne har tre overordnede formål:

- At understøtte implementering og ejerskab i forhold til rammen,
- At sikre videndeling, læring og dialog mellem risikomanagere både i kommuner, praksissektor og hospitaler,
- At understøtte, at generelle læringspointer og drøftelser løftes til et forum med deltagelse af alle risikomanagere.

Der afholdes årligt to møder. De enkelte risikomanagere kan byde ind med punkter til dagsordenen, ligesom der kan inviteres oplægsholdere eller organiseres korte kurser indenfor relevante områder.

Tværsæktoriel risikomanagerfunktion

Den tværsæktorielle risikomanagerfunktion er forankret i Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura. Formålet med funktionen er:

- Koordinere og følge udviklingen i det tværsæktorielle patientsikkerhedsarbejde, herunder samarbejde omkring tværsæktorielle utilsigtede hændelser,
- Bidrage til at skabe overblik over kategorier og mønstre i indrapporterede utilsigtede hændelser.
- Være bindeled mellem tværsæktorielle sektorer.
- Bringe problematikker videre til den administrative og politiske dagsorden.

DPSD relaterede forhold

Registrering af hændelser i sektorovergange i DPSD

Tværsæktorielle hændelser skal registreres i DPSD ved at åbne funktionen ”rolle i hændelsen”, hvor lokaliteter kan fremsøges og vælges i SOR.

For type 1 hændelser markeres fremsøgte lokaliteter i feltet ”opdagelsessted”.

For type 2 hændelser markeres feltet ”tværsæktoriel”.

Denne registrering forventes udført af rapportøren, men da feltet ikke er obligatorisk, skal sagsbehandleren altid tjekke, at feltet er korrekt udfyldt.

Omvisitering af sager

Hvis hændelsesstedet ikke er korrekt skal sagen omvisiteres til anden lokation.

1. Åbn sagen i indbakken man kan her visitere videre til anden lokation uden at gemme sagen i egne sager
2. Korrigere hændelsessted og opdagelsessted i de relevante felter
3. Før pilen over ”flere handlinger” nederst i sagen. Tryk på overdragelse til anden lokation.
4. Søg lokationen frem. Vælg så langt nede i beslutningstræet som muligt gerne konkret afdelingsnavn/konkret praksisnavn for regionale sager.
5. Sagen forsvinder og overgår til initialmodtager for det nye hændelsessted.



Adgangsrettighed til at se og arbejde på sager i DPSD, hvor sagsbehandleren er i en anden sektor

Hændelser i sektorovergangen (Type 2) kan ikke automatisk læses af både den regionale og den kommunale part.

Deling af information til en ekstern bruger kan foregå ved at tildele en midlertidig adgang til en hændelse i DPSD.

Denne tildeling kan ske på tre niveauer:

- Læsemulighed (skrivebeskyttet)
- Læse og skriveadgang (tilføj)
- Fuld adgang (færdig)

Risikomanagere fra hver sin lokation kan herved skrive oplysninger ind på samme sag i DPSD. Det er hændelsesstedets risikomanager, der beslutter, om der skal oprettes adgang for en ekstern bruger.

Køreplan for dybdegående patientsikkerhedsanalyse i sektorovergangen (type 2 hændelser)

Denne køreplan er udarbejdet for at fremme en hurtig og smidig proces omkring analyserne. Sager skal være afsluttet i DPSD senest 90 dage efter rapportering og af hensyn til kvaliteten af analyser, skal de gennemføres snarest muligt efter, at hændelsen er rapporteret.

Erfaringsmæssigt er det vanskeligt at nå at afslutte analyserne inden for 90 dage.

Det er derfor nødvendigt med:

- Hurtig beslutningsgang hos hver part med hensyn til om analysen skal gennemføres,
- Smidighed med hensyn til mødeplanlægning,
- Hurtig indhentning af data til brug for analysen (journal materiale, instrukser, interviews mv),
- Hurtig udarbejdelse og kommentering på rapportudkast.

Beslutning om dybdegående patientsikkerhedsanalyse af type 2 hændelser

Sagsbehandleren i institutionen, som finder, at analyse skal overvejes, drøfter først indikationen for analysen med egen ledelsesstreng. Herefter kontakter sagsbehandleren den relevante risikomanager hos den anden involverede. Risikomanageren her drøfter henvendelsen i sin ledelsesstreng. Hvis man er enige, om at der skal gennemføres en kerneårsagsanalyse, følges nedenstående trin.

Hvis man ikke er enige, skal den part der ikke vil indgå i en dybdegående patientsikkerhedsanalyse redegøre skriftligt herfor.

Gennemførelse af dybdegående patientsikkerhedsanalyse for type 2 hændelser

1. Udpegning af team:

De to ledelsesstrengene vurderer i samråd i hvilken sektor, de fleste handleplaner vil opstå.

Fra denne sektor udpeges en facilitator og en teamleder. Facilitatorrollen kan eventuelt deles mellem to sektorerisikomanagere eller varetages af den tværsektorielle risikomanager fra Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura. Facilitatoren drøfter teamsammensætning og teamstørrelse med teamlederen fra sin egen sektor og risikomanageren fra den anden sektor. Teammedlemmerne udpeges herefter i hver sektor efter sektorens vanlige procedure.



2. Risikomanagerne indsamler data

Risikomanagerne fra henholdsvis kommune og hospital, hvor den tværsektorielle hændelse er sket, indsamler relevant materiale, sikrer kontaktdata på øvrige team- medlemmer og sender dette til facilitatoren.

Det indsamlede materiale skal indeholde:

- Sagsnummer i DPSD
- Hændelsesbeskrivelse
- Beskrivelse af det tværgående aspekt i hændelsen
- Involverede parter
- Foreløbige undring

3. Facilitatoren indkalder møderne

Facilitatoren fastsætter et til to møder med varighed på ca. 2-3 timer med ca. 14 dages interval. Møderne fastlægges under hensyn til kalenderen hos ledelsesmedlemmerne af teamet.

Møderne indkaldes pr mail.

Kort før første møde udsender facilitatoren en opsummering af det faktuelle forløb af hændelsen skrevet på baggrund af de oplysninger, som risikomanagerne har leveret.

4. Første møde gennemføres

Dagsorden for første møde:

- Velkommen og præsentation af deltagere v. teamleder
Introduktion til patientsikkerhedsanalyser og spilleregler for analysen v. facilitator
- Drøftelse af det faktuelle forløb
- Problemområder i det faktuelle forløb, herunder drøftelse af vanlig praksis og udfoldning af problemområderne gennem spørgsmål som ”hvordan kan det være ” og ”hvorfor”
- Afklaring af hvilke oplysninger som mangler og hvem der skaffer dem

5. Første rapportudkast udarbejdes

Mellem første og andet møde udarbejder facilitatoren første udkast af rapporten, som indeholder:

- En gennemskrivning af det faktuelle forløb.
- En beskrivelse af problemområder
- Vanlig praksis,
- Analyse på baggrund af teamets drøftelser
- Facilitatorens forslag til kerneårsager

6. Andet møde afholdes

Dagsorden for andet møde

- Kort gennemgang af det reviderede faktuelle forløb af hændelsen
- Kort drøftelse af hvert problemområde med analyse
- Drøftelse af kerneårsager
- Udarbejdelse af handleplaner
- Drøftelse af perspektivering og formidling
- Evaluering og aftaler om tidsperspektiv for færdiggørelse af rapportskrivning



7. Rapporten gøres færdig

Efter andet møde udarbejder facilitatoren andet udkast af rapporten inklusiv handleplaner. Af handleplanerne skal det fremgå,

- Hvem der har ansvar for gennemførelse af handleplanen,
- Hvornår den skal være gennemført og
- En specificering af, hvad der skal til, for at planen kan betragtes som gennemført.

Erfaringsmæssigt er der mange ændringer på baggrund af andet udkast. Forslag til ændringer rundsendes til hele teamet, og facilitatoren gennemskriver rapporten efter ændringsforslagene.

Hvis der opstår modsætninger, drøftes formuleringerne med teamleder og med risikomanagerne.

8. Godkendelse af analyse

Analysen godkendes af de relevante ledelsesstrenge og handleplanerne træder herefter i kraft.

9. Afslutning af analyse i DPSD

Analysen afsluttes i DPSD. Det er den risikomanager, der er sagsbehandler i DPSD, der sørger for at sagen afsluttes i databasen.

10. Opfølgning på analyse

Det er de involverede sektors ansvar at implementere handleplanerne. Den opgaveansvarlige/risikomanagere fra henholdsvis region, praksissektor og kommune følger løbende fremdriften i implementeringen af handleplaner i egen organisation. Det kan aftales en fælles opfølgning fra hele analyseteamet efter 4-6 måneder.

Analysesumme formidles til relevante parter, herunder Samordningsudvalg, med henblik på videndeling.