

Årsrapport utilsigtede hændelser 2014



Social- og Sundhedsafdelingen
Varde kommune

Indhold

Indledning.....	3
Formålet med rapporteringen af UTH.....	3
Hvad er en utilsigtet hændelse og hvornår rapporteres.....	3
Organisering af arbejdet med UTH.....	5
Patient pårørende spor	6
Fokus for UTH arbejdet i 2014.....	6
Statistik - rapporterede hændelser fra 2014.....	6
Fordelt på alvorlighed 2014.....	7
Tendenser fra 2014, som skal tages med ind i 2015	11
Fokus for 2015	11
Bilag	12
Statistikker for 2013	13

Indledning

Varde kommune har ifølge *Sundhedsloven* været forpligtiget til siden 1. september 2010, at rapportere, analysere og drage læring af de utilsigtede hændelser (UTH), der relaterer sig til *sundfaglige* ydelser efter Sundhedsloven. De første 2 år har været en indkøringsperiode. Det har været en implementeringsperiode, hvor den nye opgave skulle indarbejdes i hverdagen.

Der rapporteres fra sundhedsområderne: den kommunale tandpleje, Center for Sundhedsfremme, hjemmeplejen hjemmesygeplejen, misbrugsbehandling, plejeboliger, sociale botilbud, sundhedsplejerske, tilbud til borgere med handicap og træning.

I Vejledning nr. 67 af 14/07/2010 fremgår det at alle der selv er impliceret i en UTH, eller observerer en UTH eller efterfølgende bliver opmærksom på at der er sket en UTH der er forpligtiget til at rapportere.

Kommunerne er forpligtiget til at rapportere alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med medicinering og sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for borgeren. Derudover er patientuheld og infektioner rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.

Der blev i 2014 i alt rapporteret 182.643 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Heraf er de 104.538 sager fra Kommunerne Patientombuddet modtog samlet 2.248 flere rapporter i 2014 end i 2013. Stigningen skyldes primært flere rapporter fra praktiserende læger og personale i regionale botilbud (Patientombuddet marts 2014).

Det er muligt at rapportere alt hvad der kan skabe læring til at mindske antallet af patientuheld og derved også mindske udgiften til sundhedsvæsnen i forbindelse med behandling og genindlæggelser.

Det vigtigt, at der sker læring af de hændelser der rapporteres for at højne sikkerheden. Det er derfor ikke nok blot at rapportere, men også at opbygge sikkerhedssystemer og indføre arbejdsgange, der forebygger og "fanger" hændelsen før den sker.

Som det vil fremgå af rapporten er der dannet en moden sikkerhedskultur i de første år. Dette skal ses i forhold til den stigning og opfølgning, der har været i rapporteringen af hændelserne.

Rapporten er udarbejdet i et samarbejde mellem risikomaneger og sagsbehandlerne for UTH

Formålet med rapporteringen af UTH

Formålet med rapporteringen af UTH er, at forebygge at der sker fejl og skader /utilsigtede hændelser, når borgeren/patienten behandles eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsnen.

At fejl skaber læring

Hvad er en utilsigtet hændelse og hvornår rapporteres

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed.

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 ('nær-hændelser'). (Sundhedsstyrelsen 2010)

Sagt med andre ord er en utilsigtet hændelse, når der sker hændelse med en borger, man kunne tænke sig at undgå skete igen. Det handler derfor om at lære af hændelserne og opbygge barrierer, så hændelsen ikke gentager sig. (kilde: SL § 198 stk. 2)

Der er altså tale om hændelser og fejl, der:

ikke skyldes patientens sygdom, er skadevoldende eller kunne have været det, forekommer i forbindelse med behandling/sundhedsfaglig virksomhed, forekommer i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (primært med henblik på apotekerne).

Karakteristika:

I en rapport fra DSI om UT (DSI feb.2010) oplyses om 4 karakteristika ved en hændelse, som er vigtig for, at personalet opfatter den som utilsigtet:

1. At personalet er involveret i hændelsen
2. At det er noget, der ikke sker hver dag
3. At det har konsekvenser for borgeren
4. At det kan forhindres at opstå igen

Der er rapporteringspligt for alle utilsigtede hændelser, der sker i forbindelse med:

- Sektorovergange, dvs. utilsigtede hændelser, der sker i forbindelse med en borgers overgange fra en sektor til en anden, fx ved udskrivning fra behandlingspsykiatrien til eget hjem.
- Medicinering, dvs. utilsigtede hændelser i forbindelse med ordination og håndtering af medicin.
- Infektioner, dvs. alle infektioner, der opstår ved kontakt med sundhedsvæsnet.
- Borgeruheld, fx fald og ulykker.

Andre hændelser er også rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er, at:

- Borgeren dør
- Borgeren får varige funktionstab
- Der skal foregå lægetilkald, indlæggelse eller betydelig udredning- eller behandlingsintensivitet.
- Der for flere borgere er øget plejebyrde eller lettere øget udrednings- eller behandlingsintensivitet

Organisering af arbejdet med UTH

Det er Kommunalbestyrelsens ansvar, at kvaliteten og sikkerheden er i orden for de borgere, der er i kommunens varetægt. Det er ledelsen på den enkelte institution, der skal sikre, at de medarbejdere, som får uddelegeret ansvaret også har de nødvendige kompetencer til at varetage dette. Ligeså at der foregår den foreskrevne dokumentation.

Med lov om udvidet patientsikkerhed, nr. 288 af 15. april 2009, nedsatte Varde Kommune en bredt dækkende projektgruppe, som havde til opgave at omsætte det omfattende materiale til praksis, samt sikre implementering i de berørte institutioner på såvel Sundheds- og Ældreområdet, Special- og Socialområdet, Sundhedsplejen og den Kommunale Tandpleje.

Opgaven er forankret med en såkaldt risikomanager i Social- og Sundhedsafdelingen for at sikre sammenhæng og helhed i opgaven. Risikomanagerne, som hovedansvarlig at sikre en organisation, som kan håndtere rapporteringen, analyse og opfølgning af UTH, har et tæt samarbejde med de lokale sagsbehandlere for UTH. Sagsbehandlerne (18 i alt) er repræsentanter fra børnetandplejen, sundhedsplejen og botilbud under socialpsykiatrien, plejecentre, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen

Risikomanageren vurderer om det er en UTH som hele Varde Kommune kan drage læring af. Hvis det vurderes sættes et generelt fokus for forbedringsindsats. Hvis der ikke er fælles læring sendes rapporten af sted til sagsbehandleren.

Generelt er den enkelte leders ansvarlighed stor, når det handler om opfølgning på fejl – UTH. Det er ideelt at langt de fleste sagsbehandlere også varetager ledelse, hvor viden og indsigt fra arbejdet med UTH.

Sundhedsstyrelsen har konkluderet, at medicinering savner plan og systematik (Kilde: Tilsyn med medicineringen på landets botilbud, plejecentre og plejehjem 2012). En erkendelse i Varde Kommune "har taget til os" ved at sætte en målsætning om at arbejde mere struktureret – og med en større systematik i opfølgning på og forebyggelse af fejl på tværs af ledelsesområderne i såvel sundhedsområdet som special-/socialområdet, hvor der ydes indsatser efter sundhedsloven.

Fra områder beretter man om, hvordan man arbejder med UTH og læring. Et område fortæller hvordan UTH arbejdet struktureres på en måde, der understøtter den lærende kultur:

"Vi har organiseret arbejdet med UTH, så der er faste punkter på: Gruppemøder, Ledermøder og MED møder. Det giver den røde tråd i forhold til analysen.

Teamlederne har fået en tilrettet model af den oprindelige hændelsesanalyse, som de kan vælge at bruge i grupperne".

Vedr. indrapportering og sagsbehandling fortæller man fra et område:

"Indtil nu har teamlederne indrapporteret hændelsen sammen med medarbejderen – det har betydet en høj grad af opmærksomhed (ledelsesopbakning), en god læringsituation og et godt fundament til

hændelsesanalysen i grupperne. Det er også en tidskrævende model og vi tænker på sigt, at det personale, der opdager fejlen selv skal stå for indrapporteringen.

Én af vore projektsygeplejersker har været / er på vej rundt med undervisning i alle grupper. Undervisningen er målrettet medicininstruksen (som jo så inden længe bliver revideret..) og også procedurerne omkring UTH.

Sagsbehandlingen samles ca. hver 2.-3. måned. I forbindelse med sagsbehandlingen udarbejdes et skriv med en 'manuel' opgørelse (håber det på sigt løses af rapporterne fra DPSD), tendenser og udviklingspunkter, som teamlederne får til deres videre arbejde med UTH i grupperne”.

Patient pårørende spor

Fra efteråret 2011 kunne patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser. I den forbindelse har der, på et af ældre- og integrationsrådets møder været information om, hvad en utilsigtet hændelse er samt, hvordan man kan rapportere det, så sundhedsvæsnet kan drage læring af det. Der er rapporteret 2 utilsigtede hændelser i 2014 fra patienter/pårørende.

Fokus for UTH arbejdet i 2014

I 2014 har UTH koncentreret sig om at forbedre beskrivelserne i rapporteringen, analyse samt afprøve lokale metoder til forbedringer. Tværgående har fokus været rettet mod at arbejde systematisk og struktureret med såvel metoder til forbedringer samt en bredere implementering af disse.

Kvaliteten i rapporten er blevet bedre. Der er ledelsesmæssig opfølgning på UTH'erne. UTH rapporterne er blevet mere mangfoldige og mere komplekse

UTH arbejdet har en tæt sammenhæng med kvalitets opfølgning på bemærkningerne fra Sundhedsstyrelsens tilsyn på plejecentrene (de såkaldte embedslægetilsyn)

Statistik - rapporterede hændelser fra 2014

Der er samlet, fra Varde kommune rapporteret 465 utilsigtede hændelser i 2014. I 2013 var tallet 786. antallet af rapporterede UTH'ere siger ikke i sig selv noget om patientsikkerheden.

Det viser sig at 1 ud af 10, der er i forbindelse med sundhedsvæsnet bliver påført en skade/utilsigtet hændelse. De utilsigtede hændelser har økonomiske konsekvenser for sundhedsvæsnet, men også for den enkelte borger/patient.

Således siger faldet i rapporterede hændelser fra 2013 til 2014 ikke noget om det totale antal UTH'ere. Det kan lige såvel være et udtryk for at fokus er flyttet fra *at rapportere* til *at analysere og arbejde med forbedringsindsatser for at styrke borgersikkerheden*.

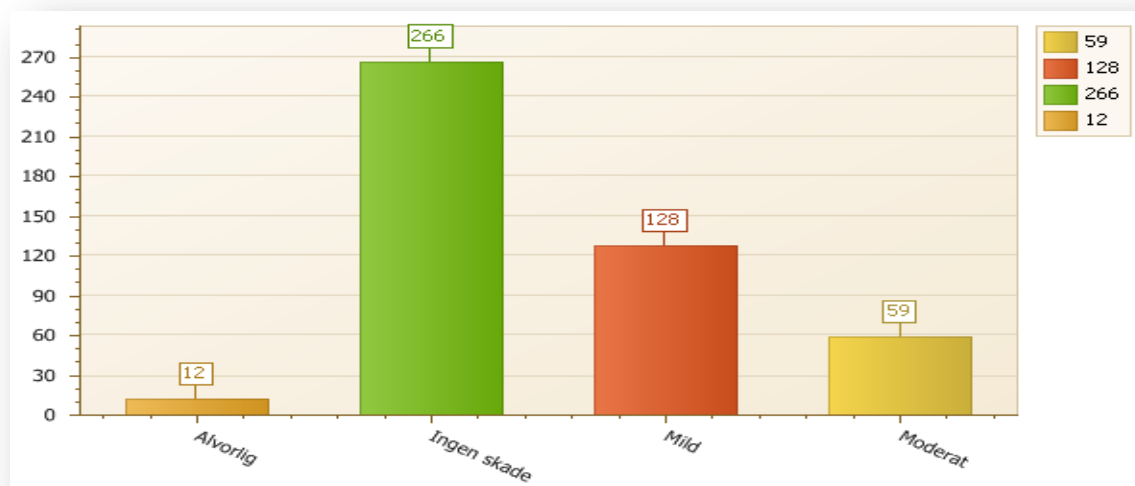
Vi har endnu ikke antallet for 2014 for hele landet, men i 2013 blev der rapporteret 104.420 UTH på det kommunale område. Der er afvist og slettet 6 rapporteringer, da det enten ikke har været en utilsigtet hændelse eller den har været mangelfuld oplyst, så det ikke har været muligt at drage læring af.

Størstedelen af hændelserne drejer sig om *medicin*. I slutningen af året fylder de tværsektorielle hændelser meget.

For at få alle afsluttede sager fra 2014 med, er statistikkerne trukket den 23.2.2015

Opgørelser er fordelt på alvorlighed, location og WHO klassifikation

Fordelt på alvorlighed 2014



Alle rapportører vurderer alvorligheden af hændelsen. Derved kan der være en fejlkilde i hvordan den enkelte rapportør vurderer alvorligheden. Der kan være enkelte, der f.eks. vurderer at skaden kunne være blevet alvorlig hvis der ikke var blevet handlet på den, mens andre vurderer at der ikke umiddelbart er sket en skade men på sigt kan skaden blive alvorlig.

Karakteren af skaden er ofte "ingen eller ringe skade", selv om den udløsende faktor, kunne have medført "alvorlig skade", hvis den ikke var blevet opdaget og korrigeret. Årsagen kan som oftest generaliseres til primært forglemmelse, distraktion, uoverensstemmelse mellem ordination og den medicing, der er hældt op til borgeren

Hvorfor gik det ikke værre end det gjorde? De begrundelser personalet giver i rapporterne er:

- At et personale har reflekteret - undret sig, og sagt til sig selv "kan det passe"
- At man viser faglig indsigt, haft særlig omtanke
- Der er skærpet opmærksomhed ved implementering af FMK på Sydvestjysk Sygehus
- At der er handlet i overensstemmelse med Instruksen for Medicinhåndtering, eks tælle pillerne ved administration og borger og pårørende reagerer.

Alvorlige uheld i forbindelse med håndtering af blodfortyndende medicin (AK behandling), har betydet ændringer i instruksen for Medicinhåndtering, ligesom Sygeplejen indleder en audit i marts 2015 på AK medicinering. Dette på baggrund af alvorlige UTH'er.

Adskillige ledere har gjort tiltag for at forbedre processerne omkring medicinering. Det være i form af undervisning, lade færre personer varetage opgaven, ændrede procedurer fra at dosere hver anden uge til

at dosere hver uge, whiteboard med magneter og krydser samt opfølgning af UTH analyser på leder- og personalemøder.

Alvorlige uheld er set ved patientuheld som fald. I forlængelse af en faldanalyse beretter man fra et fra et plejecenter:

”Problemet var hovedsageligt fald fra seng. Vi indkøbte en trådløs sensor med mobiltelefon. Sensoren alarmerer, når beboeren flytter sig mm. Og alarmerer på mobilen. Løsningen har været effektiv, og har minimeret faldene i væsentlig grad”.

Et eksempel på en forbedringsindsats som kommer ikke kun en beboer til gode, men flere.

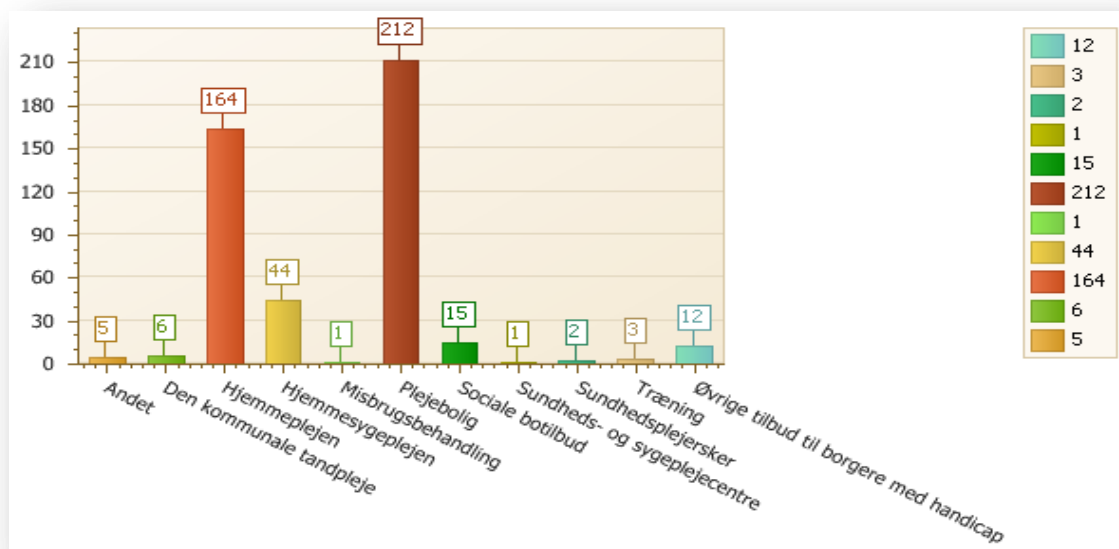
Mild skade er defineret som en forbigående skade der ikke kræver behandling eller øget plejeindsats. Det kan være, der hvor der er glemt at give f.eks. sovemedicin og borgeren har været vågen hele natten eller der, hvor der har været fald med lette smerter

Den moderate skade er defineret som skade der kræver indlæggelse eller behandling hos egen læge eller øget plejeindsats

Den alvorlige skade er permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats. Fald med lårbensbrud, og fejl i AK-behandlingen kan være i denne kategori

Dødelig skaden forårsagede døden for patienten

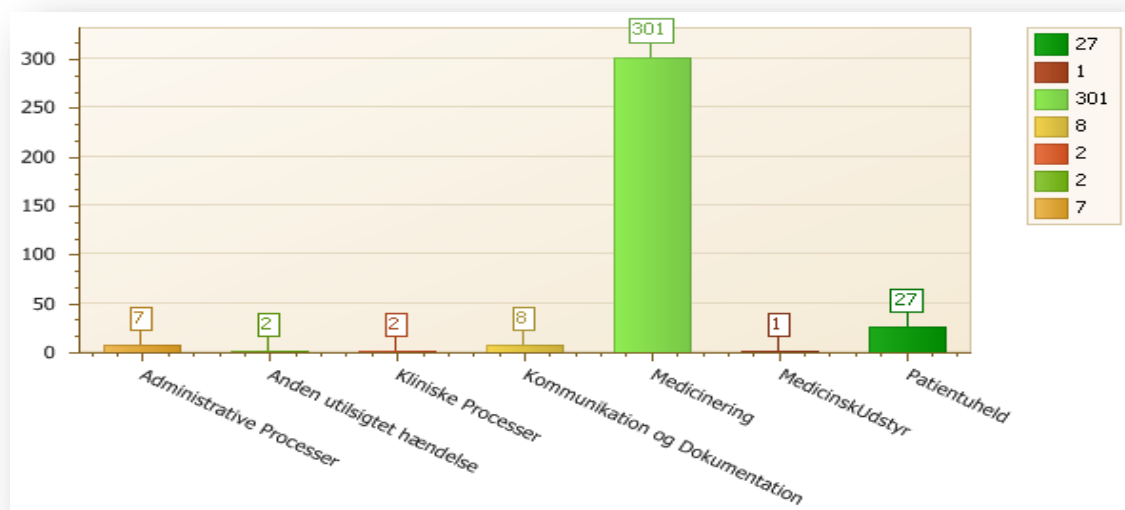
Fordelt på location 2014



Som det fremgår af figuren rapporteres der flest hændelser fra hjemmeplejen og plejeboliger. Dette er naturligt da det er dette område, der leverer de fleste ydelser til borgerne efter Sundhedsloven. Det er ikke

muligt på nuværende tidspunkt at udarbejde statistikker på institutionsniveau, da kommunens organisationsdiagram ikke er indarbejdet i rapporteringssystemet DPS2. I 2015 vil der blive foretaget en manuel registrering på institutionsniveau.

Fordelt på WHO klassifikation 2014



Alle sager om UTH skal tildeles en WHO klassifikation af sagsbehandlere inden de afsluttes og indsendes til patientombuddet. En UTH kan tildeles flere WHO klassifikationer

Definitionerne på klassifikationerne er:

Administrative processer: Den administrative proces foregår typisk uden patientens tilstedeværelse og vil ofte være relateret til patientens ophold eller forløb i sundhedsvæsenet.

Kliniske processer: Her vil sundhedspersonen have direkte kontakt med borgeren/patienten. Dette omfatter hændelser i forbindelse med sundhedsydelse, fx sygdomsopsporing, udredning, behandling, genoptræning og terapi.

Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation: Dette omfatter mange forskellige patientspecifikke dokumenter og håndtering af disse, herunder brist i kommunikationen.

Medicinering: Dette omhandler alle faser i medicinhåndteringen fra ordinationen er givet til patienten/borgeren har indtaget medicinen.

Gasser og luft til medicinsk brug: Dette omfatter primært gasser til respiratorbrugere, inhalationsterapi og anæstesi.

Infektion: Denne klassifikation anvendes, hvis infektionen opstår i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet herunder f.eks. blodforgiftning, mave-tarminfektion og lungebetændelse.

Medicinsk udstyr: Herunder klassificeres de hændelser, der opstår ved anvendelse af medicinsk udstyr til

behandling og diagnostik. Det kan være ved svigt i selve udstyret samt fejlanvendelse.

Patientuheld: Dette omhandler, hvis patienten/borgeren kommer ud for f.eks. et fald eller en brandskade.

Bygninger og infrastruktur: Dette anvendes, hvis hændelsen er opstået i forbindelse med fysiske rammer, transport eller brand og røgudvikling.

Individ, team og organisation: Dette omfatter hændelser, hvor det er fumlefejl, rutineovertrædelser, menneskelige ressourcer f.eks. uddannelse eller mangel på samme, der er årsag til hændelsen.

Selvskade, selvmordsforsøg eller selvmord: Omfatter hændelser hvor patienten/borgeren påfører sig selv en skade, og hvor der fremadrettet kan ske en forebyggende indsats,

Anden utilsigtet hændelse: Er de hændelser som ikke kan kategoriseres andre steder.

I Varde Kommune er det sagsbehandlerne der kategoriserer hændelserne ud fra den beskrivelse der er i hændelsesforløbet.

Tværasektorielle hændelser – kommune og sygehus

Sager rapporteret i kommunen, men opstået i sygehus regi, skal overdrages og sagsbehandles ved det pågældende sygehus. Derfor indgår disse sager ikke i årsrapporten.

Hvilke fejl er det så vi ser – hvad siger man i praksis

- *Tværasektorielle fejl, som fejl i doseret medicin ved udskrivning og forkerte medicinlister, og mangelfulde oplysninger ved udskrivning.*
- *Der er ordineret, ændret eller slettet medicin, som egen læge ikke er vidende om. Samtidig kan der i udskrivningsrapporten ved medicin stå: "ingen ændringer"*
- *Medicin listen stemmer ikke*
- *Diskrepans mellem medicinoplysninger ved sygehuse, praktiserende læge og VK*
- *Sidedoseringer, ikke givet*
- *Medicin generelt*
- *Ak medicin i flere afskygninger: * dispenseret sammen med anden medicin, pt. har fået for lidt eller for meget i dosis, "glemt" pause, (sidste hyppigt)*
- *Dosisdispensering ikke effektueret*
- *Der er givet både dosisdispenseret og manuel dispenseret*
- *Information fra praktiserende læge mangler, eks medicin ord. for infektion og depression*
- *Smertepaster, forkert dosis og glemt at skifte plastreret iht. ordination*

Tendenser fra 2014, som skal tages med ind i 2015

At vi skal have stor opmærksomhed på tværsektorielle UTH. Det gælder såvel mellem sygehus og kommune, som mellem kommunale enheder. Hændelserne peger på, at ændringer i behandling og ordination eller flytning af patient / borger, udfordrer kommunikationsvejene, og det er ofte manglende eller ufuldstændig information, som fører til hændelserne.

Fokus for 2015

Fokus	Bemærkninger og forsalg
1. Ledelsesspor – læring, kvalitet, og rapporter med ledelses information	<ul style="list-style-type: none">*Ledelsesinformation hvert kvartal. Der udsendes rapporter fordelt på antal hændelser på:<ul style="list-style-type: none">➤ Location➤ Alvorlighed➤ WHO klassifikationer➤ Hændelsesart fordelt på sagsbehandlerområde* Møder med sagsbehandlere for UTH* Særligt fokus på:<ul style="list-style-type: none">➤ Tværsektorielle UTH - FMK➤ Fald➤ Infektioner➤ UTH på rehabiliteringsafdeling og UTH
2. Innovationsspor	<p>I et generelt kvalitets perspektiv, herunder opfølgning på:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ UTH rapporter➤ SST tilsynsrapporter på plejecentrene➤ Nyhedsbreve, temarapporter, og anden information fra Patient ombuddet
3. Redskabsspor	<p>Link til <i>forbedringsmodellen</i> http://www.patientsikkertsygehus.dk/ Her findes forbedringspakker for: <i>fald, medicin-håndtering, infektioner, tryk</i> På hjemmesiden fra Dansk Patientsikkerhed er det også megen god inspiration at hente</p>

Det 3 fokusområder er de samme som Dansk Patient Sikkerhed sætter fokus på bl.a. i deres konference om patientsikkerhed i april 2015.

Arbejdet med fokusområderne for 2015 forestås af UTH sagsbehandlerne og risikomaneger med reference til lederforum.

Gruppen af sagsbehandlere og risikomaneger mødes en gang i kvartalet, hvor der kvartalsrapporten vil blive gennemgået og drøftet. Referat fra møderne findes på sags nr. 14/15528

Bilag

Oversigt på sagsbehandlere for UTH- dok nr. 171386/14

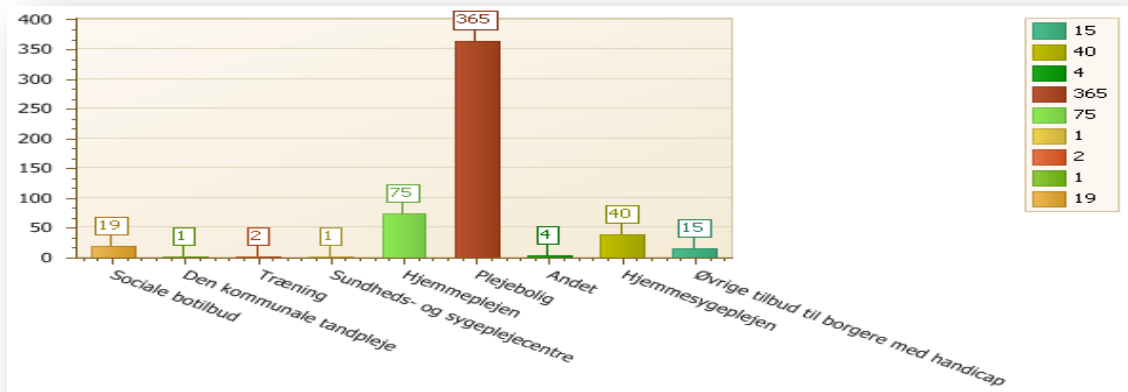
Skabeloner for månedlig / kvartalsvis ledelsesinformation. Dok nr. 10448/15 og 10481/15

DPSD årsberetning 2014, Patientombuddet marts 2014. dok nr 28689/15

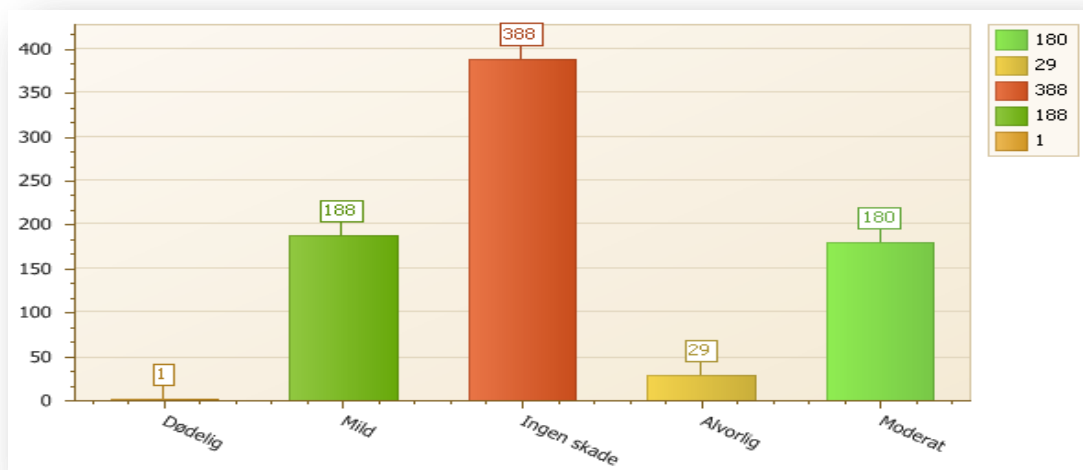
DPSD Årsberetning 2014, Bidrag fra sundhedsvæsenet, Patientombuddet marts 2014. dok nr 28689/15

Statistikker for 2013

Fordelt på lokation 2013



Fordelt på alvorlighed 2013



Fordelt på WHO klassifikationer 2013

