



Årsrapport 2023

Utilsigtede hændelser

Indholdsfortegnelse

Forord

Baggrund

Struktur bag utilsigtede hændelser

Arbejdsgange omkring UTH'er i Odsherred
Kommune

Ændrede alvorligheds kategorisering fra 1. juli
2023

Alvorligheds kategorierne defineres

Opgørelse over UTH'er i 2023

Statistik

UTH fordelt på enheder

Samlet overblik over UTH'er i 2023

Samlet antal samlerapporteringer fordelt på
hændelser

Omstændigheder for medicin

Omstændigheder for fald

UTH'er fordelt på hændelsestyper og alvorlig-
hed

UTH'er med kommune som involveret lokation

UTH'er i et læringsperspektiv

2023 læring og udvikling

Hvad kan vi forvente, at der sker i 2024

Konklusion

Forord

Denne årsrapport sammenfatter Odsherred Kommunes indsats for at skabe større sikkerhed for kommunens borgere, når de omfattes af sundhedsfaglig virksomhed. Med sundhedsfaglig virksomhed forstås blandt andet behandlingsindsatser, forebyggelse af helbredsforringelser samt de behandlinger, der går på tværs af sektorgrænser (fx mellem regions- og kommunens sektorer).

Årsrapporten præsenterer et overblik i omfang af og indhold i utilsigtede hændelser i 2023. Rapporten beskriver det arbejde og udviklingsforløb, der er igangsat omkring UTH-arbejdet, og beskriver endvidere visionen for det fremtidige UTH-arbejde.

Det er vigtigt at understrege, at opgørelsen over UTH'er ikke er et udtryk for kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats, ligesom den ikke kan bruges til at sammenligne hverken udviklingen på den enkelte institution eller institutionerne imellem. Opgørelsen over UTH'er kan alene bruges til at give indikation af mønstre og tendenser, som kan bruges til at prioritere nye indsatsområder med henblik på forebyggelse.

Det er også vigtigt at gøre opmærksom på, at opgørelsen over UTH'er ikke nødvendigvis afspejler det faktuelle antal hændelser, da opgørelsen alene omfatter de rapporterede hændelser.

Ifølge lovgivningen på området er det ikke en forudsætning, at den sundhedsfaglige virksomhed udføres af sundhedsuddannet personale. Centralt i arbejdet med patientsikkerhed står registreringen, rapporteringen og sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD) som ligger under Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS).

Risikomanageren i Odsherred Kommune fratrådte sin stilling (ca. maj 2022) og opgaven omkring patientsikkerhed blev overdraget til kommunes to udviklingssygeplejersker som henholdsvis er ansat i afdeling for hjemme- og sygeplejen samt afdeling for plejecentre, demensindsats, Lynghus, Sejrsbo, Madservice og ejendomsservice. Udviklingssygeplejer-

skerne har ingen baggrund som risikomanager i en stabsfunktion, men har formålet at løfte opgaven på niveau med gældende lovgivning, i samarbejde med relevante aktører frem til 31. januar 2023.

Rapporten er udarbejdet af udviklings- sygeplejersker Elisabeth Marie Hansen, Hjemme- og sygeplejen

23. april 2024.

Baggrund

Arbejdet med patientsikkerhed hviler først og fremmest på det grundlag, at vi skal forbedre kvaliteten ved at være en lærende organisation. Grundlaget for at lykkes med indsatsen er ikke ved at gennemføre sanktioner, men ved at have fokus på systemet, der er omkring de mennesker, der begår fejlene.

Opgørelsen over UTH'er giver os mulighed for at få øje på, at forskellige mennesker begår den samme type fejl, og at det derfor er organiseringen af eller rammerne for arbejdet (eksempelvis arbejdsgange eller kompetenceudvikling), der er den egentlige årsag til at fejlene sker.

Opgørelsen over antallet af hændelser er som sådan ikke interessant i sig selv. Det er først, når vi tager læring af den viden, som opgørelsen giver os, at det giver værdi. Den egentlige læring kommer, når vi arbejder os ned i hændelserne og prøver at forstå omstændighederne, der førte til hændelsen og derved kan pege på læringstiltag.

Definitionen på en UTH

En 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.

Rapporteringspligtige UTH'er

- » har bidraget til eller medført alvorlige eller dødelige konsekvenser for borgeren
- » kunne have bidraget til en medført alvorlige eller dødelige konsekvenser for borgeren
- » 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 borgeren

Det lovmæssige grundlag

Sundhedsloven §§198-202 og den deraf afledte "Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v." med tilhørende vejledning:

Alle autoriserede sundhedspersoner er forpligtede til at indberette UTH'er, som de selv er medvirkende til, eller som de oplever andre er medvirkende til, men alle andre – både ikke-autoriseret personale, pårørende og de ramte borgere og patienter, opfordres til at indberette.

Kommunerne skal desuden medvirke til at registrere og analysere UTH-rapporterne.

Struktur bag utilsigtede hændelser

Rapportering af utilsigtede hændelser spænder bredt. Det er dog ikke alle rapporteringspligtige områder, der er etableret samarbejde med endnu, da der ikke har været rapporteret fra områderne, og det er områder, som oplever meget få hændelser.

På de følgende sider kommer derfor en beskrivelse af, hvordan der arbejdes med UTH, og hvor mange områder der på nuværende tidspunkt samarbejdes med.

"Et menneske burde aldrig skamme sig over, at han har taget fejl. Det er jo blot med andre ord at sige, at man er klogere i dag end i går".

(Jonathan Swift Irish satirist and author 1667-1745)

Arbejdsgange omkring UTH'er i Odsherred Kommune

Odsherred Kommune har ansvaret for at behandle samtlige rapporterede UTH'er, som er foregået på kommunale enheder eller enheder, som kommunen har driftsoverenskomst med. Alle kommunale enheder har udpeget sagsbehandlere, som kan tilgå Dansk Patient-sikkerhedsdatabase (DPSD), og som dermed har adgang til de hændelser, som enheden har rapporteret.

Private bo- og dagtilbud har ligeledes ansvarlige sagsbehandlere, men har ikke samme mulighed for at tilgå databasen. Derfor har den kommunale risikomanager/initialmodtager et ansvar ift. at få indskrevet fremsendte læring, anonymiseret og afslutte sagen i DPSD-systemet inden for en tidsfrist af 90 dage.

Samtlige indrapporterede UTH'er i 2023 blev sendt automatisk af DPSD-systemet til Odsherred Kommune udviklingssygeplejersker.

Udviklingssygeplejerskerne udfører en indledende gennemgang af rapporterne og undersøger, om hændelsessted og den berørte borger kan identificeres entydigt, og om hændelsens alvorlighed er klassificeret i overensstemmelse med de vedtagne definitioner (se bokse s. 7) samt om hændelsens karakter kalder på en særlig indsats. Derefter sendes rapporterne videre til sagsbehandlere lokalt.

De kommunale sagsbehandlere behandler rapporterne direkte i databasen, mens de private/selvejende enheder modtager en anonymiseret PDF af rapporterne, som udviklingssygeplejerskerne fremsender til de private enheder. De private enheder sagsbehandler selv hændelsen og fremsender handleplanerne til udviklingssygeplejersken som indrapporterer dette i DPSD-systemet.

Udviklingssygeplejerskerne medvirker desuden også ved sagsbehandling af samtlige rapporter, der er klassificeret, som alvorlig eller dødelig eller som er tværsektoriel. Dette er for at understøtte i forholde til udførelsen af en hændelsesanalyse, hvoraf der kan drages læring af hændelsen.

Alvorligheds kategorisering

Ændret alvorligheds- kategorisering fra 1. juli 2023

Hændelser klassificeres efter en rammesætning, som er defineret af Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) og her skal medarbejderen ud over at vurderer en hændelse faktisk konsekvens også vurderer den mulige konsekvens af hændelsen. Der vil efterfølgende automatisk blive generet en samlet alvorlighedskategori.

Styrelsens rammesætning for klarificeringen af samlet alvorlighedskategori kan ses i boksen herunder.

Nedenstående tabel viser, hvordan de forskellige grader af patientsikkerhedsrisiko dannes.

	Faktisk konsekvens	Mulig konsekvens	Samlet alvorlighedskategori
Samlet patientsikkerhedsrisiko	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

Alvorligheds kategorierne defineres

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

Opgørelse over UTH'er i 2023

Det er blandt kommunale fagcenter Omsorg og Sundhed samt Social og Arbejdsmarked, som er medtaget i indberetningen af utilsigtede hændelser.

Seks kommunale og et privat plejecenter, samt tre hjemme- og sygeplejedistrikter fordelt på seks teams.

Derudover er der ca. 35 private bo- og dagtilbud, som er delt ud på i alt ca. 105 lokationer, som er rapporteringspligtige. (jfr. liste tilsendt fra Økonomiafdelingen ift. mellemkommunal refusion). For ca. 17 private bo- og dagtilbud har der været kontakt til udviklingssygeplejersken i 2023.

Indberettede hændelser kan opdeles i to typer:

- » Enkeltstående indberetninger
- » Samlerapporteringer

En enkeltstående UTH omhandler én hændelse og typisk én borger, men kan også omhandle flere borgere.

Samlerapporteringer er en samlet rapportering, der skal indberettes én gang om måneden og som omhandler de hændelser der har været på henholdsvis *fald* og *medicin* den pågældende måned, hvor konsekvensen er ingen skade eller mild.



Statistik

På de følgende sider, præsenteres mængden og typer af hændelser, som er blevet rapporteret i Odsherred Kommune i 2023.

Det er et overordnet billede, som ikke fortæller noget om det enkelte plejecenter, hjemmeplejedistrikt, sundhedscenter eller bo- og dagtilbud.

Overblikket kan vise os hvor der er særlige udfordringer, eller det kan være en indikator på, hvad der fylder i hverdagen, og derfor er relevant at sætte ind overfor.

UTH'er fordelt på enheder

Opgørelsen viser af enkeltstående indrapporterede UTH'er har der i alt været 645 (660 tilfælde 2022), hvilket er en reduktion på 2,3 %.

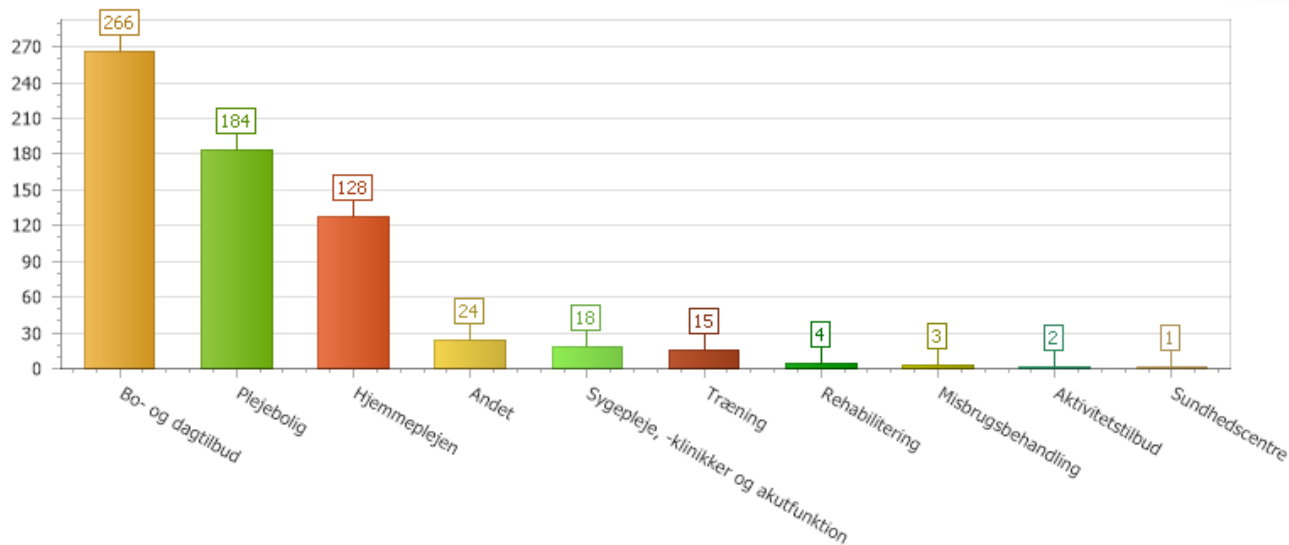
De fleste fandt sted på bo- og dagtilbud i alt 266 (171 tilfælde 2022), hvilken er en stigning på 56 %.

Stigningen i enkeltstående rapporterede hændelser kan hænge sammen med en øgede opmærksomhed på området, herunder at de ansatte har fået større kendskab til utilsigtede hændelser og dermed får indberettet mere fra deres hverdag.

Herefter er det plejebolig og hjemmeplejen, der har indrapporteret flest enkeltstående utilsigtede hændelser, jf. figuren på siden.

At antallet er højest på netop de tre enhedstyper, hænger sandsynligvis sammen med, at disse enheder i større grad, har arbejdsopgaver der ligger inden for de områder, der er indberetningspligtige.

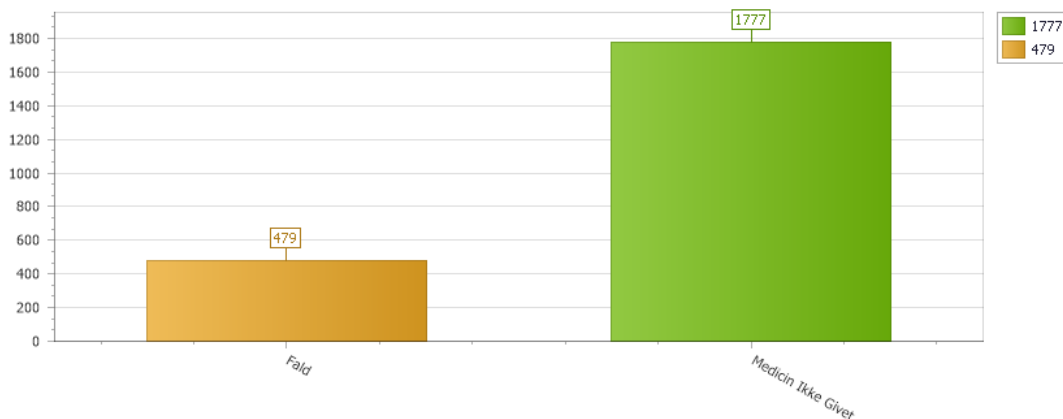
Antallet af indberettet utilsigtede hændelser har ikke noget med kvaliteten at gøre, men kan være et billede af et særligt fokus på forskellige faglige områder, der har været i tale sat over tid.



Samlet antal samlerapporteringer fordelt på hændelser

Der har været 2.256 hændelser via samlerapporteringer inden for udvalgte områder. I 2022 var der i alt 2.366, hvilket er en reduktion på 4,6 %.

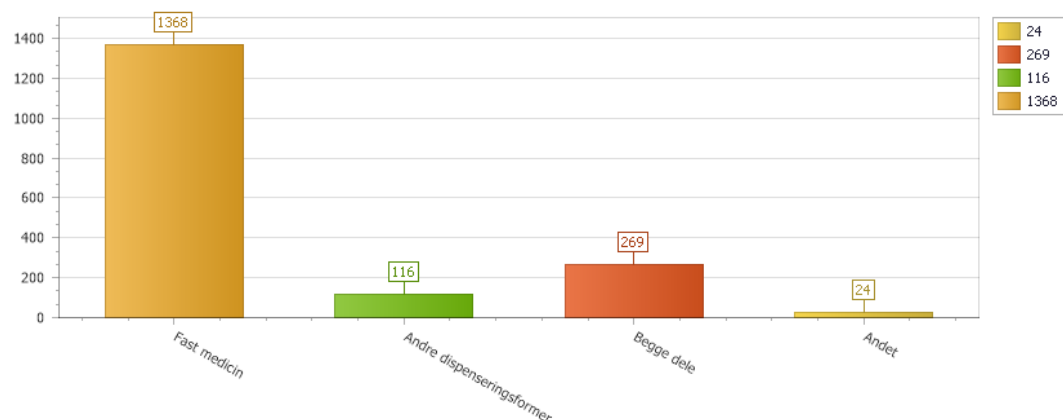
Samlerapporteringer rapporteres for både *fald* og *medicin ikke givet*, hvor konsekvensen for borgeren er lav.



Omstændigheder for medicin

Her ses den hyppigste hændelser omhandlende borgers faste medicin. Dvs. medicin, der gives dagligt på faste tidspunkter i en given periode.

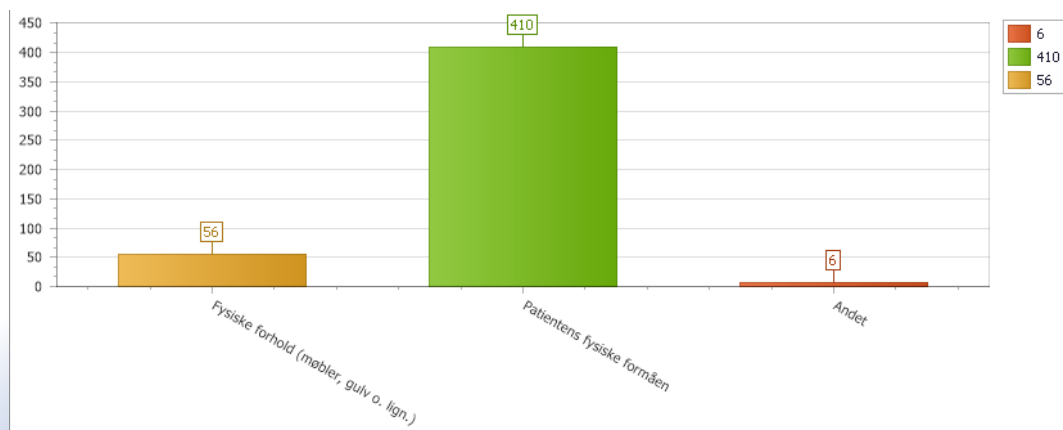
Omstændigheden fast medicin var ligeledes den hyppigste i 2022.



Omstændigheder på fald

Her skyldes de typiske hændelser ofte borgers fysiske formåen. Dvs. der er tale om forhold, hvor borgere vurderer, at de kan klare en situation, men ender med at falde.

Denne type fald kan være et udtryk for ændringer i borgers fysiske eller mentale tilstand. Omstændigheden patientens fysiske formåen var ligeledes den hyppigste i 2022.



UTH'er fordelt på hændelsestyper og alvorlighed

Lang de fleste indrapporteret enkeltstående hændelser omhandler fejl med medicinering.

Hændelsestypen medicinering indeholder mange forskellige aspekter, lige fra fejl i recepter, forkert antal, forkert borger, til opbevaring af medicin, eller medicin der ikke er indtaget. Opgørelsen indikerer, at der er et potentiale i at der fortsat arbejdes med medicinadministration på enhederne, og herunder arbejdsgange og forhold omkring medicinadministrationen.

Ikke klassificerede utilsigtede hændelser er hændelser, hvor den decentrale sagsbehandler ikke har fået klassificeret hændelsen i DPSD-hovedgruppe fx om hændelsen omhandler behandling, pleje, infektion m.m.

Det fremgår at der har været to dødelige og tre selvskade/selv mord UTH-indberetninger i 2023.

De to dødelige hændelser har været UTH, som er indrapporteret fra samme organisation af private bo- og dagtilbud, men forskellige enheder. Omhandlende borger med misbrug og paranoid sygdomshistorik. Hændelserne er fuldt op ift. drøftelse, læring og forebyggelige tiltag.

Det har ikke været muligt at fremsøge de hændelser, der omhandler selvskade/selv mord.

Klassifikation af alvorlighedsgrad							
		Ikke klassificeret	Alvorlig	Dødelig	Ingen/ukendt	Lettere/moderat	Grand Totalt
DPSD Hovedgruppe	Ikke klassificeret utilsigtede hændelser	327					327
	Antal utilsigtede hændelser	6		1*	3	2	12
	Behandling og Pleje	21	2	1*	4	7	35
	Infektioner	1					1
	Medicinering fx tablet	82	1		105	28	216
	Medicinsk udstyr	3			5		8
	Overlevering af informationer	6			5	1	12
	Patientuheld	13	4		8	6	31
	Selvskade og selvmord	2*				1	3
	Grand total	461	7	2	130	45	645

UTH'er med kommunen som involveret lokation

Kvalitet og patientsikkerhed, enheden for kvalitet og forbedringer Sundhedsstrategisk planlægning Region Sjælland har fremsendt et udtræk af UTH i Region Sjælland, hvor Odsherred Kommune var en involveret lokalitet. Udtrækket omfatter sager, hvor sagsafslutningsdato var i 2023.

I alt har der været rapporteret 18 UTH. Se skema på siden. De fleste hændelser har omhandlet hjemme og sygeplejen ift. UTH omhandlende medicinering, henvisning og behandling med involvering af offentlige sygehuse, praktiserende læge eller speciallæge.

Klassifikation af alvorlighedsgrad								
DPSD Hovedgruppe		Ikke klassificeret	Dødelig	Alvorlig	Lettere/moderat	Ingen/ukendt	Grand Totalt	
	Anden utilsigtet hændelse				1		1	
	Medicinering fx medicinafstemning mangelfuldt formidlet, administration, recepter/ordinationer ikke korrekt håndteret/afsendt				1	7	8	
	Behandling og Pleje- Tryksår				1		1	
	Behandling og pleje-erkendelse mangelfuldt				1		1	
	Behandling og Pleje- Genoptræning mangelfuldt				1		1	
	Henvisning- udskrivning, overlevering fx forkert og mangelfuldt formidling, andet			1	2	2	5	
	Teknisk disponering, andet				1		1	
	Grand total				1	8	9	18

UTH'er i et læringsperspektiv

Opgørelsen giver kun en del af billedet omkring utilsigtede hændelser i kommunen.

Opgørelsen giver også en indikation af, at der ikke er lige stor fokus på indberetninger på de forskellige enheder. Dette underbygges også i de opfølgende dialoger, der løbende er mellem udviklingssygeplejerskerne og enhederne.

Der er derfor et fortsat behov for fortsat at skabe øget viden om UTH inklusive samle-rapportering og viden om, hvordan de skal indberettes og skabes læring heraf.

For at imødekomme det i 2024 vil udviklings-sygeplejersken fortsætte den nuværende praksis med bl.a. løbende møder med centrale sagsbehandlere hvor emner som sagsbe-handling, fokus på indberetning, involvering af medarbejdere samt forebyggelse af utilsigtede hændelser vil være på dagsordenen. Yderligere vil der være et særligt fokus på vigtigheden af korrekt klassifikation DPSD-hovedgruppe samt alvorlighedsgrad.

Derudover vil vi fortsætte med at afholde undervisningsforløb, der kan skabe rum for dialog og åbenhed omkring hele patientsik-kerhedsområdet. Undervisningen skal også bidrage til at skabe større forståelse for det store potentiale, der ligger i indberetningerne, der giver værdifuld viden om mønstre og tendenser.

Endelig arbejdes der med at etablere en struktur på enhederne, der kan understøtte et systematisk fokus på løbende læring og læringstiltag fx ændringer af tilstande, som kan omfatte uhensigtsmæssigheder, fast-groede arbejdsgange, misforståelser, mang-lende viden, faglighed mv.

Læring og udvikling i 2023

Nedstående et citat af de tilbagemeldinger, der er modtaget fra decentralsagsbehandler.

- » Der er arbejdet projektorienteret med 'Tværfaglige teams' for at opnå bedre kontinuitet
- » Triagering er implementeret, hvor UTH italesættes

- » Der er gennemført generel undervisning i samlerapportering og i løbet af 2024 implementeres samlerapportering på flere kategorier
- » Medicin på skæve tidspunkter fx medicin der skal gives kl. 14 eller forskudt af måltidet. Der har været holdt flere små møder om dette
- » Fokusområde har faktisk været "at komme i gang med at få indberettet UTH", da vi ikke altid var helt skrappe til at være obs på dette. Vi er godt på vej, og vores fokusom-råde nummer to er at minimere de fejl, der sker der ved medicindispensering
- » Ifm. særlige mange medicinfejl taler vi med medarbejderne, og der analyserer vi i ple-num, hvad det går ud på, og hvad vi kan gøre for at få lavet ændringer. Sover borger fx altid kl. 22, hvor natmedicin skal gives, så ser vi på om medicintidspunkter kan ændres, eller om der er noget, der måske kan seponeres
- » UTH drøftes når vi samles til Triage, hvor der kort siges noget, eller på vores assistent- eller borgerteammøder, alt efter, hvilke problematikker, det drejer sig om
- » Der arbejdes til stadighed med fald-udredning. Samt fald fra træningsudstyr - hændelige uheld, som vi taler om
- » Der afholdelse momentum-møder (frem-driftsmøder) på patientsikkerhedsarbejdet som forsøg i hjemme- og sygeplejen med de decentrale sagsbehandler månedligt

Ligeledes har der været arbejdet og implementeret følgende generelle instrukser i relation til medicinering:

- » Blodfortyndende medicin
- » Diabetes – insulinbehandling
- » Kollegialt medicintjek

Undervisning i infektionshygiejne har bl.a. været målrettet særlige udfordringer i distrik-terne ift. fx uniformsetikette, håndhygiejne og nedre toilette.

Hvad kan vi forvente, at der sker i 2024

Der vil blive flere kategorier at vælge imellem ift. samlerapportering. I første kvartal af 2024 forventes det, at der bliver tilføjet tre nye kategorier til samlerapporteringen. Der er nuværende op til den enkelte arbejdsplads, om muligheden benyttes. Hvilket vil være et indsatsområde som evt. en kommende risikomanager kan sætte yderlige fokus på.

Ansættelse af ny kvalitets- og udviklingskonsulent i 2024 som skal varetage de overordnede og tværgående opgaver omkring patientsikkerheden som går på tværs af enhederne i samarbejde med kommunens øvrige aktører fx private og kommunale bosteder, hjemme- og sygeplejedistrikter, og plejecentre m.m.

Der ses et behov for at få udarbejdelse af funktionsbeskrivelse for decentral sagsbehandler i Omsorg og sundhed, idet den decentral sagsbehandling mange steder foretages af sygeplejefaglig medarbejder i et samarbejde med teamleder, afdelingsleder m.m.

Enhederne skal forsætte med at skabe rum for dialog og åbenhed om hele patientsikkerhedsområdet, for at minimere antallet af fejl, skabe læring og udvikling af patientsikkerheden både for borgerne og medarbejderne.

Konklusion

Opgørelsen viser kun en del af billedet omkring utilsigtede hændelser i Odsherred Kommune.

Det indikerer, at der ikke er lige stor fokus på indberetninger på de forskellige enheder. Dette underbygges også i de opfølgende dialoger mellem initialmodtager (udviklings- sygeplejersken) og enhederne.

Der er derfor et forsat behov for at skabe øget viden om UTH, sikre viden om, hvordan de skal indberettes, samt være i løbende dialog om, hvordan det tidsmæssigt passer ind i en forvejen travl hverdag. Der er behov for, at UTH kommer fast på dagsorden i de respektive enheder, så det sikres et vedvarende fokus på hændelserne så Odsherred Kommune forsat udvikler sig som en lærende organisation, der arbejder for, at de samme hændelser ikke gentager sig.

Omsorg og Sundhed
Odsherred Kommune
Nylvej 22, 4573 Højby
59 66 66 66
odsherred.dk
kommune@odsherred.dk

Maj 2024
Layout: Kommunikation