

Utsigtede Hændelser – årsrapport 2015



Social- og Sundhedsafdelingen
Varde kommune

Indhold

Indledning.....	3
Om UTH	3
Formålet med rapporteringen af UTH	3
Hvad er en utilsigtet hændelse og hvornår rapporteres	3
Organisering af arbejdet med UTH	4
Statistik - rapporterede hændelser fra 2015	5
Fokus for UTH-arbejdet	10
Fokus i 2015	10
Fokus i 2016	11
Bilag	12
Bilag 1: Statistikker for 2014	12
Bilag 2: Oversigt over sagsbehandlere.....	14

Indledning

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.

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. I Vejledning nr. 67 af 14/07/2010 fremgår det, at alle der selv er impliceret i en UTH, observerer en UTH eller efterfølgende bliver opmærksom på, at der er sket en UTH, er forpligtiget til at rapportere. Der rapporteres fra social- og handicapområdet, ældreområdet, sundhedsområdet og Børn, Trivsel og Sundhed. En nærmere specificering af områder kan ses i bilag 2.

I 2015 er der på landsplan rapporteret 175.243 sager, hvilket er en stigning ift. både 2014, hvor der blev rapporteret 167.098 sager og 2011, hvor der blev rapporteret 104.420 sager. Stigningen skyldes primært flere rapporteringer fra kommunerne.

Det er muligt at rapportere alt, der kan skabe læring i forhold til at mindske antallet af patientuheld og derved også mindske udgiften til sundhedsvæsnet 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. Der skal også opbygges sikkerhedssystemer og indføres arbejdsgange, der forebygger og "fanger" hændelsen, før den sker.

Om 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 sundhedsvæsnet. Hensigten er, at der skal skabes læring på baggrund af de fejl, der laves.

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 barriere, så hændelsen ikke gentager sig. (kilde: SL § 198 stk. 2)

I en rapport fra DSI om UTH (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 plejbyrde 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 til praksis, samt sikre implementering i de berørte institutioner.

Opgaven er forankret med en risikomanager i Social- og Sundhedsafdelingen for at sikre sammenhæng og helhed i opgaven. Risikomanageren er hovedansvarlig for at sikre en organisation, som kan håndtere rapportering, analyse og opfølgning af UTH og har et tæt samarbejde med de lokale sagsbehandlere (se bilag 2). Risikomanageren vurderer i hver sag, om der er tale om 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.

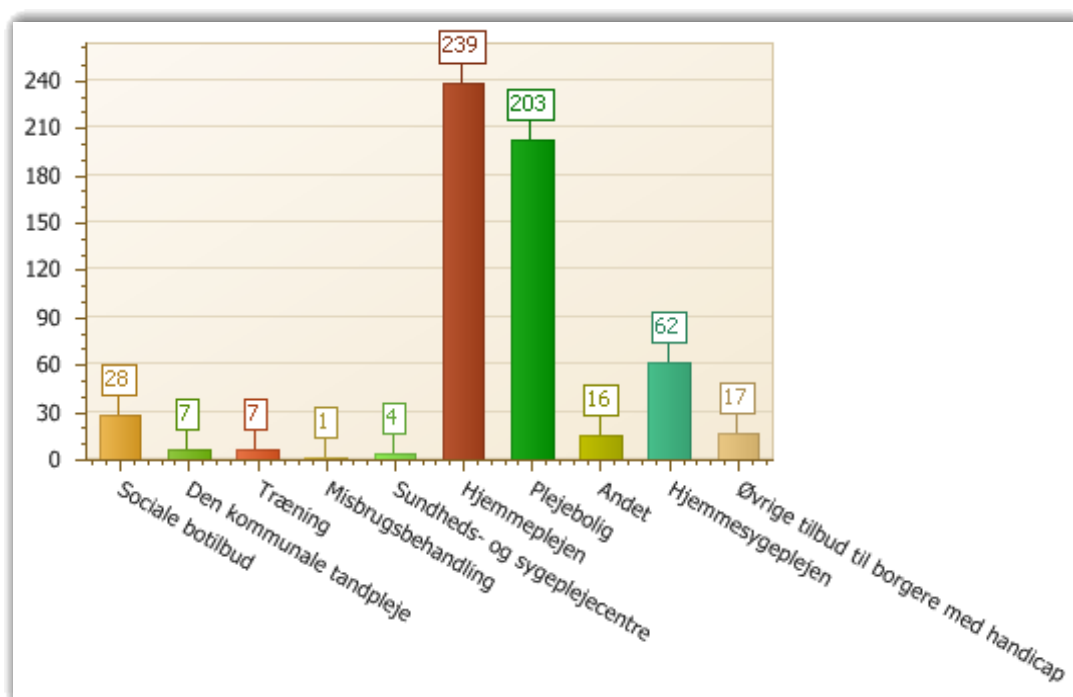
Fra ultimo 2011 kunne patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser.

Statistik - rapporterede hændelser fra 2015

Der er samlet, fra Varde kommune rapporteret 584 utilsigtede hændelser i 2015¹. I 2013 var tallet 786 mens det i 2014 var 465. Antallet af rapporterede UTH'er siger ikke i sig selv noget om det totale antal UTH'er og dermed om patientsikkerheden, men kan lige så vel være et udtryk for, hvor fokus er i det pågældende år.

Nedenfor følger opgørelser over de knap 600 utilsigtede hændelser i Varde Kommune fordelt på en række parametre. I Figur 1 ses UTH fordelt på lokation. Heraf ses, at de fleste hændelser sker i hjemmeplejen, på plejecentre og til dels i hjemmesygeplejen. Dette er naturligt, da det er dette område, der leverer de fleste ydelser til borgerne efter Sundhedsloven. Der er lavet udtræk over UTH på gruppeniveau (stednavn) og fordelt på DPSD hovedgruppe og proces. Oversigten er for omfattende til at indgå i rapporten, men kan tilgås på dok nr. 20409/16.

Figur 1: UTH Varde Kommune fordelt på lokation, 2015



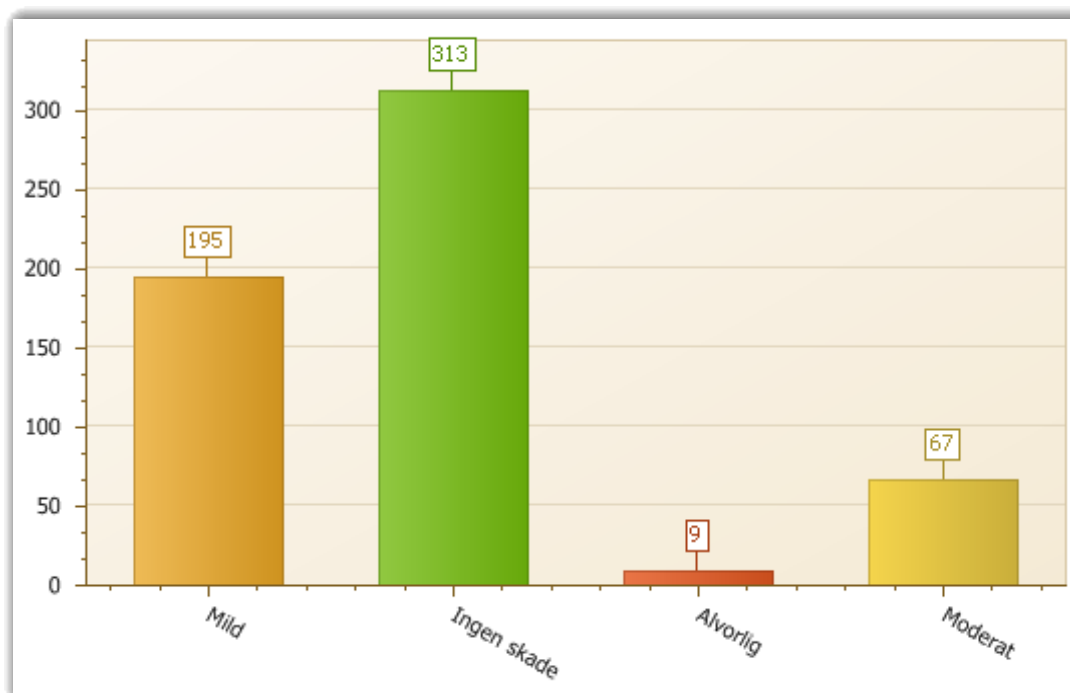
¹ Heraf er 501 lukkede, 61 accepterede, 18 åbne, 1 slettet, 2 afvist og 1 oprettet.

Hændelserne er klassificeret af sagsbehandlerne bl.a. ift. alvorlighed. Graderne af alvorlighed er defineret nedenfor:

- Ingen skade.
- Mild 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
- Moderat er defineret som en skade, der kræver indlæggelse eller behandling hos egen læge eller øget plejeindsats
- Alvorlig er defineret som en permanent skade, der kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats. Fald med lårbensbrud, og fejl i AK-behandlingen kan være i denne kategori
- Dødelig er defineret som en skade, der forårsagede døden for patienten

Figur 2 viser en oversigt over fordelingen på alvorlighed.

Figur 2: UTH Varde Kommune fordelt på alvorlighed, 2015



Af de *moderate* udgør "anden utilsigtet hændelse" 2 UTH, "behandling og pleje" 4 UTH, "patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader" 7 UTH, "overlevering af information, ansvar, dokumentation" 2 UTH, "henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister 1 UTH samt "medicinering herunder væsker" de øvrige 51 UTH.

Af de *alvorlige* udgør "behandling og pleje" 2 UTH, "patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader" 2 UTH mens "medicinering herunder væsker" udgør de resterende 5 UTH.

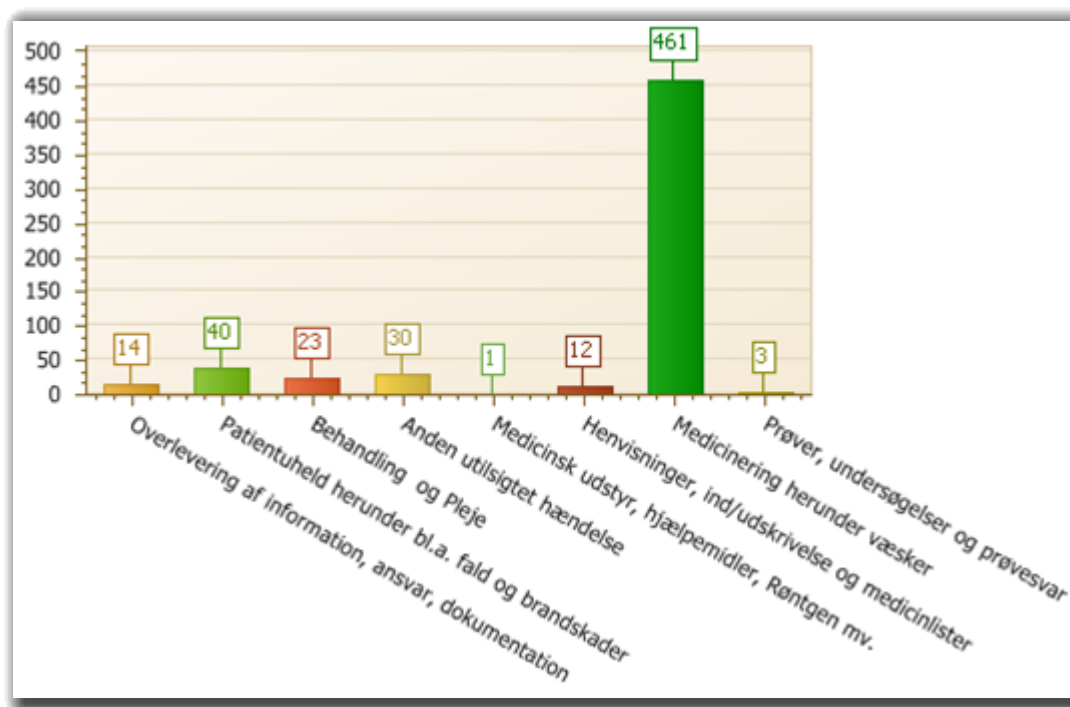
Alle rapportører vurderer alvorligheden af hændelsen. Derved kan der være en fejlkilde i hvordan den enkelte rapportør vurderer alvorligheden. Der kan være enkelte, der f.eks. vurderer at skaden kunne være blevet alvorlig hvis der ikke var blevet handlet på den, mens andre vurderer at der ikke umiddelbart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

Sagsbehandlerne klassificerer ligeledes hændelserne efter DPSD klassifikationssystemet.

Figur 3 viser fordelingen på DPSD hovedgruppe.

Figur 3: UTH Varde Kommune fordelt på DPSD hovedgruppe, 2015



Medicinering herunder væsker Der har i sagsbehandlergruppen været sat fokus på anvende muligheden for at indberette infektioner som en utilsigtet hændelse. Det ses af figur 3, at DPSD-hovedgruppen "Infektioner" ikke har været anvendt.

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.

Ved implementering af FMK, har tværsektorielle utilsigtede hændelser, været i særlig fokus i 2015. Der har været medicinlister, der ikke stemte overens ligesom der har FMK ikke har været ajourført ved udskrivelse af patienter.

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

- Fald – også af alvorlig karakter.
- *Tværsektorielle 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*

Tabel 1 viser hvilke DPSD processer der ligger bag hovedgruppen ”Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader”. Fald er i øjeblikket et fokusområde i Varde Kommune. Der er udarbejdet en faldstrategi og en handleplan er under udarbejdelse. I tabellen indgår 40 UTH i denne hovedgruppe, heraf er 38 fald.

Tabel 1: DPSD hovedgruppe ”Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader” fordelt på DPSD proces, 3. kvartal 2015

DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces			Grand Total
	Anden skade	Fald		
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1	1	38	40

Tabel 2 viser hvilke DPSD processer der ligger bag hovedgruppen med flest UTH'er – "Medicinering herunder væsker". De fleste hændelser sker i forbindelse med administration (udlevering, indgift og indtagelse) samt dispensering (dosering, optælling, blanding).

Tabel 2: DPSD hovedgruppe "Medicinering herunder væsker" fordelt på DPSD proces, 2015

DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces						Grand Total
	Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	Andet	Bestilling, rekvisition	Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	Opbevaring	Ordination, receptkontrol	
Medicinering herunder væsker	328	9	4	110	5	5	461

Tabel 3 og Tabel 4 viser hvilke områder inden for DPSD problem, som administration og dispensering dækker over. I forhold til dispensering handler det meget om forkerte doser mens det for administration i overvejende grad er medicin, der ikke er blevet givet.

Tabel 3: DPSD proces "Dispensering" fordelt på DPSD problem, 2015

DPSD Hovedgruppe	DPSD Problem							Grand Total
	Andet	Fejl eller mangler i medicinlisten	Forkert / manglende antal/mængde	Forkert dosis	Forkert tid/dag (dosispakke/-æske)	Forkerte patientoplysninger	Manglende dosering/blanding	
Medicinering herunder væsker	5	14	37	28	7	1	18	110

Tabel 4: DPSD proces "Administration" fordelt på DPSD problem, 2015

DPSD Hovedgruppe	DPSD Problem										Grand Total
	Andet	Forkert indgift/administrationsvej	Forkert lægemiddel	Forkert patient	Forkert styrke/antal	Forkert tidspunkt	Forkert udleveret	Manglende dokumentation	Medicin ikke givet	Medicin ikke indtaget, herunder fravalg	
Medicinering herunder væsker	5	4	2	5	13	13	11	8	248	19	328

Fokus for UTH-arbejdet

Fokus i 2015

Fokus i 2015 har været at 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.

Dertil kommer fokus på:

- Analyse, opfølgning og læring
- Kvalitets udvikling hvor data fra UTH og embedslæge rapporter indgår
- Implementering af "sikker medicinering" på 11 bosteder. Link til forbedringsmodellen <http://www.patientsikkertsygehus.dk/>
- Forbedringsmodellen er afprøvet på et hjemmeplejeområde
- Ledelsesinformation hvert kvartal. Der udsendes rapporter fordelt på antal hændelser på:
 - Location
 - Alvorlighed
 - DPSD hovedgruppe
 - Hændelser fordelt på stednavn
- Møde med UTH sagsbehandlere
Med særligt fokus på:
 - Tværsektorielle UTH - FMK
 - Fald
 - Tryksår
 - Infektioner
 - UTH på rehabiliteringsafdeling
 - Skærpet opmærksomhed på Analysemetoder for UTH

Fokusområderne er de samme som Dansk Selskab for Patientsikkerhed satte fokus på bl.a. på deres konference om patientsikkerhed i april 2015.

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

Gruppen af sagsbehandlere og risikomanager mødes en gang i kvartalet, hvor kvartalsrapporten drøftes.

Fokus i 2016

Fokus i 2016 er fortsat at have stor opmærksomhed på tværsektorielle UTH. Dette gennem samarbejde i fokuserede arbejdsgrupper mellem SVS, praktislæger, apoteker og kommuner. Ligeledes gennem deltagelse i forskningsprojekter vedrørende optimering af sammenhæng i AK-behandling og behandling med flere lægemidler (polyfarmaci).

Størstedelen af rapporterede UTH er fortsat i forhold til medicin håndtering. Fokus i 2016 vil derfor også være på:

- Projekt "Sikker medicinering" fra implementering til drift på specialområdet
- Projekt "I Sikre Hænder" på ældreområdet og i sygeplejen med følgende indsatsområder:
 - Organisatorisk: Ledelse
 - Organisatorisk: Borger- og pårørendeinddragelse
 - Klinisk: Medicin håndtering
 - Klinisk: Tryksår

Dertil kommer fokus på:

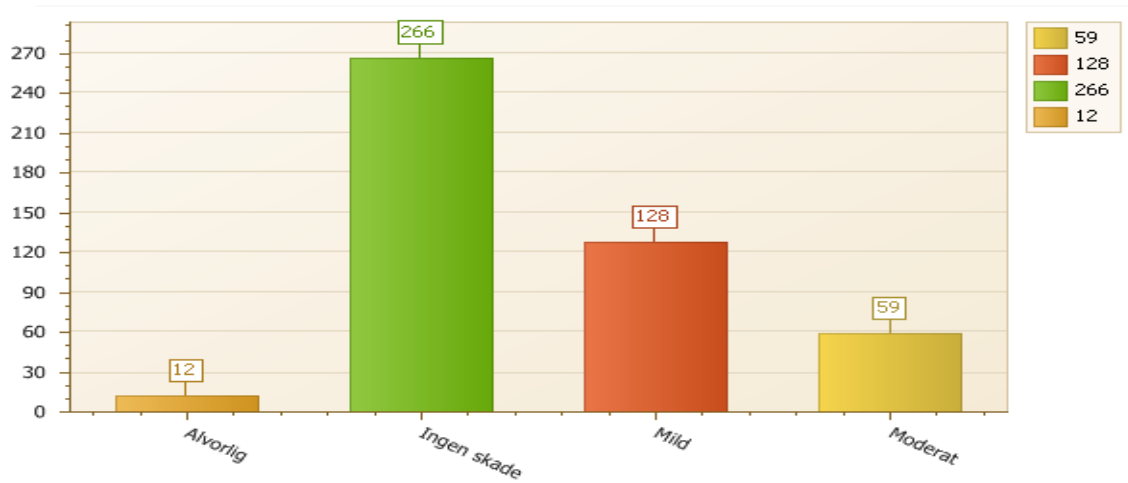
- Organisering ift. hurtigere sagsbehandling
- Forbedring af rapportering og data i DPSD
- Læring og erfaringsudveksling med forbedringsarbejde på tværs i kommunen
- Analyse og læring af "Alvorlige" rapporterede UTH
- Læring af rapporterede UTH ift. "Infektion"
- Rapportering af pårørende og borgere
- Analysemetoder
- Ledelsesinformation hvert kvartal samt 1 gang årligt
- Ledelsesinformation til de enkelte stednavne som løbende feedback

Bilag

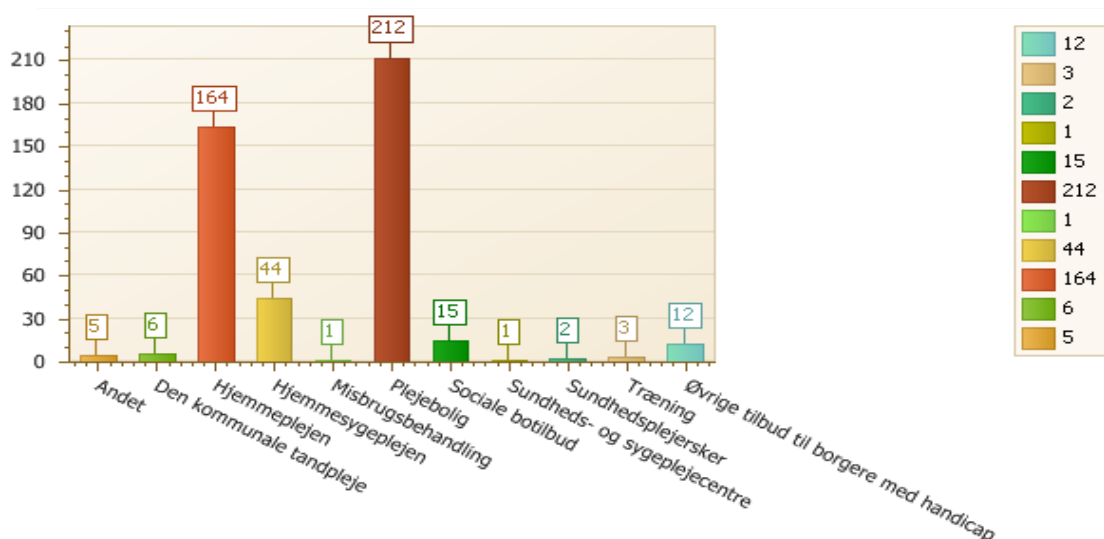
Bilag 1: Statistikker for 2014

Opgørelser er fordelt på alvorlighed, lokation og WHO klassifikation

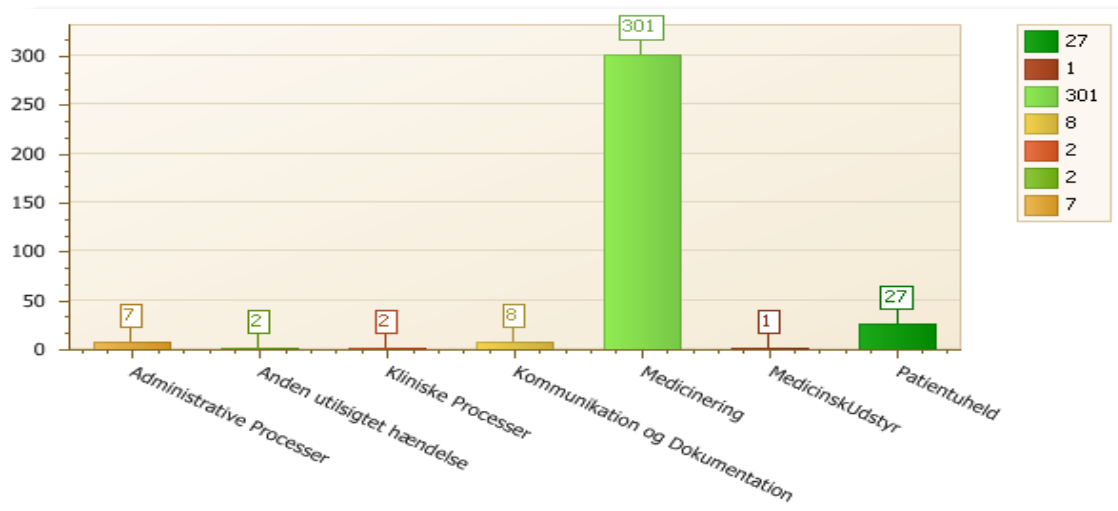
Fordelt på alvorlighed 2014



Fordelt på lokation 2014



Fordelt på WHO klassifikation 2014



Bilag 2: Oversigt over sagsbehandlere

Stednavn	Fuldt navn	Sagsbehandler
CSØLY	Centerområde Syd/Øst Lyngparken	Ann-Christina Dahlgaard
CSØBO	Centerområde Syd/Øst Bofællesskabet Lyngparken	Ann-Christina Dahlgaard
CSØSØ	Centerområde Syd/Øst Søgården	Ann-Christina Dahlgaard
CSØAP	Centerområde Syd/Øst Ansager Plejecenter	Ann-Christina Dahlgaard
CSØSO	Centerområde Syd/Øst Sognelunden	Ann-Christina Dahlgaard
LUND	Lunden	Eva Gregersen
HMVO	Hjemmeplejen Midt/Vest Oksbøl	Margit Kristensen
HMVN	Hjemmeplejen Midt/Vest Nord	Margit Kristensen
HMVM	Hjemmeplejen Midt/Vest Midt	Margit Kristensen
HMVS	Hjemmeplejen Midt/Vest Syd	Margit Kristensen
CMCP	Centerområde Midt Carolineparken	Susanne Meinertz
CM CPR	Centerområde Midt Carolineparken Rehabiliteringsafdelingen	Susanne Meinertz
CMH	Centerområde Midt Helle Plejecenter	Susanne Meinertz
CMT	Centerområde Midt Tistrup Plejecenter	Susanne Meinertz
TRÆN	Træning og Rehabilitering	Mette Mortensen
CFS	Center for Sundhedsfremme	Jeanette Ryan Elbek
VH	Vidagerhus	Birthe Jensen
DGH	De Gule Huse	Birthe Jensen
BO	Bostøtten	Birthe Jensen
SLOT	Slotsgade	Birthe Jensen
HNØØL	Hjemmeplejen Nord/Øst Ølgod udegruppe	Berit Ehmsen
HNØNO	Hjemmeplejen Nord/Øst Nordenskovgruppen	Berit Ehmsen
HNØÅR	Hjemmeplejen Nord/Øst Årre og Hybenbocentret	Berit Ehmsen
HNØLU	Hjemmeplejen Nord/Øst Lundegruppen og Bavnbo	Berit Ehmsen
HNØSI	Hjemmeplejen Nord/Øst Sig-gruppen og Birgittegården	Berit Ehmsen
HNØHO	Hjemmeplejen Nord/Øst Hornegruppen og Hornelund	Berit Ehmsen
CNV	Centerområde Nord Vest	Vibeke Bilstoft
Tandplejen	Tandplejen	Berit Østergaard Nielsen
BTSFYS	Fysio- og ergoterapeuterne (Børn)	Peter Josephsen
Sundhedsplejen	Sundhedsplejen	Peter Josephsen
Sygeplejen	Sygeplejen	Rigmor Kathrine Jensen
BA Lærken	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem)	Rikke Strunge Mizrahi
BA Linden	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem)	Rikke Strunge Mizrahi
BA Egen	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem)	Rikke Strunge Mizrahi
BA Bøgen	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem)	Rikke Strunge Mizrahi
BA midlertidig	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem)	Rikke Strunge Mizrahi
BA FV	Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter (Danske Diakonhjem) Frit Valg	Rikke Strunge Mizrahi
SAMBO	Krogen 5, Østervang 3, Samstyrken Varde, Oksbøl, Ølgod	Naja Schødt Jensen

SAMBØRN	Krogen 3	Naja Schødt Jensen
SAMAFL	Jægumsvej 44, Varde og Vænget 51, Årre	Naja Schødt Jensen