

<b>Standardbetegnelse:</b> 1.2.3. Utilsigtede hændelser	<b>Dokumentstyring:</b> SBSYS sagsnr.: 29.00.00-P23-1-19 Delforløb: Kvalitets- og risikostyring	<b>Gyldighedsperiode:</b> September 2023 – oktober 2024
<b>Anvendelsesområde og målgruppe:</b> Medarbejdere og ledere i Lolland Kommune	<b>Godkendt af:</b> Team Ledelse <b>Godkendelsesdato:</b> 3. marts 2017	<b>Version:</b> 3.1
<b>Dokumentansvarlig:</b> Patientsikkerhedskoordinator – Stab Ældre & Sundhed	<b>Dokumentrevision:</b> September 2023	<b>Dokumenttype:</b> Administrativ retningslinje

## Utilsigtede hændelser – rapportering, sagsbehandling, læring og vidensdeling

### 1. Formål

- At forebygge, reducere eller om muligt fjerne risikoen for utilsigtede hændelser.
- At skabe læring og forbedring på baggrund af utilsigtede hændelser.
- At sikre vidensdeling med hensyn til risikable arbejdsgange samt forbedringstiltag.
- At præcisere risikomanagers ansvars- rolle- og funktionsområder, samt sikre den administrative kontrolfunktion ved risikomanager.

### 2. Definitioner

**Utilsigtet hændelse - uth:** Jf. Sundhedslovens<sup>1)</sup> §198, stk. 5: *“Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser 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”.*

**Dansk Patientsikkerhedsdatabase – DPSD:** Et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. DPSD benævnes også uth-systemet. Der må ikke gives aktindsigt i DPSD. Oplysningerne i fritekstfelterne må ikke kunne henføres til personer eller på anden måde kompromittere fortrolighed og anonymitet i en rapporteret hændelse.

**Ikke-sanktionerende system:** I Sundhedsloven §201 præciseres, at uth-systemet er et ikke-sanktionerende system: *“Den rapporterende person, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af arbejdsgiveren, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.”*

**Sagstype:** Der skelnes mellem tre typer rapporteringsformularer afhængig af om hændelser rapporteres af en sundhedsmedarbejder eller en borger/pårørende. De tre sagstyper: ‘Sundhedsperson’ – ‘Samlerapportering’ – ‘Patient eller pårørende’.

**Hændelsestype:** Når de utilsigtede hændelser sagsbehandles, kategoriseres hændelserne i ‘DPSD Hovedgruppe’ – ‘DPSD Proces’ – ‘DPSD Problem’.

**Rapportør:** Den person, som rapporterer en utilsigtet hændelse i DPSD er rapportør.

**Rapporteringspligt:** Alle, der udfører sundhedsfaglige opgaver i deres arbejde, har pligt til at rapportere UTH, uanset om man er en autoriseret eller ikke-autoriseret sundhedsperson. Alle har pligt til at rapportere uth, hvor man selv er involveret i en hændelse eller når man opdager eller bliver opmærksom på en uth, hvor andre er involveret. Rapportering kan ikke uddelegeres til andre/ til ledelsen, men man kan bede andre om hjælp til at rapportere.

### Utilsigtede hændelser, der skal rapporteres pr. 1.7.2023

- Hændelser, som har bidraget til eller medført alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten/borgeren
- Hændelser, som kunne have bidraget til eller medført alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten/borgeren
- Hændelser, som efter en konkret vurdering kan bidrage til læring og forbedring af patientsikkerheden, selvom konsekvenserne af de enkelte utilsigtede hændelser ikke er eller kunne have været alvorlige eller dødelige for patienten.

**Alvorligheds kategorier:** Utilsigtede hændelser kategoriseres i 4 kategorier; - Ingen/ukendt konsekvens, lettere/moderat konsekvens, alvorlig konsekvens samt dødelig konsekvens (Bilag 1)

**Faktisk konsekvens:** Den umiddelbart vurderede konsekvens af en utilsigtede hændelse.

**Mulig konsekvens:** Den konsekvens, som den utilsigtede hændelse, kunne have haft.

**Samlet alvorligheds kategori:** Kategorisering af alvorlighedsrisiko på baggrund af faktisk og mulig konsekvens, - lav, middel eller høj patientsikkerhedsrisiko (Bilag 2)

**Lokation:** Det sted, der sundhedsfagligt skal lære af hændelsesforløbet. Det kan fx. være et kommunalt team, et plejecenter, bo-opholdssted, praktiserende læge, en sygehusafdeling, præhospital, apotek mm.

**Involveret lokation:** Hændelser, der berører flere steder.

'Opdagelsessted': Hændelse kan opdages et andet sted end sket.

'Patientovergang': Hændelse kan være sket i overgange og hvor læringen går på tværs internt i kommune, eller på tværs eksternt mellem kommune og sygehus, læge, apotek m.fl.

'Andet': Den involverede lokation vurderes, hverken at være opdagelsessted eller patientovergang.

**Samlerapportering:** Et uth-system hvor utilsigtede hændelser med lav patientsikkerhedsrisiko, vedrørende Medicin ikke givet eller Fald registreres på papirskeemaer og kun rapporteres én gang om måneden i DPSD.

**Uth-ledelsesinformation:** Data fra DPSD over antal sager og sidste måneds afsluttede sager, som hver måned tilsendes teamledere/enhedsledere.

**Uth-sagsbehandling:** En analytisk og administrativ funktion, hvor sagsbehandler har adgang til uth-sagsbehandlermodulen i DPSD. Sagsbehandling har altid et læringsperspektiv, så fokus holdes på at forebygge lignende hændelser i fremtiden. I sagsbehandling skal rapportør sikres anonymitet.

**Uth-sagsbehandler:** Teamleder og evt. medarbejder kan være uth-sagsbehandler i et team/enhed. Det er sagsbehandlers opgave og ansvar at sagsbehandle uth'er. Sagsbehandler skal under og efter analysen formidle, iværksætte og følge op på læringstiltag, samt sikre vidensdeling i team/enhed. Det er et lokalt ledelsesansvar at implementere forandringer på baggrund af sagsbehandling, som fremadrettet forebygger lignende hændelser og styrker patientsikkerheden.

**Risikomanager/Patientsikkerhedskoordinator:** En centralt placeret person, der understøtter uth-arbejdet i alle dele af organisationen, hvor der udføres indsatser efter Sundhedsloven.

## 3. Fremgangsmåde

### Rapporteringens administrative vej i DPSD – uth-systemet

- Hændelser der er sket inden for kommunen modtages af en administrativ medarbejder, som videresender rapporteringen til en uth-sagsbehandler afhængig af det team, rapportøren har valgt under lokation.
- Hændelser sket uden for kommune, men opdaget af en kommunal medarbejder skal rapporteres fyldestgørende til den sygehusafdeling, apotek, praktiserende læge eller lignende, der skal drage læring af hændelsen. Rapportør modtager en kvitteringsmail fra DPSD og denne påføres borgers navn og videresendes til den kommunale Risikomanager i Lolland kommune, aktuelt [anheg@lolland.dk](mailto:anheg@lolland.dk)
- Rapportør kontaktes ikke ud over kvitteringsmailen, med mindre risikomanager har brug for supplerende eller uddybende oplysninger.  
Patienter/borgere eller pårørende kontaktes ikke som standard, medmindre en Teamleder eller Centrale leder vurderer, at der er særligt behov for dialog med borger eller pårørende om hændelsesforløbet.

## Rapportering

### Enkeltstående rapporteringer

- Den sundhedsperson, der er part i, eller først opdager en utilsigtet hændelse – egen eller andres – skal sikre, at den rapporteres til DPSD med henblik på læring og forbedring. Rapporteringsforpligtigheden omfatter alle medarbejdere
- Rapporteringsopgaven kan ikke delegeres/overdrages.
- Den/de involverede medarbejdere er sammen med leder ansvarlig for at begrænse skaderne i hændelsesforløbet, dokumentere som en afvigelse i EOJ, orientere den berørte borger om det der er sket, samt straks forebygge lignende hændelser.
- Hændelsen rapporteres til DPSD via link på INTRA > Patientsikkerhedssiden > rødt ikon: 'UTH rapportering', eller via [Utilsigtede hændelser - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#) (vælg 'Sundhedsperson').
- Den elektroniske formular udfyldes senest 7 dage efter hændelsen er sket eller opdaget. (*Bilag 3 Rapportering*)
- Derudover er medarbejder forpligtiget til at informere borgere eller pårørende om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser, ved at henvise til [Utilsigtede hændelser - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#) (vælg 'Patient eller pårørende').

### Samlerapportering – se Bilag 4

- Utilsigtede hændelser vedr. Medicin ikke givet eller Fald – lav patientsikkerhedsrisiko – skal blot registreres på én linje på papirschema. Schema kan hentes via Intra > Patientsikkerhed > Samlerapportering > vælg mellem de to forskellige skemaer.
- Teamet drøfter hver måned tendenser og mønstre, som fremkommer ud af skemaet og aftaler forbedringstiltag. Samtidig drøftes effekt af tidligere måneders tiltag
- Sagsbehandler skal rapportere samlerapportering én gang om måneden ved hver måneds afslutning og inden den 6. i den kommende måned. Desuden rapporteres de aftalte forbedringstiltag.
- Antallet af de registrerede hændelser rapporteres ind til DPSD og afsluttes via Intra > Patientsikkerhed > Samlerapportering > vælg link 'Seneste måned sammenlagt'.
- Hvis der ikke er registreret nogle hændelser i en måned, skal 0 rapporteres som et antal i den pågældende måned.
- Der vil fra 2023 komme flere emner med lav patientsikkerhedsrisiko, som kan samlerapporteres. Det vil være muligt at samlerapportere disse emner fast. Alternativt kan de anvendes som projekt over en bestemt fastlagt periode, hvor der sættes fokus på læring og forbedringstiltag i forhold til det pågældende emne.

## Sagsbehandling – analyse og læring

### Sagsbehandling

- For at kunne sagsbehandle uth' skal man tildeles opgaven og rollen som uth- sagsbehandler
- Sagsbehandler tildeles adgang via SEB, samt ens team/enhed skal være oprettet som enhed i SOR. Se procedure 1.2.3 'Oprettelse/lukning af sagsbehandler for UTH'.
- Privat leverandør på fritvalgsområdet har ikke adgang til uth-systemet. Derfor varetages den administrative sagsbehandling af den kommunale risikomanager. Læringsdelen er den private leverandørs ansvar.
- Sagsbehandlingen er både en administrativ og analytisk proces, der omfatter:
  1. at kvalificere rapportens oplysninger vedrørende lokation, alvorlighedsgrad, samt hændelsesbeskrivelser jf. journaloplysninger
  2. at kvalificere hændelsens konsekvens for borger samt vurdere hændelsens ressourcemæssige betydning for sektoren.
  3. at sikre der ikke står personhenførbare oplysninger i fritekstfelterne
  4. at anonymisere formularen inden afslutning af sag
  5. at sikre de rapporterede hændelser afsluttes indenfor 90 dage
  6. at begrunde, hvis en sag afvises/slettes.

### Analyse og læring – lav patientsikkerhedsrisiko

- Alle sager med lav patientsikkerhedsrisiko skal behandles med henblik på læring.
- En væsentlig del af sagsbehandlingen af en uth, er at analysere hændelsesforløbet for at identificere sikkerhedsmæssige brist i arbejdsgange. Hermed kan der afdækkes mangelfulde kompetencer,

viden, kommunikation, interne/eksterne snitflade. Afslutningsvis skal lærings- og forbedringstiltag prioriteres.

- Alle sager skal gennemgås og vurderes ud fra hændelsestype: hovedgruppe – proces – problem. *Se bilag 5 Hændelsestyper- Overblik over DPSD-Hovedgrupper.*
- Rapporteret alvorlighedsgrad vurderes og bekræftes
- Systematisk refleksion /mini-analyse af hver rapporteret uth mhp en konklusion:
  1. Hvilket sundhedsfaglige område var berørt?
  2. Hvilken proces/arbejdsgang skete hændelsen i?
  3. Hvilket problem/brist skete i den pågældende arbejdsgang?
  4. Hvad er sandsynligheden for gentagelser, hvis ikke der skabes forandring?
  5. Hvor stort er 'problemet', set i betragtning af samme hændelsestyper indenfor sidste kvartal (antal/alvorlighedsgrad jvf. den månedlige ledelsesinformation)
- Analysens konklusion noteres kort under 'Analyse og sagsopfølgning' – i feltet 'Hvordan kunne det ske? Efterfølgende beskrives planlagte forbedringer i feltet 'Læring og tiltag'
  - Begge felter i punktform, hvor tidsangivelse og ansvar for handling beskrives.
  - Teksten må ikke indeholde personhenførbare oplysninger.
- Hvis der forekommer flere uth af samme hændelsestyper, kan der i feltet 'Læring og tiltag' beskrives, at mønstre og tendenser af denne type vurderes over en fastsat periode, hvorefter handling planlægges og iværksættes.
- Det bekræftes, at alle personhenførbare data er anonymiseret
- Vælge og afkrydse om forslaget kan anvendes af STPS
- Afslutte og indsende sagen til STPS.

#### **Analyse af middel patientsikkerhedsrisiko**

- Vil ofte omhandle nærvæd-hændelser, hvori der er rigtig meget at lære.
- Start analyse som under lav patientsikkerhedsrisiko
- Ved gennemgang af hændelser med middel patientsikkerhedsrisiko anvendes refleksion-spørgsmål fra hændelsesanalyse, allerhelst i nysgerrig dialog med involverede medarbejdere.
- I analysen identificeres hvilke tiltag/ arbejdsgange, der forebyggede at uth fik forværende konsekvenser for borgeren.
- På baggrund af mønstre, tendenser og den samlede analyse skabes en konklusion, som også omfatter de berørte arbejdsgange med identifikation og prioritering af sikkerhedsbrist/specifikke problemer.
- Analyse, konklusion og handleplan, som kan sikre læring, der kan forebygge at samme utilsigtede hændelse gentager sig opstilles i punktform under 'Analyse og sagsopfølgning' som beskrevet ovenfor.
- Handleplan skal angive, hvem der er ansvarlig for handling/opfølgning, samt en tidsplan.
- Samme gælder, når hændelsen er sket i overgange mellem kommunens sektorer eller mellem de decentrale enheder. Her tages kontakt til sagsbehandler i involveret team og analyse foretages på tværs af teams med henblik på at forbedre arbejdsgange og systemer både lokalt i et team, og generelt i sektor eller kommune. Risikomanager kan evt. involveres.

#### **Analyse af uth med alvorlig patientsikkerhedsrisiko**

- Samme som under lav og middel patientsikkerhedsrisiko
- Varetages af central risikomanager efter samme principper som ovenstående
- Ved gennemgang af hændelser med alvorlig patientsikkerhedsrisiko udvælges relevante systematiske analyseredskaber.
- Risikomanager drøfter/analyserer uth med teamets sagsbehandler på baggrund af alvorlighed, type og aktuelle igangværende indsatser ift behovet for yderligere analyse sammen med medarbejdere.
- Ved vurdering af behov for yderligere analyse, indkalder og faciliterer risikomanager til analysemøder med involverede medarbejdere og relevant ledelsesrepræsentation.
- Risikomanager præsenterer efterfølgende anbefalinger til fremadrettede lærings- og forbedringstiltag, der kan forebygge lignende hændelser.
- Ved uth med dødelig alvorlighedsgrad informeres TL snarest muligt.
- Uth med 'Tværsektorielle hændelser' varetages generelt af risikomanager, som analyserer i samarbejde med risikomanagere i Region Sjælland i den sektorovergang hændelsen er sket i, jfr. Sundhedsaftalen. I DPSD ejes sagen af den sektor, der vurderes at have den største andel af hændelsens problemfelt.

## Vidensdeling – opfølgning

### Team og decentralt niveau

- For at støtte hver enkelt teamleder/enhedsleders overblik over uth'er tilsendes hver måned ledelsesinformation med data fra DPSD. Heri bliver antallet af uth'er, alvorlighedsgrad, DPSD-hovedgruppe – proces – problem, analyseresultater m.v. synliggjort for at give teamleder overblik over de sidste månedernes uth forløb.
- Teamledere/enhedsledere følger udviklingen i antallet og effekt af forbedringsindsatser via månedlig ledelsesinformation.
- Der skal evalueres og følges op på analyseresultater, samt følges op på positive og eventuelle negative effekter af forbedringstiltag.
- Teamledere/enhedsledere sikrer at utilsigtede hændelser og iværksatte læringstiltag skal formidles til medarbejdere og drøftes på lokale team-møder.
- Uth'er anvendes jævnligt som vidensdeling i læringsperspektiv på fælles enhedsledermøder
- Uth-ledelsesinformation skal jævnligt indgå som punkt på ledelsesmøder mhp vidensdeling.

### Sektor- og kommuneniveau

- Afrapportering af *Patientsikkerhed – uth – læring*. Risikomanager udarbejder hvert år inden 1.4. en årsrapport berørte sektorchefer. Årsrapport offentliggøres via Intra, ved fremlæggelse for enheder og team, samt præsenteres for politisk udvalg
- Gennemførelse af forebyggende tiltag og formidling af læring af hændelserne skal koordineres organisationens øvrige strategi; fx fokusområder, lokale projekter og andre risikovurderede tiltag.

### Tværasektorielt niveau

- Jfr. Sundhedsaftalen i Region Sjælland sker vidensdeling gennem klynger organiseret omkring det nærmeste sygehus med omliggende kommuner.

## 4. Kvalitetsovervågning

Uth-systemet kan levere forskellige typer af kvalitetsovervågning i form af rapporter. Rapporterne sættes op af Risikomanager/Patientsikkerhedskoordinator.

## 5. Risikomanager/Patientsikkerhedskoordinator – ansvar, rolle og funktioner

Risikomanager/Patientsikkerhedskoordinator understøtter de tre sektorer: Børn og Familie, Social og Arbejdsmarked, Ældre & Sundhed, og sker gennem følgende:

### Kontrolfunktion

- Kontrolfunktion mht. datakvalitet; dvs. at sagerne i DPSD behandles korrekt og at de lovmæssige krav om tidsfrister og anonymisering i DPSD overholdes, samt stikprøvekontrol af slettede/afviste hændelser i Lolland Kommune.

### Introduktion og opkvalificering af uth-sagsbehandlere

- Introduktion til nye uth-sagsbehandlere samt fortsat fastholdelse af sagsbehandlerfærdigheder.

### Kvalitetsovervågning – samlet for alle sektorer

- Gennemgang og analyse af data med fokus på mønstre og tendenser til brug for ledelse på sektorniveau.
- Sikre og drøfte analyserede fund, beskrevet i uth-ledelsesinformation med team- og enhedsledere.

### Facilitering af uth-analyser

- Tovholder på analyser med alvorlig patientsikkerhedsrisiko, samt af hændelser i Patientovergange (tidligere Tværasektorielle hændelser).
- Sparringspartner for sagsbehandlere og teamledere ift uth med lav eller middel patientsikkerhedsrisiko
- Udarbejde specifikke analyser med formidling af resultat til Teamleder- og Team Ledelses niveau.

### Vidensformidling, rådgivning og sparring

- Formidling af OBS meddelelser og nyheder fra Styrelsen for Patientsikkerhed, Fagligt Forum og Dansk Selskab for patientsikkerhed.
- Vidensdeling af utilsigtede hændelser og læringstiltag på tværs.

- Påpege behov samt understøtte sundhedsfaglige og sundhedspædagogiske læringstiltag mhp øget faglighed og sikre arbejdsgange. Dette kan ske på ledelsesniveau og medarbejderniveau.
- Indgå i Æ&S kvalitetsteam med fokus på patientsikkerhed i kvalitetsarbejdet

### Årsafrapportering – uth-ledelsesinformation – anbefaling til læringstiltag

- Årsafrapportering ift uth-arbejdet med antal /udvikling af uth over tid og sted med fordeling på hovedområder og alvorlighedsgrader, rapportering af mønstre og tendenser, iværksatte forbedringstiltag og effekter. Herunder påpege specifikke forbedringspotentialer vedrørende patientsikkerhed.

### Eksternt samarbejde

- Samarbejde med risikomanager på sygehus og omkringliggende kommuner
- Deltage i erfagrupper med risikomanager fra kommuner, region, almen praksis og apotek

## 6. Ansvar og organisering

- **Initialmodtager af rapporter:**

Administrativ medarbejder Center for Social Service, Risikomanager Stab Ældre & Sundhed

- **Adgang til, og support vedr. den tekniske og funktionelle brug af DPSD:**

'IT-gruppen POB' Stab Ældre & Sundhed, SEB-administrator 'Økonomi og Udvikling'

- **Opsætning af uth-ledelsesinformation:**

Analyse- og systemkonsulent Stab Ældre & Sundhed, Risikomanager/Patientsikkerhedskordinator Stab Ældre & Sundhed

- **Overblik over kommunens utilsigtede hændelser, analyser, ledelsesinformation samt afrapportering: Risikomanager/Patientsikkerhedskordinator Stab Ældre & Sundhed**

- **Rapportering, læring, vidensdeling, implementering og opfølgning på læringstiltag:**

Medarbejdere, visitatorer og ledere i Lolland Kommune.

## 7. Referencer

- Sundhedsloven; Kapitel 61 §§ 198-202; [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/da/Sundhedsloven)
- Autorisationsloven; Kapitel 6 §§ 17-20; [Autorisationsloven \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/da/Autorisationsloven)
- Styrelsen for Patientsikkerhed – Utilsigtede hændelser; [Utilsigtede hændelser - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](https://stps.dk/da/Utilsigtede-haendelser)
- Lolland Kommunes 'Diagram over organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Lolland Kommune', Intra – Patientsikkerhed – Lovgivning – Retningslinjer m.v.

### Bilag

- 1) Alvorligheds kategorier
- 2) Patientsikkerhedsrisiko
- 3) Rapportering af uth
- 4) Registrering af samlerapportering for Fald og Medicin ikke givet
- 5) Hændelsestyper - DPSD-hovedgrupper

## Bilag 1) Alvorligheds kategorier

Nye alvorligheds kategorier			
Ingen/ukendt konsekvens	Lettere/moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Dødelig konsekvens
<p>Utilsigtet hændelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• som ikke medførte eller bidrog til konsekvenser for patienten</li> <li>• som blev afværget ("nærved-hændelser")</li> <li>• hvor det på rapporteringstidspunktet er ukendt, om hændelsen får konsekvenser for patienten.</li> </ul>	<p>En lettere/moderat konsekvens for patienten kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontakt til praktiserende læge</li> <li>• lettere behandling eller pleje (fx ekstra medicin-administration)</li> <li>• observation (fx blodtryk)</li> <li>• prøver/undersøgelser eller gentagelse heraf</li> <li>• kortvarig psykisk eller social støtte til patienten.</li> </ul>	<p>En alvorlig konsekvens kan fx være permanent, livstruende eller betyde tab af funktionsevne og/eller livskvalitet. Den kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• betydelig øget og/eller forlænget behandling eller pleje</li> <li>• indlæggelse/genindlæggelse</li> <li>• akut livredning</li> <li>• længerevarende eller permanent sygemelding.</li> </ul>	<p>Utilsigtet hændelse, som medførte eller bidrog til en patients død.</p>

## Bilag 2) Patientsikkerhedsrisiko


Faktisk konsekvens	Mulig konsekvens	Samlet alvorligheds kategori
Ingen/ukendt	+ Ingen/ukendt ▶	Lav patientsikkerhedsrisiko
Ingen/ukendt	+ Lettere/moderat ▶	Lav patientsikkerhedsrisiko
Ingen/ukendt	+ Alvorlig ▶	Middel patientsikkerhedsrisiko
Ingen/ukendt	+ Dødelig ▶	Høj patientsikkerhedsrisiko
Lettere/moderat	+ Lettere/moderat ▶	Lav patientsikkerhedsrisiko
Lettere/moderat	+ Alvorlig ▶	Middel patientsikkerhedsrisiko
Lettere/moderat	+ Dødelig ▶	Høj patientsikkerhedsrisiko
Alvorlig	+ Alvorlig ▶	Høj patientsikkerhedsrisiko
Alvorlig	+ Dødelig ▶	Høj patientsikkerhedsrisiko
Dødelig	+ (Vises ikke) ▶	Høj patientsikkerhedsrisiko

## Bilag 3) Rapportering af uth


Rapportøren udfylder rapportformular i DPSD:

- Oplysninger om borger.
- Overskrift – brug et enkelt ord fx Behandling og pleje, Medicin, Fald, Udskrivning, Infektion osv.
- Hændelsesbeskrivelse gerne i punktform.  
Skriv ikke navne, CPR-nr. eller andre personhenførbare oplysninger. Undgå interne forkortelser og begreber.  
En god beskrivelse indeholder:
  - Hvad skete der før, under og efter hændelsen?
  - Hvilke konsekvenser havde hændelsen?
  - Eventuelle øvrige kommentarer.
- Forslag til forebyggelse.
- Hvor alvorlig var hændelsen? Ud fra alvorlighedskategori vælges både den faktisk og mulig konsekvens, hvorefter alvorlighedsgraden bekræftes (Bilag 1+2)
- Vælg hændelsestype - DPSD-hovedgruppe, så godt som det passer til hændelsen (Bilag 5)
- Oplysninger om hændelsen
  - Lokationsopslag – Enhedstype vælges ud fra drop-down-menu. Hvis teamets navn ikke er at finde: Vælg 'kan ikke fremsøges'.
  - Hvor skete hændelsen? Fremsøg stedet for læring via valgmuligheder. Private leverandører kan ikke fremsøges og skal derfor registreres manuelt under Stednavn.
  - Hvis hændelsen er opdaget et andet sted end den skete, eller der er flere steder involveret i forløbet angives det som Involverede lokationer, herunder den rolle den involverede lokation havde i hændelsen. Rollen kan være et af følgende: Patientovergang – Opdagelsessted – Andet.
  - Hvis lægemidler, medicinsk udstyr var en væsentlig del af, at hændelsen skete, fremsøges disse.
- Kontaktoplysninger udfyldes med rapportørens arbejdsmail og formular indsendes.

## Bilag 4) Registrering af samlerapportering for Fald og Medicin ikke givet

STYRELSEN FOR PATIENTSikkerhed		Lollandkommune					
<b>Stednavn/team:</b> _____							
<b>Registrering af utilsigtede hændelser (UTH) – "Fald"</b> 							
I skemaet registreres fald, der kan kategoriseres under: Ingen skade = Der er ingen konsekvenser for borger. Mild skade = Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.							
Alle andre UTH'er skal rapporteres via <a href="http://www.stps.dk/uth">www.stps.dk/uth</a>							
Måned: _____ År: _____							
Skema-nummer (hvis der er flere skemaer i samme måned): _____							
<b>Fysiske forhold bl.a.:</b> Indretning, inventar, møbler, gulve, dærmåte, tøj der ligger i vejen, belysning, træningsredskaber, hjælpemidler.		<b>Fysiske forhold bl.a.:</b> - Borgers opfattelse af eget funktionsniveau mentalt og fysisk. - Borger påvirket af rusmidler/alkohol/medicin.					
		<b>Andet bl.a.:</b> Medarbejdernes manglende opmærksomhed og vurdering af borgers aktuelle funktionsniveau og/eller samlede helbredsstatus.					
Nr.	Borgers fornavn eller initialer	Dato/tid for faldet		Omstændigheder: Sæt kun ét kryds			Bemærkninger (dette erstatter ikke dokumentationen i KMD Nexus)
		Dato	Tid	Fysiske forhold	Fysisk formåen	Andet	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

STYRELSEN FOR PATIENTSikkerhed		Lollandkommune					
<b>Stednavn/team:</b> _____							
<b>Registrering af utilsigtede hændelser (UTH) – "Medicin ikke givet"</b> 							
I skemaet registreres "medicin ikke givet", der kan kategoriseres under: Ingen skade = Der er ingen konsekvenser for borger. Mild skade = Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.							
Alle andre UTH'er skal rapporteres via <a href="http://www.stps.dk/uth">www.stps.dk/uth</a>							
Måned: _____ År: _____							
Skema-nummer (hvis der er flere skemaer i samme måned): _____							
<b>Fast medicin:</b> Medicin, der kan dispenseres (ophaldest) i dosisskuffer/poser eller medicinsker.		<b>Andre dispenseringsformer:</b> Fast medicin, der ikke kan dispenseres (ophaldest) i dosisskuffer/poser eller medicinsker, fx dråber, salve, insulin eller Prædax.					
		<b>Andet:</b> Kan fx være engangsordination og pr-medicin (efter behov).					
Nr.	Borgers fornavn eller initialer	Hvornår skulle medicinen være givet?		Omstændigheder: Sæt kun ét kryds			Bemærkninger (dette erstatter ikke dokumentationen i KMD Nexus)
		Dato	Tid	Fast medicin	Andre dispenseringsformer	Bevægelse	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							



## Bilag 5) Hændelsestype - DPSD-hovedgruppe

DPSD-hovedgruppe: Her skal du vælge, hvilken hovedgruppe hændelsen handler om. Du kan kun vælge én hovedgruppe, så du skal vælge den, du vurderer, er den primære. Du vil efterfølgende skulle vælge to undergrupper til din valgte hovedgruppe.

\* [?]

<input type="radio"/> Behandling og Pleje	<input type="radio"/> Selvskade og selvmord
<input type="radio"/> Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	<input type="radio"/> Blod og blodprodukter
<input type="radio"/> Infektioner	<input type="radio"/> IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.
<input type="radio"/> Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	<input type="radio"/> Gasser og luft
<input type="radio"/> Overlevering af information, ansvar, dokumentation	<input type="radio"/> Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.
<input type="radio"/> Prøver, undersøgelser og prøvesvar	<input type="radio"/> Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr
<input type="radio"/> Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	<input type="radio"/> Anden utilsigtet hændelse
<input type="radio"/> Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	