



UTH Årsberetning, Staben 2018

UTH Årsberetning Social Omsorg, Hedensted Kommune

Af: Faglig konsulent Mette Hartvig Pedersen



HEDENSTED
KOMMUNE

Ny Skolegade 4
8723 Løsning
T: 79755000

Indhold

Forord	3
Indledning	4
Udviklingen i antal rapporterede hændelser i Social Omsorg fra 2017 til og med 2018	5
Lokationer	6
Patienter og pårørende	7
Hovedgrupper	8
Fordelingen af hændelser inden for DPSD-Hovedgruppe "medicinering herunder væsker" 2017 og 2018	9
Sektorovergang.....	10
Alvorlighed	11
Læring af de rapporterede hændelser.....	12
Sagsbehandlingernes bidrag til årsberetningen 2018	13
Uldum Bofællesskab (Tidligere afd. Åbo og Egespring).....	13
Bofællesskabet Rugmarken	13
Bofællesskaberne Solhøj, Lunavej og Rørkærvej	14
Velfærdsrådgivningen	14
Rehabiliteringsenheden	15
Bøgely Plejecenter	15
Team Kildevældet, Birkelund og Kirkedal	16
Møllebo Plejecenter.....	16
Øster Snede Plejecenter	17
Birkelund Plejecenter	17
Hjemmeplejen Løsning og Hedensted Kommune	18
Sygeplejeenheden Juelsminde, Hedensted og Uldum, Akutteam og Rehab-og akutcenter.....	19
Berits hjemmepleje.....	19
Nederbylund Plejecenter.....	20
Bilag	22
Kilde:	22

Forord

Utilsigtede hændelser rapporteres af borgere, pårørende og personale, men mens det for borgere og pårørende er frivilligt, er det for personalet en skal opgave. Det rapporteringssystem hvori de utilsigtede hændelser rapporteres hedder Dansk Patientsikkerhedsdatabase eller DPSD. Rapporteringssystemet bruges til at indsamle viden og identificerer problemstillinger med det formål at opnå læring og udarbejde eller forbedre eksisterende arbejdsgange.

UTH sagsbehandlingernes opgave er at gennemgå de rapporterede hændelser, både enkeltvis og ud fra den samlede tendens som tegner sig for deres område. Det kræver en analyse af den samlede mængde data for at kunne identificere de underliggende årsager. Resultatet af analysen skal efterfølgende noteres i sagsopfølgningen, hvor de iværksatte forebyggende tiltag beskrives.

I arbejdet med de rapporterede hændelser, bør antallet af rapporterede hændelser inden for en specifik problemstilling ikke kun ses som det primære fokus. Fokus bør ligeledes ligge på hændelser der indebærer en omkostning for borgeren og som skaber værdifuld læring. Den læring vi opnår er med til at sikre, at vi i fremtiden kan forebygge og/eller forbedre forholdene, så lignende hændelser undgås.

Det er vigtigt at holde os for øje, at det ikke handler om at vi skal tegne et forskønnet billede af vores kommune. Målet må være, at vi får rapporteret alle de utilsigtede hændelser der observeres og efterfølgende får draget læring af dem, til gavn for borgere og personale.

Indledning

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser er fortsat faldende i 2018 sammenlignet med 2016 og 2017. I forhold til DPSD hovedgrupper (bilag 1), så er medicinering og væsker fortsat den gruppe inden for hvilken der rapporteres flest hændelser.

Fordelingen på lokationerne (bilag 2) er ligeledes falden, ligesom hændelser rapporteret af patienter og pårørende er faldende. Dog er antallet af hændelser rapporteret af patienter og pårørende så signifikant lav, at der dårligt kan tales om en fald.

I forhold til alvorlighedsgraden (bilag 3), ses der ligeledes et fald i kategorierne disse, hvilket giver anledning til undren.

Rapportering af de utilsigtede hændelser har til hensigt at skabe læring. Både lokalt og i hele kommunen, men også nationalt. For at opnå læring, kræver det at hændelserne bliver sagsbehandlet og efterfølgende delt i resten af vores organisation.

Hvorvidt faldet af rapporterede hændelser skyldes, at rapportering af utilsigtede hændelser har været valgt fra eller om indføringen af det nye journalsystem CURA samt andre patientsikrende tiltag har æren for nedgangen, er ikke til at sige.

Udviklingen i antal rapporterede hændelser i Social Omsorg fra 2017 til og med 2018.

Der ses en fortsat faldende tendens af rapporterede hændelser i 2018. I 2017 var antallet af rapporterede hændelser faldet med 14% i forhold til 2016. I 2018 var antallet af rapporterede hændelser faldet med yderligere 27,60%. Samlet set har vi oplevet et fald af rapporterede hændelser siden 2016 på 37,60%.

Året 2018 startede i Social Omsorg's seniordel med en omlægning til nyt sundhedssystem. Det nye system optog mange ressourcer i driften og samtidig var det ikke længere muligt, at tilgå DPSD's rapporteringssystem via det nye system. Rapportering af en utilsigtet hændelse blev derved en meget omstændig affære og formentligt heraf nedprioriteret i en i forvejen travl hverdag.

I 2017 sås der et fald i antallet af rapporterede hændelser i "medicin ikke givet". Det samme har gjort sig gældende i 2018, men knap så markant som i 2017.

Den bagved liggende årsag til faldet af rapporterede hændelser i "medicin ikke givet" formodes at have flere årsager.

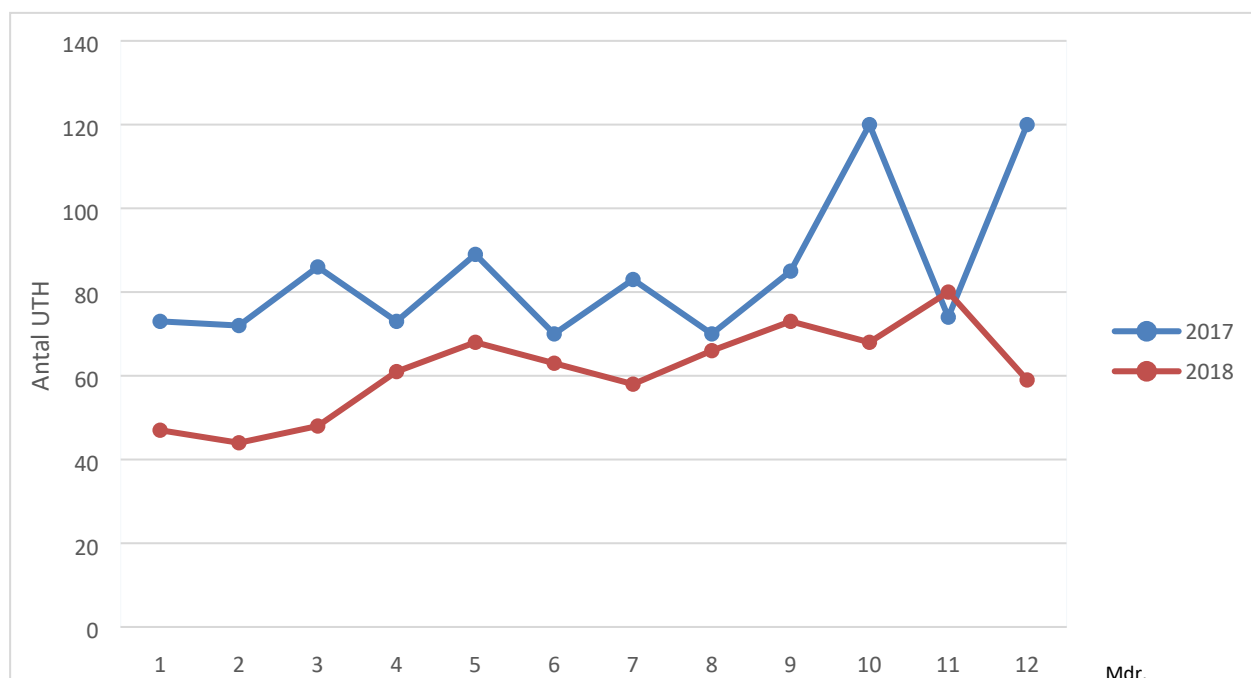
Ud over de ovenfor nævnet problematikker så antages det:

- at der at have været en fortsat opmærksomhed på medicingivningen
- at det nye omsorgssystem CURA over tid har været med til at mindsket fejl som "medicin ikke givet"
- lokale initiativer
- at der har været foretaget bevidst fravalg af at rapportering af "medicin ikke givet", hvis fejlen blev vurderet til ikke at have haft nogen betydning for borgeren

Skemaet viser det samlede antal rapporterede hændelser i 2016, 2017 og 2018.

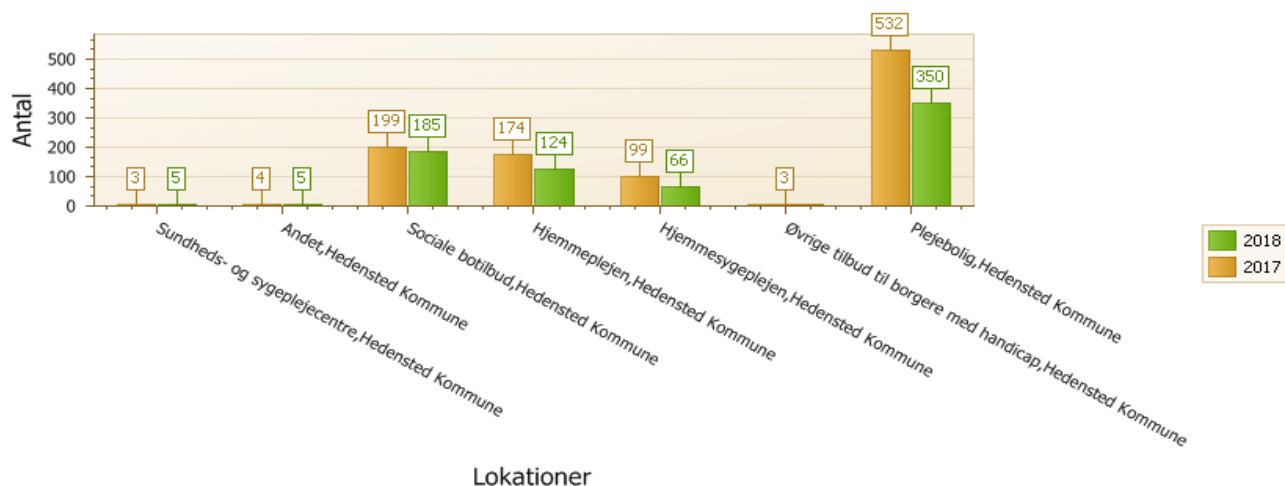
År	Antal	Udviklingen i UTH siden 2016
2016	1177	
2017	1015	Difference 162 ↓ = 14%
2018	735	Difference 442 ↓ = 37,60%

Nedenstående kurve viser det samlede antal hændelser rapporteret pr. måneden for 2017 og 2018.



Lokationer

Lokationerne er en gruppering af enheder i Social Omsorg. Søjlerne viser hvorledes antallet af de rapporterede utilsigtede hændelser fordeler sig i 2017 og 2018.



I forhold til 2017, hvor 3 ud af 7 lokationer var stigende, ses der i 2018 et fald til 2 ud af 7 lokationer. Antallet af de 2 lokationers samlede antal hændelser i 2017 var meget lav. Derfor giver en stigning på henholdsvis en og to hændelser, en forholdsvis stor stigning i procenter i 2018.

Derudover så lå de 3 lokationer med stigning i 2017 inden for Hjemmeplejen og Hjemmesygeplejen og Plejebolig, hvor de berørte lokationer i 2018 var Sundheds- og sygeplejecentre og Andet (bilag 2).

I 2017 var der en stigning af hændelser i lokationen Hjemmeplejen på 21%. De er i 2018 faldet med 28,7%. Så ud over at antallet fortsat er faldende, så er antallet også faldet yderligere i 2018, men det er også faldet til under hvad der blev rapporteret i 2016.

Overordnet set er der en markant nedgang i antallet af rapporterede hændelser inden for de lokationer hvor hovedparten af hændelserne rapporteres. Årsagen hertil formodes som tidligere nævnt, at ligge i overgangen til nyt sundhedssystem i seniordelen og problematikken i at rapportere en utilsigtet hændelse, men også at der er en fortsat opmærksomhed på medicingivningen, at det nye omsorgssystem CURA over tid har været med til at mindske fejl, de lokale initiativer, men også at der sker bevidste fravalg i rapporteringen af utilsigtede hændelser.

Skemaet viser lokationernes procentvise ændring i rapporterede hændelser fra 2017 til 2018.

Lokation	År 2016	År 2017	År 2018	Procent
Sundhed- og sygeplejecentre	5	3	5	↑ 66,7%
Andet	1	4	5	↑ 25 %
Social botilbud	212	201	185	↓ 8 %
Hjemmeplejen	144	174	124	↓ 28,7 %
Hjemmesygeplejen	141	99	66	↓ 33,3 %
Øvrige tilbud til borgere med handicap	2	3	0	↓ 300 %
Plejebolig	672	532	350	↓ 34,2 %

Patienter og pårørende

Patienter og pårørendes stemme i de rapporterede hændelser, er ligeledes en relevant kilde i forbedringsarbejdet med patientsikkerheden.

Patienten eller de pårørende kan være med til at sætte fokus på vinkler som ellers ville blive overset. En eller flere situationer i en hændelse set fra patienten eller den pårørende side af, kan medvirke til at ellers uregistrerede problemstillinger tages op.

I 2018 havde vi ligesom i 2017 ingen rapporterede hændelser fra patienter og der blev kun rapporteret 1 hændelse af en pårørende, mod 2 i 2017.

Skemaet viser fordelingen af de rapporterede hændelser

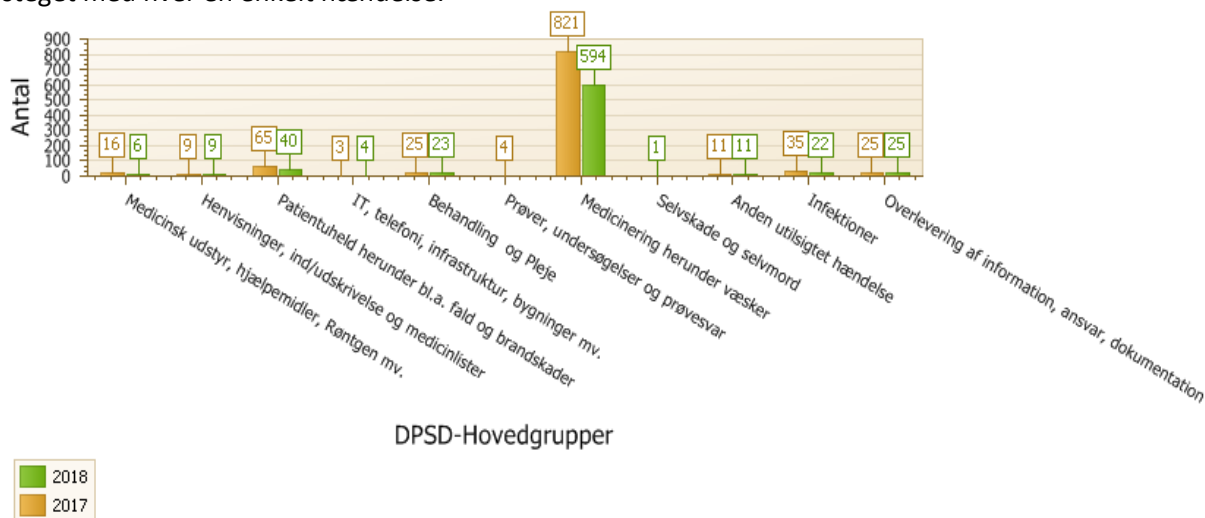
Hændelsessted i Hedensted Kommune	Patient UTH 2		Pårørende UTH 2		Sundhedsfaglig UTH2	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Hjemmeplejen (frit valg og privatleverandør)	0	0	1	0	173	124
Hjemmesygeplejen	0	0	1	1	98	65
Plejebolig	0	0	0	0	532	350
Sociale botilbud	0	0	0	0	201	185
Sundheds- og sygeplejecentre (Træning, Sundhedsfremme og forebyggelse)	0	0	0	0	3	5
Øvrige tilbud til borgere med handicap, Fønix	0	0	0	0	3	0
Andet, Velfærdsrådgivningen	0	0	0	0	3	5
Total	0	0	2	1	1013	734

Hvorvidt den lave rapportering fra patienter og pårørende skyldes manglende information om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser er uvist. I årenes løb har der være forsøgt flere tiltag. Tilbage i 2014/2015 havde visitatorerne pjecer til rapportering af utilsigtede hændelser med ud til borger. På plejecentre og bosteder blev pjecen udleveret til nye borgere og deres pårørende eller den lå fremme til almen læsning. I 2016 var der i indsatskataloget for Social Omsorg indsat et afsnit om rapportering af utilsigtede hændelser for patienter og pårørende.

Trods de nævnte tiltag har det ikke medført en stigning af rapporterede hændelser fra patienter og pårørende. En plausibel forklaring herpå kan være, at den ressource krævende situationen som patienten og dennes pårørende befinder sig i, ofte er altoverskyggende. De har fokus et helt andet sted end at få lavet en utilsigtet hændelse. Formentligt glemmer de det eller også tager de et bevidst fravalg.

Hovedgrupper

Inden for de 14 hovedgrupper (bilag 1), er der blevet rapporteret hændelser inden for 11 af hovedgrupperne. I 2018 ses der en nedgang i rapporterede hændelser i 6 af grupperne, 3 er uændret og 2 er steget med hver en enkelt hændelse.



Søjlerne viser fordelingen af de utilsigtede hændelser i 2018 inden for DPSD hovedgrupperne i forhold til 2017. I 2018 var fokusområderne i Patientsikkerhedsstrategien for Social Omsorg medicinering og overgange i patientforløb.

Grafen viser, at hovedgruppen "medicinering herunder væsker" har haft et stort fald på 27,6 %. Med det i mente at adgangen til at rapporterer utilsigtede hændelser i 2018 var en udfordring. Så viser de foreliggende tal et markante fald inden for hovedgruppen "medicinering og væsker". Årsagerne hertil formodes at være et fortsat højt fokus på området, at medicin håndtering i det nye omsorgssystem CURA indeholder nye funktioner som skærper personalet opmærksomheden samt lokale initiativer.

Hændelser der angår overgangen i patientforløbe, kan ses i hovedgruppen for "henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister". Her er det samlede antal uændret. Hovedparten af hændelserne for 2017 og 2018 ligger i DPSD problemerne "forkerte oplysninger i medicinliste" og "forkert/mangelfuld formidling". Her lå hovedparten af problematikkerne inden for ikke tilrettet medicinskema og nyt medicinskema ikke udskrevet. En enkelt af de "forkert/mangelfuld formidling", skulle have været rapporteret til RHH.

DPSD Hovedgruppe	DPSD Problem	2017	2018
Henvisninger, ind/udskrivelse og medic	Andet		1
	Forkert patient		1
	Forkert/mangelful	2	
	Forkerte oplysning	5	3
	Mangelfuld/fejlagti		4
	Manglende medici	1	1
Henvisninger, ind/udskrivelse og medic		9	9

Fordelingen af hændelser inden for DPSD-Hovedgruppe "medicinering herunder væsker" 2017 og 2018

Nedenfor ses hvorledes de rapporterede hændelser inden for medicinering fordeler sig på DPSD problem.

Markeret med rødt ses de problemstillinger hvor der har været 10 eller flere rapporterede hændelser. 7 af de 11 problemstillinger ligger inden for DPSD proces under kategorien administration.

DPSD Problem	2017	2018
	4	2
Andet	43	29
Ej aflåst medicinskab/medicinrum	3	2
Fejl eller mangler i medicinlisten	8	12
Forkert / manglende antal/ mængde	45	23
Forkert blanding		1
Forkert dosis	46	29
Forkert indgift/administrationsvej	3	2
Forkert lægemiddel	3	1
Forkert patient	4	4
Forkert placering	1	
Forkert styrke/antal	23	13
Forkert tid/dag (dosispakke/-æske)	4	5
Forkert tidspunkt	28	19
Forkert udleveret	31	17
Forkert/manglende mærkning	1	
Forkerte patientoplysninger	1	1
Ikke bestilt/rekvireret		3
Lægemiddel ikke bestilt/rekvireret	3	
Mangelfuld	2	
Manglende dokumentation	1	10
Manglende dosering/blanding	38	22
Manglende lægemiddeloplysninger	2	
Manglende patientoplysninger	1	
Medicin ikke givet	491	365
Medicin ikke indtaget, herunder fravalg	35	29
Medicin ikke leveret/fejllleveret		1
Overskredet udløbsdato		2
Recept ikke håndteret/afsendt korrekt		2
Grand Total	821	594

UTH Årsberetning 2018

I DPSD Problem er der under "Andet" rapporteret 2017:43/2018:29 hændelser. Heraf ligger en pæn andel for henholdsvis 2017 og 2018 i processen Administration - Andet. De resterende 6 områder, ligger alle kun under Administration.

DPSD Proces	DPSD Problem	2017	2018
Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	Andet	26	19
	Forkert indgift/administrationsvej	3	2
	Forkert lægemiddel	3	1
	Forkert patient	4	2
	Forkert styrke/antal	23	13
	Forkert tidspunkt	28	19
	Forkert udleveret	31	17
	Manglende dokumentation	1	10
	Medicin ikke givet	491	365
	Medicin ikke indtaget, herunder fravalg	35	29
Administration (Udlevering, indgift og indtagelse) Total		645	477

Det vil ud fra ovenstående oversigter være relevant, at der til trods for den målbare nedgangen i hændelser inden for Administration, øges fokus på administrationsdelen i medicinering herunder væsker fremadrettet. Der vil uden tvivl være læring at hente som kan komme patienterne til gode.

Sektorovergang

Antallet af rapporterede hændelser til RHH i 2018 er uændret siden 2017, mod de 40 der blev rapporteret i 2016. I sektorovergangen hos de praktiserende læger er der sket en fordobling af hændelser. Dog er stigning i 2018 begrænset, set i forhold til 2016 hvor antallet var 22 hændelser.

Set fra kommunal side af, så er der sket en positiv nedgang af rapporterede hændelser i sektorovergangen til kommunen.

Nedenstående tabel viser antallet af hændelser rapporteret i sektorovergangen.

De hvide felter angiver antallet af hændelser rapporteret af Hedensted Kommune og de grå felter angiver hændelser rapporteret til Social Omsorg.

2016	Social Omsorg, Hedensted Kommune		2017	Social Omsorg, Hedensted Kommune	
Region Midtjylland: RHH	26	3(4)	Region Midtjylland: RHH	26	0
Apotekerne	3	(1*)	Apotekerne	4	0
Praktiserende Læger	4	1	Praktiserende Læger	8	0
Vagtlæge	1	0	Vagtlæge	0	0
Psykiatri	1	0	Psykiatri	0	0
Gråsten Gigthospital	0	1	Gråsten Gigthospital	0	0
Aarhus Universitetshospital	-	0	Aarhus Universitetshospital	-	1
Total	35	6(7*)	Total	38	1

* En hændelse er rapporteret til kommunen og skulle have være sendt til sygehuset.

Alvorlighed

Hændelsernes alvorlighed angiver hvorvidt hændelsen har medført en gene for borgeren på opdagelsestidspunktet, se bilag 2.

Hændelser angivet som moderat og alvorlig kræver øget pleje eller behandling og har derfor en øget interesse. Eksempelvis vil borgere som får en infektion som minimum altid være at finde i kategorien moderate.

*Hændelsesdato [DPSD Hovedgrupp	*Alvorlighed			Grand Total	
		Alvorlig	Ingen skade	Mild		Moderat
2017	Anden utilsigtet h		8	3	11	
	Behandling og Ple	1	10	10	21	
	Henvisninger, ind/		7	3	10	
	Infektioner		3	9	12	
	IT, telefoni, infrast		3		3	
	Medicinering heru	1	649	163	813	
	Medicinsk udstyr,		9	5	14	
	Overlevering af inf	2	14	8	24	
	Patientuheld heru		32	27	59	
	Prøver, undersøgel		1	2	3	
2017 Total		4	736	230	45	1015

*Hændelsesdato [DPSD Hovedgrupp	*Alvorlighed			Grand Total
		Ingen skade	Mild	Moderat	
2018	Anden utilsigtet h	10	1		11
	Behandling og Ple	12	9	2	23
	Henvisninger, ind/	7	1	1	9
	Infektioner		4	18	22
	IT, telefoni, infrast	2	2		4
	Medicinering heru	464	121	9	594
	Medicinsk udstyr,	4	1	1	6
	Overlevering af inf	16	7	2	25
	Patientuheld heru	16	21	3	40
	Selvskade og selv			1	1
2018 Total		531	167	37	735

I forhold til det samlede antal rapporterede hændelser for henholdsvis 2017 og 2018, så lå antallet af rapporterede hændelser inden for kategorien moderat og alvorlig på ca. 5 % for begge år. Der var højst tale om en marginal stigning i 2018 på 0,2%. Går man ned i dataene, bliver billedet lidt anderledes.

I 2018 blev der rapporteret 37 moderate hændelser. Heraf var 11 fejl lokeret eller fejl kategoriseret. En skulle være sendt til et apotek, en skulle være sendt til et lægehus og 9 skulle være angivet som mild. Det betyder for 2018, at andelen af hændelser i kategorien moderat og (alvorlig) ændredes til at ligge på ca. 3,53%.

I 2017 var der 8 hændelser som enten var fejl lokeret eller fejl kategoriseret. Det betyder, at andelen af de rapporterede hændelser i stedet lå på 4,03 %. Det betyder, at der i stedet ses et fald i det samlede antal af rapporterede moderate og alvorlige hændelser i 2018 i forhold til 2017.

Tallene for det moderate og alvorlige hændelser i 2018 viser, at de moderate hændelser er få og at der slet ingen hændelser er i kategorien alvorlige eller dødelig. Det giver anledning til eftertanke, da alle infektioner og hændelser hvor borgeren får varig mén samt uventet dødsfald skal rapporteres. Såfremt disse hændelse fejlagtigt ikke bliver rapporteret, ligger årsagen måske i, at ikke alle er blevet oplyst herom.

Læring af de rapporterede hændelser

Alle rapporterede hændelser gennemgås af en sagsbehandler. Ud af de 735 rapporterede hændelser i 2018, er der i 288 af hændelserne beskrevet årsag eller tiltag under "sagsopfølgning"

En gennemgang af de 288 sagsopfølgninger viste, at sagsopfølgningerne kan opdeles i tre grupper. Nedenstående skema viser hvilke kriterier der er anvendt i opdelingen.

Samtlige sagsopfølgninger har været læst igennem og efterfølgende delt op i nedenstående kategorier.

	Definition	
Hvid	Dækker orientering om rapporterede problemstillinger lokalt eller at der indsamles data ift. fokus og videre arbejde med problemstillingen. Indeholder ikke en løsning.	203
Gul	Dækker lokale løsninger på et aktuelt problem eller lokale løsninger på et gennemgående problem på stedet.	72
Grøn	Løsning med læring til hele kommunen. Ud af de 13 angivne løsninger, er det reelle billede 7. <ul style="list-style-type: none"> • 2: Ny vejledning for variabel medicin i medicinmodulet. • 1: Dysfagi og risici er taget op i årshjulet. • 2: SSA'erne dispenserer hos faste borgere. • 4: Workshop undervisning i ny omsorgssystem, herunder medicinmodulet. • 1: Vejledning i registrering af død og indlagt i Cura. • 2: Procedure for VH, 2 medarbejdere tjekker medicindispenseringen. • 1: Ændring så alle ordinerede præparater bliver synlige i medicinmodulet og den delegerede kompetence afgøre hvem der må administrere det. 	13
Antal		288

I forhold til de løsninger som har skabt læring i hele kommunen. Så fremgår det ikke af hændelser hvorvidt rapportøren har medvirket i udarbejdelsen heraf eller om hændelsen indirekte har medført, at der andet sted fra er udarbejdet en løsning.

Det må dog antages, at der med problemstillingerne opstår en symbiose mellem udfører og iværksætter som resulterer i en håndtering af problemet.

Sagsbehandlernes bidrag til årsberetningen 2018

Uldum Bofællesskab (Tidligere afd. Åbo og Egespring)

Uldum Bofællesskab har i 2018 været travlt optaget med fusion af de 2 afdelinger Åbo og Egespring. I den sammenhæng har vi også drøftet medicinadministration, da det har foregået meget forskelligt i de 2 huse. Derudover har hele Voksen Handicap i Hedensted kommunen 1 foråret 2018 arbejdet med en helt ny medicininstruks samt sundhedsfaglig dokumentation generelt.

Ovenstående har gjort, at vi i Uldum Bofællesskab har været meget opmærksom på selve medicinadministrationen og borgernes medicinering, sundhedsfaglige handleplaner m.m. Da den nye medicininstruks trådte i kraft i juni 2018, blev alle medarbejdere opdateret i de forskellige regler og arbejdsgange ifm. medicinadministration.

Jeg kan i vores statistik se, at det til dels har medført flg. ændringer:

- 1) En nedgang i UTH'er omkring "Medicinering og væsker" på Uldum Bofællesskab på knap 20 %.
- 2) Der har været et fald på over 50% på "Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader" (på Uldum Bofællesskab har der ingen brandskader været hverken i 2017 eller 2018).
- 3) Der er oplevet en stigning i "Overlevering af information, ansvar, dokumentation", hvilket jeg tænker er sket ifm. at flere borgere er overgået til dosisdispenseret medicin, og i den overgangsfasen er disse fejl sket.
- 4) Der er sket en stigning i infektioner, hvilket drejer sig om en enkelt borger, som i 2018 har været plaget af en meget speciel type infektion i muskler og led, dette er ikke set før ved denne borger.

Alt i alt har vi oplevet et fald på 10% i de samlede UTH'er trods vores fusion, og det tænker jeg skyldes, at hele personalegruppen har været meget opmærksom på risikoen for fejl ifm. fusionen. Dette tænker jeg har skærpet personalets opmærksomhed på selve medicinadministrationen.

Heidi Parsberg Jensen

UTH-sagsbehandler

Bofællesskabet Rugmarken

Vi har på Rugmarken oprettet kompetenceskemaer hvor der er blevet tydeligere hvem der har kompetence til hvad. Der har været snak med lederen om at det måske kun er faste der fremadrettet må udlevere medicin, da disse har været på medicinkursus og har erfaring og kompetence til at forholde sig til medicin.

Vi har udfyldt sundhedsfaglig helbredstilstand på alle beboerne og afventer at gå i gang med selve handleplanerne.

Der er kommet en "sundhedsfaglig ansvarlig" i hvert team (4 teams) for at øge fokus på det sundhedsfaglige.

I gruppen får vi snakket sundhedsfaglige problematikker og arbejder på at få lavet tydelige guidelines til hvordan vi håndterer de forskellige sundhedsfaglige problematikker. Vi tager udgangspunkt i socialomsorgs/voksenhandikaps instrukser.

For at sikre patientsikkerheden har vi samarbejdet med det nye "kom godt hjem team" da en beboer blev udskrevet på sygehuset.

De Uth'er der bliver indberettet er ofte grundet at personale glemmer at kigge på overlappseddel og der så har været ændring i medicinering. Men da der har været en del personaleudskiftning det sidste år, kan dette være en af årsagerne. Vi arbejder på at synliggøre info om medicinen således at der opstår færre uth'er.

Kia Freja Vigtoft Mannerup

Uth-sagsbehandler

Bofællesskaberne Solhøj, Lunavej og Rørkærvej

Ved fællesmøder giver jeg info, hvis jeg lige har været til et UTH møde, dette da det kan give anledning til snak og mere klarhed, hvis nogle er i tvivl eller har yderligere spørgsmål.

Når jeg får tilsendt informationer fra risikomanager, videresender jeg dette.

I det jeg har fået færre UTHér end sidste år, vurderer jeg ud fra dette, at der er kommet mere fokus på at få lavet UTHér.

De 3 bo enheder er meget forskellige, da de har forskellige borger. I den ene bo enhed er borgerne selvkørende omkring egen medicinering. I de andre to bo enheder (med henholdsvis 6 og 8 beboere) har de i mange år haft en god håndtering og procedure af beboernes medicin og har lavet beskrivelser af dette.

De 5 UTHér jeg har sagsbehandlet i 2018 har omhandlet noget forskelligt.

Bo enhederne er obs på de UTHér der har været og arbejder stadig på, at borgerne kan være så selvhjulpne som muligt, omkring egen medicin, med pædagogiske tiltag.

Linda Vestergaard
UTH-sagsbehandler

Velfærdsrådgivningen

Forbedringsarbejde og initiativer iværksat i 2018

På baggrund af utilsigtede hændelser i sektorovergangene ved udskrivelser er der iværksat et etårigt projekt. Formålet er at sikre en tryk overgang for borgeren og sikre at de nødvendige foranstaltninger er på plads.

Tidligere har denne opgave været delt i funktionsområderne fordelt på genoptræning, pleje, hjælpemidler samt sygepleje.

I projektet er der lavet en ny organisatorisk enhed der varetager helheden i alle udskrivelser.

- I Social Omsorgs Patientsikkerheds strategien for 2018 ønskedes der fokus på:

A) Styrelsen for Patientsikkerhed: **medicinering og overgange i patentforløb**

B) Social Omsorgs fokus: **medicinadministration (udlevering, indgift, indtagelse).**

Der er ikke arbejdet med medicinadministration, da opgaven ikke varetages i myndighedsregi.

Der ses et fald i udviklingen af utilsigtede hændelser i Velfærdsrådgivningen. Der ses ikke umiddelbart en begrundelse for denne udvikling eller sammenhæng mellem indsatser og fald.

Jenny Groth Bjerking
Leder af Velfærdsrådgivningen, Social Omsorg

Rehabiliteringsenheden

Fokus i Rehabiliteringsenheden har i 2018 har helt grundlæggende været at opbygge en kultur, hvor indberetninger af utilsigtede hændelser, 1. blev prioriteret og 2. blev set som et mulighedsrum for læring.

Der har været få registreringer i 2018, 2 stykker for at være præcis. Der har som opfølgning været drøftelser af årsagen til, hvorfor den utilsigtede hændelse opstod, samt en nysgerrighed på hvordan de fremtidigt kunne undgås.

De konkrete tilfælde har været på sygeplejefaglige indsatser, medicin, hvoraf den ene var uddelegeret til en af enhedens øvrige medarbejder og den anden forekom i overgang imellem sygeplejen og rehabiliteringsenheden og skyldes uklarheder i forhold til IT.

Der har været flere drøftelser af "nær ved" hændelser og vi er således godt på vej i retning af den ønskede kultur, hvor der er fokus på læring.

Med afsæt i beretninger fra enhedens tre sygeplejersker har alle uddelegerede sygeplejeydelser været hjemtaget fra assistenter og hjælpere. Herefter er hver enkelt ydelse efter oplæring blevet uddelegeret på ny.

I 2019 forventes en øgning i indrapporterede utilsigtede hændelser, da vi fortsat arbejde med udvikling og læring som følge af de fejl der sker i hverdagen. Ingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser har været medvirkende årsag eller har ført til borgerskade.

Jesper Kleis Smith Nielsen

UTH-sagsbehandler

Bøgely Plejecenter

Hvordan har vi på Bøgely arbejdet med UTH'ere og har det medført ændrede arbejdsgange.

- Der er blevet indført en medicinvogn i to afdelinger på Bøgely. Den ene vogn blev indført i 2017 og den anden medio 2018. Den seneste vogn blev implementeret da der i starten af 2018 var en ret markant stigning af UTH'ere (12 stk i 2017 og 21 stk i 2018) ang medicinering. Nu afventer vi og ser om det har haft en effekt ud fra antallet af indberettede UTH'ere i 2019. Vognen der blev implementeret i 2017 har ikke resulteret i færre indberetninger.

Dog må vi erkende at ikke alle UTH'ere indberettes. Derfor kan vi ikke bruge tallene helt som ønsket. Vi kan dog se, at der sjældent ligger medicin tilbage som ej er givet i de afdelinger der har en vogn = færre fejlmedicineringer. Derudover bliver der aldrig glemt medicin der er doseret separat (fx en antibiotikakur).

Har vi arbejdet med medicinering og overgange i patientforløb samt medicinadministration.

- Se ovenstående vedr medicinering
- Der er oprettet et team "Kom godt hjem", som skal sikre den gode udskrivelse og overgang mellem sektorerne.
- Der er fokus på koblinger mellem de forskellige kommunale afdelinger
Vi taler ofte på teammøderne omkring vores pejlemærker fx vores organisering er ikke borgerens problem – derfor arbejder vi aktivt med overgangene både internt (RAC – Bøgely) og eksternt.
- Vi har et godt samarbejde med akutteamet om medicinadministration (iV)
- Generelt taler vi ofte omkring de UTH'ere der måtte være på vores triageringsmøder hvor vi mødes dagligt og drøfter borgerne.

UTH Årsberetning 2018

Hvordan har udviklingen været.

- Der har været en lille stigning af indberetninger.
- Det bliver nedprioriteret at indberette UTH når der fx er UVI eller lungebetændelse, da der i stedet er fokus på at få opsporet tidligt og iværksat behandling.
- Der har været rigtig mange forandringer i social omsorg det seneste år. Derfor er det muligt at man vil se endnu flere indberetninger i 2019.

Elisabeth Jakobsen

UTH-sagsbehandler

Team Kildevældet, Birkelund og Kirkedal

Når UTH italesættes sker der altid en læring.

I mine teams sker der altid en drøftelse af UTH. Dette sker løbende. UTH tages op på de daglige triageringsmøder.

De mest hyppige UTH hos mine medarbejder er i forbindelse med medicingivning:

- der drøftes i teamet årsag til UTH
- der ses på hvordan kan vi undgå at det sker igen
evt. lave nye arbejdsgange i forbindelse med medicin
finde hjælpemidler til os eller borger så UTH undgås fremadrettet
- vigtigheden af korrekt medicinering drøftes – hvordan tjekkes at det rigtige gives osv
- sygeplejerskerne inddrages i drøftelsen

UTH i forbindelse med overgange i patientforløb:

- drøftes også når UTH opstår og sker også løbende som ved UTH medicin
- der ses på og jeg og/eller planlægger snakker med involverede samarbejdspartner

Ser ud til at der er sket en lille ”forbedring” 2017 til 2018.

Anne Mette Lynge Larsen

UTH-sagsbehandler

Møllebo Plejecenter

Hvilket forbedringsarbejde og initiativer er der iværksat i 2018

Inddrag følgende:

- Har arbejdet med utilsigtede hændelser medført læring og ændringer af arbejdsgange ift. lokale problematikker.
 - Der er ikke sket ændringer i arbejdsgangen, andet end der har været et øget fokus på at få indberettet UTH.
- I Social Omsorgs Patientsikkerheds strategien for 2018 ønskedes der fokus på:
 - C) Styrelsen for Patientsikkerhed: **medicinering og overgange i patientforløb**
 - D) Social Omsorgs fokus: **medicinadministration (udlevering, indgift, indtagelse).**

Har i arbejdet med disse temaer og i så fald hvordan?

- I kraft af at CURA er kommet og hjælperpersonalet her kan se en samlet medicinoptælling, har der (tror jeg) været flere indberetninger vedrørende medicin der ikke stemte. Medicinlisten i CURA er meget afhængig af at FMK er opdateret fra ansvarlig læge – og

UTH Årsberetning 2018

der har været et tættere samarbejde med egen læge i forhold til dette – hvilket tænker jeg, har øget sikkerheden i forhold til medicineringen hos den enkelte beboer.

- Har i arbejdet med andre fokusområder, i så fald hvilke?
 - Der har været stor fokus på beboernes helbredstilstande, begrundelsen for den medicin de får samt opfølgning på dette – for at sikre at alt vedrørende beboernes helbred er beskrevet og fulgt op på.
- Hvordan har udviklingen i de rapporterede hændelser været i 2018 sammenlignet med 2017 (analyser og begrund udviklingen). I vedhæftede fil finder du tallene for dit område. Vær opmærksom på, at der har været stednavnsændring hos flere. Så de data i hver især skal forholde jer til, stå flere steder.
 - Der har, kan jeg se, været en stigning i indberettede UTH fra 27 i 2017 til 48 i 2018. Tænker det hænger sammen med større opmærksomhed på at få UTH indberette, har ikke haft en oplevelse af at det skyldes flere fejl.

Dorte Jørgensen

UTH-sagsbehandler

Øster Snede Plejecenter

Overgange i patientforløb: Vi har haft ekstra fokus på udskrivelser fra sygehus, hvor vi flere gange har oplevet at medicinlisten og den dispenserede medicin ikke stemmer overens. Det opleves også at medicin, som er pauseret før indlæggelse er startet op igen på sygehuset, men at dette er en fejl. Det er en stor hjælp at have det direkte tlf. nr. til en læge på sygehuset, så det er hurtigt at få afklaret. Der opleves endvidere problemer med manglende medicin, at borgerens medicin ikke kommer med tilbage fra sygehuset efter indlæggelse.

Medicinadministration: Det største antal UTH-er i 2018 er medicin der ikke er givet til tiden eller slet ikke givet. Der er her i 2019 indført nyt tiltag, hvor der i den daglige planlægning, planlægges med en fast medicin ansvarlig på hvert afsnit. Det ser ud til at have haft god effekt i dagvagten.

Infektioner: I starten af 2018 havde vi en periode med mange infektioner, influenza og lungebetændelse. Tiltag i den forbindelse var at forsøge at adskille de raske fra de syge, at dem der havde influenza var isoleret i egen bolig, men det gav store udfordringer pga mange demente, selv om der var ekstra personale på i denne periode. Vi fik sat luftrensere op i hver enhed for at rense luften for virus og bakterier. Usikkert hvor god effekt det havde.

Der har været betydelig færre indberettede hændelser i 2018 i forhold til 2017. Dette skyldes primært overgang til Cura og udfordringer med nye måder at indberette på. Det skyldes ikke at der reelt har været færre hændelser.

Anna Grethe Boje-Nielsen

UTH-sagsbehandler

Birkelund Plejecenter

Der er blevet indberettet markant færre utilsigtede hændelser i 2018 end der blev i 2017. Årsagen hertil kan være, at der real er sket færre utilsigtede hændelser, men det kan også være at der desværre har været mindre fokus på indberetning af utilsigtede hændelse i 2018. Et mindre fokus kan blandt andet være pga. implementering af nyt journalsystem CURA, som var en omfattende proces. Tallene viser, at fejl vedrørende medicinering var faldet fra 74 i 2017 til 19 i 2018. Da der siden årsskiftet til 2019 allerede er indberettet 34 UTH'ere hvoraf de 30 af dem er relateret til medicinen bør tallene fra 2018 betragtes med en vis skepsis.

UTH Årsberetning 2018

I forhold til de utilsigtede hændelser, der blev indberettet i 2018 har nogle af dem været på baggrund af manglende viden hos plejepersonalet om hvordan medicinmodulet fungerer i CURA. Dette er der i 2018 handlet på ved bl.a. at afholde læringseftermiddage med formål at alle fik mere viden om CURA. Herudover blev retningslinjerne vedrørende medicinadministration gennemgået på teammøde. Den manglende fokus på indberetning af UTH'ere fra 2018 er der allerede i 2019 er der iværksat handlinger imod.

Fra foråret 2019 er der kommet en ny UTH-sagsbehandler på Birkelund og i samarbejde med plejehjemmets leder er det besluttet i første omgang at have fokus på;

- 1) Den *eventuelt* manglende rapportering i 2018. Indsatsen omfatter, at få alle i personalegruppen lært op i at indberette egne UTH'er. Tidligere har opgaven i fh.t. indberetning været uddelegeret til sygeplejersken, men da der skal ske en refleksion over egen praksis giver det kun mening, at det er det personale der har været indblandet i UTH'en også selv indrapporterer. Herved bliver det nødvendigt for medarbejderes at identificere de årsager der er skyld i UTH'en og straks reflektere over egen praksis -og derved lære at handle anderledes fremadrettet. Derfor er der udarbejdet undervisningsmateriale som alle ansatte på Birkelund (ca. 90 ansatte) skal gennemgå med UTH-sagsbehandleren.
- 2) Ud fra de indrapporterede UTH'ere og tilbagemeldinger i forum er de overordnede årsager til fejl vedrørende medicinen identificeret og relevante tiltag iværksat. 1 af 4 afdelinger er nu undervist i de fremtidige indsatser og forventninger og de resterende undervises over sommeren. Herefter vil vi kunne lave en vurdering af effekten ved de nye tiltag. I foråret 2020 vil der blive lavet en status-rapport efter første halvår efter de nye tiltag er implementeret.

For nærmere information om identificerede årsager kan interesserede henvende sig til undertegnede.

Bettina Broch

UTH-sagsbehandler

Hjemmeplejen Løsning og Hedensted Kommune

Der er i hjemmeplejegrupperne lavet forskellige tiltag og initiativer på baggrund af de indberettede UTH'er

I januar 2018 implementerede vi Cura, hvilket betyder en ændring i medicingivning og dokumentation i forhold til registrering af given medicin.

Arbejdsgangen i forbindelse med medicingivning har medført færre fejl, da det skal registreres i Cura, når man har udført en medicingivning, ligeledes kan man se en optælling på hvor meget medicin borgeren får.

Udviklingen i fejl på medicingivningen er faldet, dette kan skyldes den øgede opmærksomhed på at registrere at medicinen er givet.

Vi har indført Cura nøglepersoner, hvilket gør det lettere for en medarbejder, at få hjælpen i forhold til registrering og i tilfælde af tvivl. Dette gør at der er kommet øget opmærksomhed på, at den enkelte medarbejder gør en indsats for at holde sig ajour i forhold til al den borgerrettede dokumentation.

Karin Dieckmann Gregersen

Uth-sagsbehandler

Sygeplejeenheden Juelsminde, Hedensted og Uldum, Akutteam og Rehab-og akutcenter

Der er i Sundhed lavet forskellige tiltag og initiativer for at forbedre arbejdet på baggrund af indberettede UTH'er.

1. Vi har fået Cura i januar 2018 hvilket betyder en ændring i medicingivning og dokumentationsadfærd.

Arbejdsgangen i forbindelse med medicinadministration har medført færre fejl i forbindelse med optælling af antal af tabl. Samt manglende givning af ikke dispenseret medicin fx øjendråber.

I forhold til overførelse af ændringer i FMK til vores lokale medicinkort har der været UTH fejl, udløst af at systemet skulle åbne det enkelte præparat såfremt der var ændringer af frekvens eller styrke. Her har der været en system fejl, hvorfor der har været arbejdet med at alle ændringer i frekvens og styrke skulle tjekkes af.

2. Vi har i foråret 2018 fået fokus på risiko præparater, hvilket betød en ændring af sygeplejeindsatskataloget med heraf ændring i mulighed for delegering.
3. Fastholdelse af procedure for medicinadministration.
4. Fortsat fokus på ikke at dosere det medicinske præparatet/håndkøbsmedicin er ordineret i FMK
5. Udviklingen i antal indberetninger i Sundhed i 2018 er faldende i forhold til 2017. Der er usikkerhed i forhold til årsagen til faldet. De tiltag vi har i værksat tidligere kan have haft effekt, dog kan også implementeringen af nyt omsorgssystem og om organiseringen have mindsket fokus på indrapporteringen.

Vi har en oplevelse af at indberetningerne på sektorovergange er stigende. Indsatsen herfor var i 2018 deltagelse i 'projekt udskrivelse' og 'følge hjem ordninger' i samarbejdet med HEH. I 2019 opstartes projekt kom godt hjem team i kommunal regi.

Forfatter er lederne: **Jette Roest, Lone Bockhoff, Birthe T. Larsen, Christina Bjerking og Kristina Juul**

Berits hjemmepleje

Vi har en aftale om, at hvis der kommer en uth, så bliver den behandlet på vores næste gruppemøde så alle kan drage læring af den. Således at vi i fremtiden ikke laver den samme fejl 2 gange.

Vi har i denne proces lavet et tiltag omkring oplæring af nye medarbejder, hvor vi har faste medarbejder som varetager denne opgave. De sikre sig, at alle nye medarbejder på deres intro dag i Berits hjemmepleje får gennemgået deres kompetenceskemaer evt. ved tvivl med en sygeplejerske eller en leder. På den måde sikre vi, at ingen overskrider deres kompetence område, men beder om faglig sparring og hjælp fra en med rette kompetencer hvis de står i en akut opgave.

Vi har udarbejdet et velkomsthæfte til nye medarbejder, hvor der står beskrevet hvad de skal nå at gennemgå på deres intro dag. Dette for at sikre os og medarbejderen, at de har fået den viden de har behov for når de skal køre selvstændigt i deres første vagt.

Heidi Hansen, Souschef hos Berits hjemmepleje.

Nederbylund Plejecenter

	2017	2018	
Anden utilsigtet hændelse		1	1
Behandling og Pleje	1		1
Infektioner	4		4
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.		1	1
Medicinering herunder væsker	32	21	53
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	1		1
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	3		3
Nederbylund Plejecenter Total	41	23	64

Ad: Hvilket forbedringsarbejde og initiativer er der iværksat i 2018

- Har arbejdet med utilsigtede hændelser medført læring og ændringer af arbejdsgange ift. lokale problematikker?
 - Der har været en del UTH' er vedr. medicingivning om aftenen. Medicinen har været hældt forkert op eller manglet. Dette har medført en arbejdsgang, hvor egenkontrol efter medicindoseringen er blevet skærpet, og reglerne for tælling opfriskes og efterfølges – samt en ændret arbejdsgang, hvor dagvagten tæller medicinen op for hele døgnet en given dag. Herved kan eventuelle fejl opdages og handles på i dagvagten.
 - Der har ligeledes været et antal UTH' er, hvor medicinen ikke er blevet givet eller er blevet givet 2 gange. Til denne type hændelser, har vi indført en arbejdsgang, som skulle imødegå denne type fejl: kontaktpersonen er ansvarlig for medicinen d.d. og skal sign. på et kvitterings ark. Ingen andre er ansvarlige, med mindre det er nøje aftalt.

Ad: I Social Omsorgs Patientsikkerheds strategien for 2018 ønskedes der fokus på:

- A) Styrelsen for Patientsikkerhed: **medicinering og overgange i patientforløb**
 B) Social Omsorgs fokus: **medicinadministration (udlevering, indgift, indtagelse).**

- Vi har arbejdet med ovenstående, som beskrevet tidligere.
- I forhold til overgange i patientforløb har vi en arbejdsgang, der sikrer at en centersygeplejerske varetager medicinansvaret den førstkommande hverdag. Ved udskrivelser og ved indflytning har den ansvarlige centersygeplejerske bedt sygeplejersken på sygehus/ hjemmepleje om at medicinen er doseret til næste hverdag, hvor hun selv eller en kollega kan tage over. Samt at recepter er indtelefoneret til rette apotek til udbringning.

Ad: Har i arbejdet med andre fokusområder, i så fald hvilke?

- Vi har arbejdet med infektioner generelt. Vi har indført en arbejdsgang i forhold til indberetning af UTH, når en infektion bliver behandlingskrævende.
- Vi har ligeledes en arbejdsgang for at drøfte faglige tiltag eller overvejelser, når en borger har en infektion. Dette sker i forbindelse med vores faglige triagerings møder.
- Vi har desuden haft undervisning ved læge og hygiejne nøglepersoner vedr. forebyggelse af infektioner.
- Stedets elever får ligeledes små opgaver, hvor de skal redegøre for hygiejneprincipperne over for resten af personalet.

Ad: Hvordan har udviklingen i de rapporterede hændelser været i 2018 sammenlignet med 2017?

- Udviklingen har været nedadgående – hvilket er positivt. Jeg tolker det som en indikator på, at vores analyser og deraf ændrede arbejdsgange har været i gavnlig retning.

Dorte Lysgaard
UTH-sagsbehandler

Bilag

Bilag 1

DPSD Hovedgruppe:

Behandling og Pleje	Prøver, undersøgelser og prøvesvar	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	Medicinering herunder 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	Anden utilsigtet hændelse
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Blod og blodprodukter	

Bilag 2

Lokationer:

Hjemmeplejen: <ul style="list-style-type: none"> Hjemmeplejen Rehab Private leverandør 	Hjemmesygeplejen: <ul style="list-style-type: none"> Hjemmesygeplejen Øst, Midt og Vest Akutteam 	Plejebolig:	Sociale botilbud:
Øvrige tilbud til borgere med handicap: <ul style="list-style-type: none"> Fønix 	Sundheds- og Sygeplejecenter: <ul style="list-style-type: none"> Træning, sundhedsfremme og forebyggelse 	Andet: <ul style="list-style-type: none"> Velfærdsrådgivningen Hjælpemiddelafdelingen CURA. 	

Bilag 3

***Alvorlighed**
Du skal her vælge den kategori, som bedst beskriver konsekvensen af hændelsen for patienten

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

Kilde:

Grafer og tal er hentet fra DPSD rapporterings system.