



# Utilsigtede hændelser 2021

Årsrapport for Hedensted Kommune,  
med beretninger fra enhederne i  
Social Omsorg

Stab og Udvikling juni 2021

v. UTH Risikomanager Mette Hartvig Pedersen



**HEDENSTED**  
KOMMUNE

Ny Skolegade 4  
8723 Løsning  
T: 79755000

## Indhold

<b>Definition på en utilsigtet hændelse (UTH) .....</b>	<b>3</b>
<b>Hændelser rapporteret til Hedensted Kommune, fordelt på driftsområder. ....</b>	<b>4</b>
<b>Alvorlighed .....</b>	<b>4</b>
<b>DPSD Hovedgrupper i Social Omsorg .....</b>	<b>5</b>
<b>UTH fordelt på lokationer i Social Omsorg.....</b>	<b>5</b>
<b>Patienter og pårørende .....</b>	<b>7</b>
<b>Sektorovergang .....</b>	<b>7</b>
<b>Årsberetning fra Voksenhandicap 2021 .....</b>	<b>8</b>
<b>Årsberetning fra Senior Plejehjem 2021 .....</b>	<b>8</b>
<b>Årsberetning fra Sundhed, Rehab og Pleje 2021 .....</b>	<b>10</b>
<b>Årsberetning fra Velfærdsrådgivningen 2021 .....</b>	<b>11</b>
<b>Bilag .....</b>	<b>12</b>
<b>Kilder: .....</b>	<b>13</b>

## Definition på en utilsigtet hændelse (UTH)

Rapportering af en utilsigtet hændelse, har til formål at forbedre patientsikkerheden og skabe læring.

Sundhedspersoner som er autoriseret til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar, har pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. Borgere og pårørende kan rapportere en utilsigtet hændelse.

Kommunens opgave er, at modtage, registrere og analysere de utilsigtede hændelser, til brug for forbedring af patientsikkerheden <sup>1</sup>.

De rapporterede hændelser skal bruges til at indsamle og analysere data og skabe læring til videreformidling. Den viden der opnås skal medvirke til, at sikre en høj patientsikkerhed.

En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed og er indskrevet i Sundhedsloven §§ 198-202 Patientsikkerhed.

Ved utilsigtede hændelser forstås 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 ('nær – hændelser') <sup>2</sup>.

Styrelsen for Patientsikkerhed har oprettet et nationalt register, hvori de modtager alle rapporteringspligtige hændelser <sup>3</sup>.

I den kommunale sektor, er alle utilsigtede hændelser som opstår i forbindelse med medicinering, sektorovergang, patientuheld og infektioner rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for borgeren <sup>4</sup>.

Utilsigtede hændelser inden for de øvrige kategorier <sup>5</sup> er rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er, at

- patienten dør
- patienten får varigt funktionsstab
- der skal tilkaldes lægehjælp, indlæggelse eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet
- der for flere patienter er øget plejeburde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet.

I 2014 vedtog ledelsen i Social Omsorg, at alle utilsigtede hændelser i de øvrige kategorier også skulle rapporteres med henblik på læring, uanset den faktuelle konsekvens for borgeren.

Der er to måder, at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Samlerapportering anvendes ved "medicin ikke givet" og "fald", såfremt alvorlighedsgraden er ingen skade eller mild. Se bilag 4.

Alle øvrige hændelser skal rapporteres enkeltvis.

Rapportering af en UTH er ikke det samme som en klage, men et redskab til læring og til at skabe kvalitet i udførelsen af de sundhedsfaglige opgaver. Rapportering af UTH foretages i et lukket system og oplysninger fra rapporteringssystemet er ikke sanktionerende.

## Hændelser rapporteret til Hedensted Kommune, fordelt på driftsområder.

I antallet af hændelser rapporteret i Social Omsorg 2021, står samlerapporteringer af "fald og medicin ikke givet" for 609 af dem. I 2020 udgjorde samlerapportering 160 af de rapporterede hændelser. I afviste og slettede hændelser finder man, testsager, dobbeltrapportering, hændelser der er mangelfuld oplyst, hændelser som omhandler en UHA (uhensigtsmæssig adfærd), personaleskade eller hændelser som ikke er en UTH.

Nedenstående tabel viser antallet af rapporterede hændelser i 2021 og 2020 fordelt på enheder.

	Antal 2021	Antal 2020
Social Omsorg	1526	1252
Misbrugsbehandling	1	1
Den kommunale tandpleje	1	0
Sundhedsplejen	0	0
Private leverandører og andre <sup>2</sup>	6	17
<b>Total</b>	<b>1534</b>	<b>1278</b>
Afviste og slettede <sup>3</sup>	15	33

Lokationer og enheder for ovennævnte grupper fremgår af bilag 1.

## Alvorlighed

Ved alvorlighedsgraden, faststår den skade som patienten har lidt i forbindelse med den utilsigtede hændelse.

Nedenstående tal for Social Omsorg inkluderer ikke hændelser rapporteret på samlerapporteringsskemaerne i 2021 og 2020. Det skyldes, at hændelser rapporteret på samlerapporteringsskemaer pr. definition har en alvorlighedsgrad på enten "ingen skade eller mild".

Nedenstående skemaer viser alvorlighedsgraden fordelt på alle driftsområderne i 2021 og 2020.

2021	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig	I alt
Social Omsorg <sup>1</sup>	599	211	105	2	-	<b>917</b>
Misbrugsbehandling	1	-	-	-	-	<b>1</b>
Den kommunale tandpleje	-	-	-	-	-	-
Sundhedsplejen	-	-	-	-	-	-
Private leverandører og andre	5	-	1	-	-	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>605</b>	<b>211</b>	<b>106</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>924</b>

2020	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig	I alt
Social Omsorg <sup>1</sup>	781	187	120	3	1	<b>1092</b>
Misbrugsbehandling	1	-	-	-	-	<b>1</b>
Den kommunale tandpleje	-	-	-	-	-	-
Sundhedsplejen	-	-	-	-	-	-
Private leverandører og andre	10	4	3	-	-	<b>17</b>
<b>Total</b>	<b>792</b>	<b>191</b>	<b>123</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1110</b>

Definitionen på alvorlighedsgraderne se bilag 2.

## DPSD Hovedgrupper i Social Omsorg

Den stigning der ses i antallet af rapporterede hændelser efter anvendelsen af samlerapportering, var forventet og understøtter Styrelsen for Patientsikkerheds udmeldingen, ”at samlerapportering er en simplere måde at registrere utilsigtede hændelser af mindre alvorlig karakter”<sup>7</sup>. Der er dog mere til samlerapporteringen end at måden er simplere. Metoden er tidsbesparende og selve analysemetoden sikrer en hurtig opfølgning på hændelserne, øger fokus på patientsikkerhed og forebyggelse samt bidrager til fagligheden i personalegruppen.

Indtil videre anvendes samlerapporteringsskemaerne kun på kommunens plejehjem.

De 3 hovedgrupper med flest rapporterede hændelser i 2021, er medicinering, patientuheld og infektioner. I 2020 bestod de 3 hovedgrupperne af medicinering, patientuheld og behandling og pleje. I 2021 er antallet af utilsigtede hændelser i de 3 hovedgrupper stegen, mens antallet af rapporterede hændelser inden for behandling og pleje halveret siden 2020.

I 2021 udgør de 3 hovedgrupper tilsammen 92,4 % af det samlede antal rapporterede hændelser.

DPSD Hovedgruppe for hele Social Omsorg	2021	2020
Anden utilsigtet hændelse	12	16
Behandling og Pleje	30	60
Blod og blodprodukter	1	
Gasser og luft	3	
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	4	6
Infektioner	55	45
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	5	13
Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker + * samlerapportering	627 (365)	775 (66)
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	9	9
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	39	38
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader + * samlerapportering	127 (244)	127 (94)
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	4	3
Selvskade og selvmord	1	
<b>Grand Total (* incl. samlerapportering)</b>	<b>917 (*1526)</b>	<b>1092 (*1252)</b>

Hovedgrupper, se bilag 3.

## UTH fordelt på lokationer i Social Omsorg

Oversigten viser det samlede antal hændelser rapporteret i Social Omsorg og hvordan de fordeler sig på lokationerne.

I 2021 ses der et fald i den ordinære rapportering på 16%, mens den samlede rapportering incl. samlerapportering er stegen med 28 % i forhold til 2020. Ser man på lokationerne, ses man med undtagelse af hjemmeplejen og sygeplejen mf., en stigning i antallet af rapporterede hændelser.

Tallene anført i ( ) er incl. samlerapportering. Lokations oversigt, se bilag 2

Lokation	DPSD Hovedgruppe	2021	2020
Andet	Anden utilsigtet hændelse		1
	Behandling og Pleje		2
	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.		1
	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.		2
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation		2
<b>Andet Total</b>			<b>8</b>
Hjemmeplejen	Anden utilsigtet hændelse	2	2
	Behandling og Pleje	6	22
	Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	3	2

# UTH Årsberetning 2021

	Infektioner	2	7
	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	2	8
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	118	189
	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	3	1
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	11	10
	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	27	26
	Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1	1
<b>Hjemmeplejen Total</b>		<b>175</b>	<b>268</b>
Sygeplejen, Aflastning og midlertidig pladser og Akutfunktion	Anden utilsigtet hændelse	1	2
	Behandling og Pleje	9	15
	Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister		2
	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.		3
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	116	164
	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	1	2
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	9	11
	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	2	4
	Prøver, undersøgelser og prøvesvar	2	
<b>Sygeplejen og Akutfunktion Total</b>		<b>140</b>	<b>203</b>
Plejebolig	Anden utilsigtet hændelse	6	9
	Behandling og Pleje	11	14
	Blod og blodprodukter	1	
	Gasser og luft	3	
	Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister		2
	Infektioner	49	31
	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1	
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	255 (365)	301 (66)
	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	3	3
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	3	10
	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	80 (244)	85 (94)
	Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1	2
<b>Plejebolig, aflastning- og midlertidig pladser Total</b>		<b>413 (1022)</b>	<b>457 (697)</b>
Sociale botilbud og Aktivitets og dagtilbud	Anden utilsigtet hændelse	3	2
	Behandling og Pleje	2	7
	Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	1	
	Infektioner	4	7
	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	2	1
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	137	119
	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	2	1
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	16	5
	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	13	10
		Selvskade og selvmord	1
<b>Sociale botilbud og Aktivitets og dagtilbud Total</b>		<b>181</b>	<b>152</b>
Sundhedsfremme, Træning og	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	1	1
Forebyggelse	Behandling og Pleje	2	1
	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	5	2
<b>Træning Total</b>		<b>8</b>	<b>4</b>
<b>Grand Total</b>		<b>917 (1526)</b>	<b>1092 (1252)</b>

## Patienter og pårørende

Skemaet viser antallet af utilsigtede hændelser rapporteret til Social Omsorg af patienter og pårørende i 2021 sammenholdt med 2020.

Det samlede antal rapporterede hændelser fra patienter og pårørende er faldet fra 6 til 5 i 2021 og udgør dermed fortsat kun en marginal del af det samlede antal hændelser. Dette til trods for en national kampagne i 2018, efterfulgt af en lokal kampagne i Hedensted i 2020.

Lokation	DPSD Hovedgruppe	Alvorlighed	2021	2020
<b>Andet</b>	Behandling og Pleje	Ingen skade		1
<b>Hjemmeplejen</b>	Behandling og Pleje	Ingen skade		2
		Mild		1
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	Ingen skade	1	
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Ingen skade	1	
<b>Sygeplejen</b>	Anden utilsigtet hændelse	Ingen skade		1
	Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	Moderat	1	
	Overlevering af information, ansvar, dokumentation	mild	1	
<b>Plejebolig</b>	Anden utilsigtet hændelse	Ingen skade	1	
	Behandling og Pleje	Moderat		1
<b>Grand Total</b>			<b>5</b>	<b>6</b>

## Sektorovergang

I sektorovergangen ses der i 2021 en halvering i rapporteringer til kommunen fra 9 til 4. Hændelserne til kommunen har været analyseret og der er draget læring og iværksat forebyggende tiltag.

Nedenstående tabel viser antallet af hændelser rapporteret til Hedensted Kommune i sektorovergangen.

	2021	2020
Regions Hospitalet Horsens	1	5
Apotekerne	1	-
Praktiserende Læger	1	-
Psykiatri	-	2
Aarhus Universitetshospital	-	2
Sygehus Lillebælt, Vejle	1	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

## Årsberetning fra Voksenhandicap 2021

Dagligdagen i 2021 har som det forgangne år været præget af COVID-19. Der har været sygemeldinger i personale gruppen pga. Covid-19 hvilket medførte personalemangel. Ligeledes har der være anvendt vikarer, hvor oplæringen af disse i en travl hverdag har være en udfordring.

Der ses en stigning i antallet af rapporterede hændelser på 29 i forhold til året før. Årsagen til den beskedne stigning vurderes at ligge i, at der trods det store arbejdspress, fortsat har været fokus på rapportering af utilsigtede hændelser.

Inden for **Medicinering** har alle medarbejdere gennemgået e-learning i "God medicin håndtering". Det har skabt øget fokus for de arbejdsgange der knytter sig til medicinudlevering. Som opfølgning herpå, har der ligeledes være fokus på brugen af Ipad ved medicinudlevering, da brugen af fysiske medicinskemaer ikke længere anvendes.

Da alle fremadrettet skulle anvende Ipad ved medicin udlevering, blev der arbejdet med introduktion af Ipad og anvendelsen af den i det daglige arbejde ift. medicinudlevering. Med Ipad kan personalet se hvilken medicin og tidspunktet for udlevering samt eventuelle ændringer. Ved udgange af året benyttede næste alle enheder Ipad til medicinadministration og borgeropgaver.

Med udfasningen af medicinskemaer og lister i papirform, har der været arbejdet med at få medicingivning ind i CURA som en borgeropgave.

Hændelser rapporteret inden for hovedgruppen **Overlevering af information, ansvar, dokumentation** har bl.a. medførte en ændring i delegeringen af "ansvar for dispensering". Problematikken lå i overførsel af medicinskema fra FMK til lokalmedicinkort samt manglende registrering af dispenserings perioden i Cura. Proceduren er ændret så "ansvaret for dispensering" på det enkelte bosted fremover kun må ligge på få hænder.

Inden for **fald** har der været arbejdet med opmærksomhed ift. borgernes formåen. Der har blandt andet været tiltag i form af skridsikre måtter, redigering af flytningsvejledning og øget fokus på forebyggelse af elementer der befinder sig på gulvet og op til knæhøjde.

### Fokuspunkter for 2022 bliver

- Hvad er en utilsigtede hændelse, formål, hvorfor, hvornår, hvordan samt opfølgning.
  - Midtvejsevaluering af aftaler forventes afholdt i november
- Intro i medicin håndtering og brugen af medicinmodulet i CURA
  - Her er der planlagt midtvejs opfølgning efter sommerferien

Evaluering af fokusområderne foretages i starten af 2023.

## Årsberetning fra Senior Plejehjem 2021

Året 2021 har været præget af Covid-19 og en fortsat stor indsats for at mindske smitten. Hovedfokus har været, at sikre en god pleje af borgerne og derfor har fokus på mange af de iværksatte forbedringstiltag været tiltag der blev iværksat i 2020.

I alt blev der rapporteret 423 flere utilsigtede hændelser i 2021 end året før. Stigningen i rapporteringerne ses i anvendelsen af samlerapportering. Mens rapportering af enkelthændelser faldt med 26, steg samlerapporteringerne for "Fald og Medicin ikke givet" med 449.

**Samlerapportering** blev introduceret til plejehjemmene lige før sommerferien og i sensommeren tog hovedparten af plejehjemmene samlerapportering i brug, hvilket resulterede i en næsten firedobling af rapporteringer.

Samlerapportering har nogle steder medført forbedringstiltag i form af en ny vagttype i aftenvagten. Her havde personalet til opgave at orientere sig i antallet af medicingivninger i den pågældende vagt samt sikre at medicin blev givet. Et andet sted blev der løbende lavet en status på samlerapporteringer



gerne for hver afdeling til drøftelse på teams- og triageringsmøderne ved deres forløbsplejerske. Begge dele med rigtig god effekt.

På **medicinområdet** ses der en stigning i antallet af rapporterede hændelser.

Ud fra de problemstillinger man opdagede i medicindelen, har der blandt andet været arbejdet med at få orden og struktur i medicinskabene, skabt overblik over udløbsdatoer for medicinen, samarbejdet med apoteket i forhold til medicinlevering. Nogle steder oplevede man, at brugen af medicinvogn var så patientsikker, at man ønsker at udvide det til hele plejehjemmet.

**Medicindispensering**, her har dosispakket medicin ikke været en mulighed siden 2019, hvilket betød at al medicindispensering igen lå i driften. Der har blandt andet derfor været fokus på henholdsvis doseringsrum, andre har valgt at synliggøre ro og tid til dispensering ved at fremhæve det på en tavle med dagens arbejdsopgaver og hvem der er udføreren.

Inden for **medicingivning** havde nogen plejehjem taget curaplan i brug og lagt alle borgerens ydelser ind der. Et plejehjem havde udarbejdet en plakat for medicingivning, hvor arbejdsgangen blev præciseret. Plakaten blev efterfølgende hængt op på strategiske steder hvor personalet kom.

Ved tilkald af **vagtlægen**, har et plejehjem udarbejdet en mappe hvori vagtlægen kan notere en eventuel ordination. Tiltaget skal sikre, at der ikke opstår tvivl om ordinationen, da der ikke altid er en SSA på arbejde og da aften eller natsygeplejersken ikke altid bliver orienteret af vagtlægen.

Inden for **fald** ses der tæt på en fordobling af de rapporterede hændelser i 2021 i forhold til året før, hvoraf hovedparten af faldene er rapporteret som samlerapportering. Halvdelen af faldene ligger i kategorien "patientens fysiske formåen/patientens vurdering af egen fysiske formåen". En problemstilling som er svær at arbejde med, da det ofte netop handler om borgerens forståelse for egen formåen.

Et tiltag fra 2020 som går igen i 2021 er en plakat for fald udarbejdet af et af plejehjemmene, da plakaten skaber fokus på personalets håndtering af fald.

Antallet af **infektioner** har været stigende og der har derfor været fokus på forebyggelse af disse. Flere steder har der været undervisning med fokus på forebyggelse af urinvejsinfektioner og nedre hygiejne. Andre har arbejdet med forebyggelse af smittespredning, hvor et plejehjem har udarbejdet en procedure for "i og aftagning af værnemidler".

Sidst men ikke mindst har et plejehjem haft fokus på **tryksår**, mere specifikt har fokus været tryk på hælen, årsagen hertil samt forebyggelse heraf.

## Fokusområde for 2022

Plejehjemmene har i 2022 committet sig til et fælles fokusområde **Medicindispensering** med nedenstående underpunkter.

- 1) Systematik og overskuelighed i borgers medicinbeholdning**
- 2) Ro til Medicindispensering** (fx ved rum til dispensering eller lokale aftaler om, hvordan forstyrrelser undgås ved dispensering)
- 3) Ibrugtagning af dispenseringsduge og/eller dispenseringsborde for at skabe overblik og plads.**

Ligeledes har alle plejehjem committet sig på, at hænge plakater op på indersiden af toilet dørene på personalet toiletterne omhandlende *Medicingivning og Håndtering af fald*. Plakaterne er udarbejdet af Kirkedal plejehjem og kan justeres og tilpasses det enkelte plejehjem.

Der evalueres på tiltagene i begyndelsen af 2023.

## Årsberetning fra Sundhed, Rehab og Pleje 2021

I 2021 er der rapporteret 157 færre hændelser end året før. Det er der flere årsager til. Covid-19 har fortsat fyldt en stor del i dagligdagen. Der har været personale mangel, blandt andet pga. Covid-19 smittet personalet, hvilket har givet en del personalegennemstrømning i form af afløsere og vikarer. Driften har derfor været spidsbelastet, hvorfor antallet af de rapporterede utilsigtede hændelser for nogen enheder ikke er et udtryk for virkeligheden.

Inden for **medicinering**, har der været iværksat forskellige tiltag. I sygeplejen, har nogen har haft fokus på dispensering og lavet en tjekliste ud fra instruksen for dispensering. Andre har lavet undervisning for nyansatte i grupper på 5 med fokus på medicin og journalgennemgang ved superbruger. Andre har anvendt sidemandsoplæring ved superbruger, inden for dokumentation ift. FMK i "praksis".

I enkelte hjælpergrupper har man til Borbergennemgangsmøderne drøftet medicingivning med vægt på, at tabletterne skal tælles før medicin gives. Andre har øget tiden på enkelttydelsen medicingivning, med fokus på øget opmærksomheden på gennemgang af handlingsanvisningen før medicinen blev givet.

Inden for **fald** har en forebyggende indsats været at etablere et APV team som indgår i Kom god hjem teamet. Når en borger udskrives fra sygehuset gennem Kom godt hjem teamet, sikrer APV teamet, at borgeren har de rigtige hjælpemidler fra starten.

Dermed ikke sagt, at hjælpemidler er den eneste eller den direkte årsag til fald, men fordi forkerte eller manglende hjælpemidler kan være en medvirkende årsag til fald.

Der har været arbejdet med **rapportering af utilsigtede hændelser**. Nogle har afholdt "Work shop" med fokus UTH og sidemandsoplæring ved rapportering af en utilsigtet hændelse. Andre har haft som fokus, at få formidlet vigtigheden af, at rapportørerne får oplyst hvilken borger, hændelsen omhandler, men at rapportøren også trygt kan oplyse sit eget navn i rapporten.

Andre har holdt et fællesmøde for hjemmeplejen og sygeplejen med henblik på fælles læring i forhold til opfølgning, forebyggelse og opkvalificering.

### Fokusområde for 2022

Som et fælles fokuspunkt for 2022 har Sundhed, Rehab og Pleje besluttet at arbejde med UTH-undervisning.

Formålet er, at give medarbejderne et bedre kendskab til UTH området og klæde dem endnu bedre på til at indberette UTH, så arbejdet med UTH bliver en naturlig del af hverdagen.

Følgende tiltag iværksættes:

**1) UTH-undervisning decentralt på personalemøder, Teams-møder el. lign.**

Undervisningen skal tage udgangspunkt i det konkrete behov det enkelte sted og tilrettelægges mellem leder og den UTH-ansvarlige på stedet. Line og Mette kan inddrages ved behov.

**2) UTH skal være en del af det kommende introduktionsprogram**

Der skal via introduktionsprogrammet linkes til en pixiudgave, som indeholder; *Hvorfor* indberette UTH (Hvad bruges det til og hvordan arbejdes der med UTH), *hvornår* skal UTH indberettes, *hvem* indberetter og *hvordan* gøres det.

Line og Mette udarbejder en pixiudgave, som introduktionsprogrammet kan linke til.

**3) Struktureret gennemgang af indberettede UTH'er mellem UTH ansvarlig og leder, samt videreformidling til medarbejdere.**

Der evalueres på de 3 tiltag i begyndelsen af 2023.

## Årsberetning fra Velfærdsrådgivningen 2021

Der er fortsat generelt få indberetninger, hvilket vurderes have sammenhæng til at Velfærdsrådgivningen sagsbehandler inden for serviceloven, hvor klager og vurderinger om en sags udfald og proces, ligger hos Ankestyrelsen.

Sektorovergange håndteres fortsat organisatorisk hos Kom Godt Hjem.

Forhold som omhandler forebyggende patientsikkerheds tiltag, som ikke skyldes en utilsigtet hændelse, men som potentielt kunne være blevet det. Der har vi inden for hjælpemidler, båret viden omkring fejl i design eller slitage videre til relevante fagpersoner. Så typen af hjælpemiddel kan vurderes i forhold til kravspecifikation og gennemgang af eksisterende hjælpemidler af samme type.

## Bilag

### Bilag 1

#### Lokationer

<b>Sygepleje, aflastning- og midlertidige pladser og akutfunktion:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygeplejen</li> <li>• Akutteam</li> <li>• Rehab- og akutcenter</li> </ul>	<b>Sundhedsfremme, træning og forebyggelse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træning</li> <li>Sundhedsfremme og forebyggelse</li> </ul>	<b>Plejebolig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle plejehjem, herunder daghjem og demensdaghjem</li> </ul>	<b>Andet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjælpemiddelafdelingen</li> <li>• CURA</li> <li>• FMK</li> <li>• Kom godt hjem team</li> <li>• Velfærdsrådgivningen</li> </ul>
<b>Hjemmeplejen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmeplejen</li> <li>• Rehab</li> </ul>	<b>Sociale botilbud:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksenhandicap botilbud, herunder aktivitets og dagtilbud</li> </ul>		
<b>Kommunal tandpleje:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tandplejen</li> </ul>	<b>Sundhedsplejen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsplejen</li> </ul>	<b>Misbrugsbehandling:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rusmiddelcentret</li> </ul>	<b>Sociale botilbud børn:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Søndergaard</li> <li>• Bakkevej *</li> </ul>
<b>Private leverandør og andre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berits hjemmepleje</li> <li>• Olivia Danmark</li> <li>• Korninghøj Altidens Ekko</li> <li>• Ny Fjordbo</li> </ul>			

\* Ikke introduceret til UTH i 2020/2021 pga. Corona.

### Bilag 2

#### DPSD definition på "Alvorlighed"

Værdier	Beskrivelse
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanent skader, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig.

### Bilag 3

#### DPSD Hovedgrupper

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

## Bilag 4

### *Samlerapportering*

Samlerapportering er en anden og simplere måde at rapportere "medicin ikke givet" og "fald" på. Kriteriet for hændelserne er, at konsekvensen for patienten er ingen skade eller mild.

Er hændelserne af en mere alvorlig karakter, skal de fortsat rapporteres enkeltvis i DPSD ligesom alle de øvrige utilsigtede hændelser.

I stedet for at rapportere én utilsigtet hændelse i DPSD, samles de utilsigtede hændelser på et papirskema for henholdsvis "medicin ikke givet" og "fald". Skemaerne ligger fremme på arbejdspladsen, men utilgængelige for borgere og pårørende.

Skemaerne analyseres sammen med medarbejdergruppen efter månedens udgang. De samlede rapporter synliggør tendenser og problemstillinger, som analyseres og laves handleplaner på.

Metoden er med til at øger den faglige bevidsthed og den betydning rapporteringen af utilsigtede hændelser har, - at vi i fællesskab kan sætte fokus på at øge patientsikkerheden og forebygge, at utilsigtede hændelser gentager sig<sup>7</sup>.

## **Kilder:**

<sup>1</sup> § 198 stk. 1. ,<sup>2</sup> § 198, stk. 5 og <sup>3</sup> § 199 stk. 1. i LBK nr. 903 af 26/08/2019, Sundhedsloven

<sup>4</sup> 4.1.1 og <sup>5</sup> 6.3 i VEJ nr. 1 af 03/01/2011, Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

<sup>6</sup> LBK nr. 955 af 14/06/2018. Bekendtgørelsen af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

<sup>7</sup> Styrelsen for Patientsikkerheds (STPS) hjemmeside. <https://stps.dk/da/laering/utilsigtede-haendelser/samlerapportering/>

Det anvendte datamateriale er hentet fra DPSD.