



# UTH Årsberetning, Stab og Udvikling 2019

## UTH Årsberetning for Hedensted Kommune

Af: UTH Risikomanager Mette Hartvig Pedersen



**HEDENSTED**  
KOMMUNE

Ny Skolegade 4  
8723 Løsning  
T: 79755000

## Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Udvikling - Der er rapporteret flere utilsigtede hændelser i Hedensted Kommune i 2019, sammenlignet med året før</b> .....	<b>5</b>
<b>Lokationer</b> .....	<b>6</b>
<b>Fordelingen af rapporterede hændelser på DPSD-hovedgrupper</b> ....	<b>7</b>
Områder med flest utilsigtede hændelser.....	7
Alvorlighedsgraden for de hændelser der er rapporteret i undergrupperne urinvejsinfektioner, administration og fald.....	8
<b>Alvorlighedsgrad</b> .....	<b>9</b>
<b>Patienter og pårørende</b> .....	<b>10</b>
<b>Sektorovergang</b> .....	<b>10</b>
Hedensted Bofællesskab (Solhøj, Lunavej og Rørkærvej) .....	11
Uldum Bofællesskab (Tidligere afd. Åbo og Egespring).....	11
Bofællesskabet Rugmarken.....	13
Bofællesskabet Egevej .....	13
Højtoften.....	14
Kildebjerget.....	15
Velfærdsrådgivningen .....	15
Sundhedsfremme, Forebyggelse og Træning .....	15
Berits hjemmepleje.....	16
Bøgely Plejehjem.....	17
Nedergården Plejehjem .....	17
Kirkedal Plejehjem og Kildevældet Plejehjem.....	19
Birkelund Plejehjem .....	19
Møllebo Plejehjem .....	22
Nederbylund Plejehjem .....	23
Øster Snede Plejehjem .....	24
Løsning Plejehjem .....	24
Funktionsområderne Sundhed, Rehab og Pleje .....	25
<b>Ordforklaring</b> .....	<b>27</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>28</b>
<b>Kilde:</b> .....	<b>28</b>

## Forord

Vi lærer af vores fejl, ved at sagsbehandle de utilsigtede hændelser. Det er derfor essentielt, at hændelserne bliver analyseret. I nogle tilfælde er det relevant, at analysere den enkelte hændelse og i andre tilfælde vil det være relevant, at analysen består af mange hændelser inden for en specifik problemstilling.

Målet med analysearbejdet er, at undersøge "hvad der skete", "hvordan det kunne ske" og "hvad har vi så lært". Analysen giver os en indsigt i og viden om, hvad der ligger til grund for fejlene. Herefter arbejdes der med spørgsmålet "hvad vil vi ændre". Når listen over ændringer er udarbejdet, iværksættes forbedringerne, så lignende fejl fremover kan undgås eller minimeres.

I 2014 godkendte ledelsen (i det daværende Senior Service) en funktionsbeskrivelse for UTH-sagsbehandlere. Beskrivelsen dækkede ikke kun UTH-sagsbehandlerens rolle og opgaver i patientsikkerhedsarbejdet, men rummede også forventninger til lederen og dennes rolle i patientsikkerhedsarbejdet. UTH-sagsbehandleren skulle bl.a. afholde møder og orientere, samt drøfte mønster og tendenser, med nærmeste leder, samt drøfte ændringstiltag og kvalitetsudvikling.

Derudover tilbød risikomanageren 2-3 gange om året, at afholde netværksmøder for sagsbehandlere.

Voksenhandicap har siden afholdt 2-3 netværksmøder årligt, mens Senior-området ikke så et behov for at afholde netværksmøder.

I 2016 blev der udarbejdet en strategi for Patientsikkerhed i Social Omsorg 2016 – 2018. Heri fremgik formål, mål og fokusområder. Ledelsen i Senior Service har årligt godkendt de tilrettede fokusområder, som var tilrettet Styrelsen for Patientsikkerheds temaer og de problemstillinger som var rapporteret i kommunen.

I slutningen af 2019 godkendte ledelsen i Social Omsorg, nedsættelsen af en ledelsesforankret UTH-gruppe. Når navnene på alle ledelsesdeltagerne ligger fast, vil en af de første opgaver i 2020 være, at udarbejde en ny strategi for UTH området.

## Indledning

Rapportering af utilsigtede hændelser giver et indblik i, hvilke fejl der kan opstå, når der udføres sundhedsfaglig virksomhed. Siden slutningen af 2010 har det været lovbestemt, at alle kommuner skal rapportere utilsigtede hændelser.

I 2019 er antallet af rapporterede hændelser steget med 41,3%. Stigningen skyldes muligvis, at implementeringen af det nye system Cura var overstået og det igen var blevet nemt at tilgå DPSD-rapporteringssystem. Vi er dermed tilbage på niveau med 2017.

En signifikant stor andel af de rapporterede hændelser ligger i 3 ud af 12 hovedgrupper. Der ses nærmere på, hvilke hovedgrupper og undergrupper der skiller sig ud. Hvordan alvorlighedsgraden fordeles sig inden for disse undergrupper og hvilke problemstillinger der rapporteres inden for alvorlighedsgraden moderate og alvorlige.

Hovedparten af de rapporterede hændelser kategoriseres "ingen skade" eller "mild". Der ses dog en markant stigning i antallet af "moderate" hændelser fra 34 til 141 i 2019. Heraf hænger en del af det sammen med, at 81 af hændelserne er infektioner.

Trods Styrelsens for Patientsikkerheds i 2018 lancerede en kampagnen, som skulle få flere patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser. Så udgør hændelser rapporteret af patienter og pårørende samt hændelser rapporteret i sektorovergangen kun en meget lille andel af det samlede antal rapporterede hændelser.

Afslutningsvis får vi UTH-sagsbehandlingernes bidrag til årsrapporten. Vi får et indblik i, hvordan der lokalt bliver arbejdet med utilsigtede hændelser. Hvad der er fokus på, hvilke tiltag der har været iværksat og hvordan det er gået.

## Udvikling - Der er rapporteret flere utilsigtede hændelser i Hedensted Kommune i 2019, sammenlignet med året før.

I 2019 blev der rapporteret 303 flere utilsigtede hændelser end i 2018. Hvorimod der i 2018 blev rapporteret 280 færre hændelser end i 2017. Stigningen i 2019 med 303 flere hændelser bringer os dermed tilbage på niveauet i 2017.

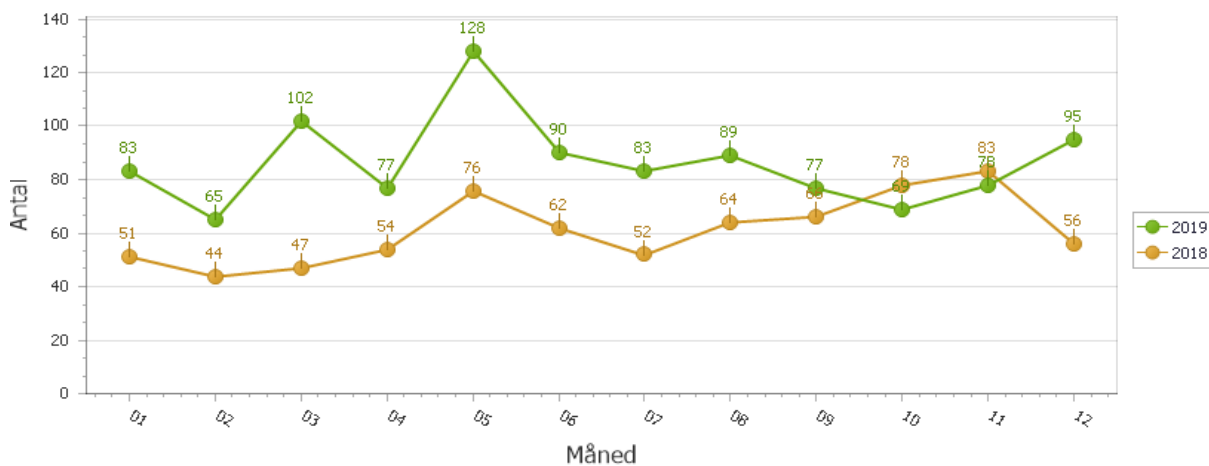
I 2018 blev det antaget, at implementeringen af det nye omsorgssystem Cura på Senior-området i Social Omsorg, mindskede fejl og derfor spillede en stor rolle i nedgangen af rapporterede hændelser.

Med et samlet antal hændelser på 1036 i 2019 mod 733 hændelser i 2018. Tyder årsagen til nedgangen i 2018 på, at der blev rapporteret færre utilsigtede hændelser under implementeringen. Differencen på 303 hændelser svarede til, at ca. hver tredje utilsigtede hændelse, ikke blev rapporteret i 2018.

En anden medvirkende faktor, som i 2018 ansås for at have haft indflydelse på nedgangen af rapporterede hændelser, var tilgangen til rapporteringssystemet. I det gamle omsorgssystem CSC kunne man tilgå rapporteringssystemet via et link. Dette blev i Cura, først en mulighed i slutningen af 2018. Det betød, at personalet indtil da skulle benytte et link via medarbejdernettet eller via Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. En arbejdsgang som både var omstændig og tidskrævende.

Den registrerede stigning af hændelser i 2019 ses derfor som et resultat af, at Cura havde været integreret i Senior-området i et år og linket til rapportering af utilsigtede hændelser igen var let tilgængelig.

Nedenstående linediagram illustrerer, hvordan antallet af rapporterede hændelser pr. måned stiger i efteråret 2018 med undtagelse af december. Niveauet af rapporterede hændelser i efteråret 2018, fortsætter gennem hele 2019, med undtagelse af enkelt stigninger i marts og maj måned.



En tredje antagelse i 2018 var, at den fortsatte øgede opmærksomhed på medicingivning samt lokale initiativer, medvirkede til faldet i rapporterede hændelser.

Faldet på 129 i antallet af "medicin ikke givet" i 2018, blev tillagt det nye omsorgssystem. I 2019 stiger antallet igen med 43 hændelser.

### Oversigt over hændelser rapporteret inden for "medicin ikke givet"

DPSD Hovedgruppe	DPSD Problem	2017	2018	2019
Medicinering herunder væsker	Medicin ikke givet	492	363	406

# UTH Årsberetning 2019

Trods stigningen i 2019, vurderes det fortsat, at Cura har medvirket til at nedbringe antallet af fejl i "medicin ikke givet". Blandt andet fordi det er brugervenligt, - eksempelvis er det første der vises, når man tilgår borgeren, hvilke opgaver der skal udføres.

At der fortsat sker fejl, bliver i hændelserne begrundet med: at besøgsplanen ikke bliver læst, at medicinmodulet ikke er tilgået, manglende kvittering for medicingivning eller kun dele af medicingivningen, medicin ikke udleveret, men kvitteret for eller at medicinskemaet ikke bliver tjekket/korrekt tjekket.

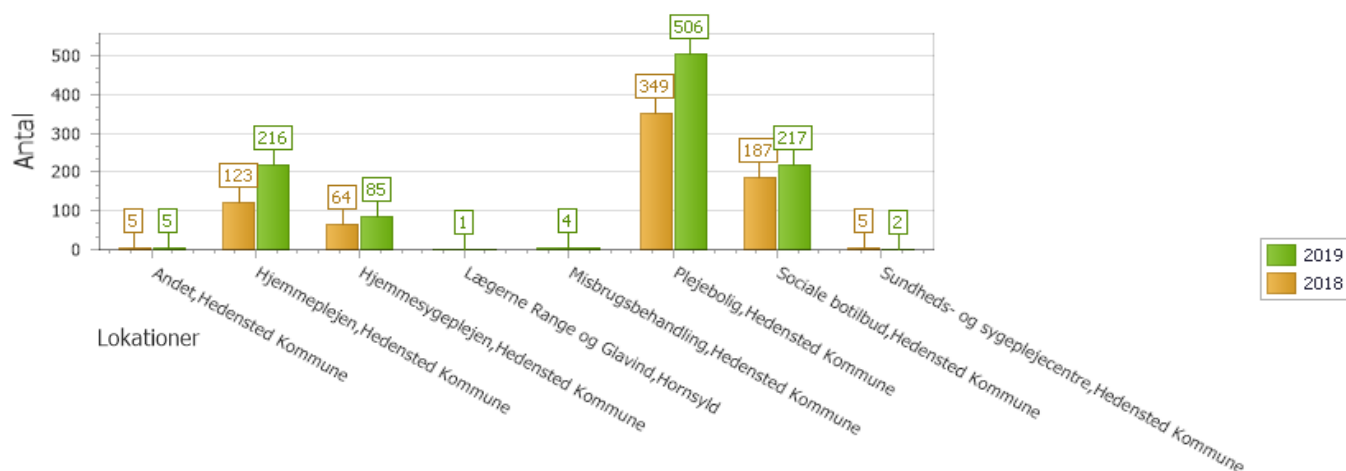
På Social-området i Social Omsorg, arbejdede man i 2019 fortsat i CSC. Her har antallet af "medicin ikke givet" ligget på nogenlunde samme niveau de sidste 3 år. Udsvingene i rapporterede hændelser fra 2017 til 2019 inden for denne problemstilling, skal derfor ikke findes her.

Skemaet viser antal hændelser og den procentvise stigning/fald siden 2017 og frem til 2019.

År	Antal hændelser	Udviklingen i UTH siden 2017
2017	1013	100%
2018	733	Falder med 280 hændelser = - 27,60 %
2019	1036	Stiger med 19 hændelser = 2,3%. Stigningen fra 2018 til 2019 = 41,30 %

## Lokationer

Søjlerne viser hvorledes de rapporterede utilsigtede hændelser fordeler sig på lokationerne i 2018 og 2019.



Hvem der er omfattet af ovennævnte lokationer, fremgår af bilag 2.

I søjlediagrammet ses der en øget rapportering inden for henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejebolig og sociale botilbud. Med undtagelse af de sociale botilbud, så tillægges den øgede rapportering, at det nye omsorgssystem ikke længere krævede de samme ressourcer og var blevet hverdag. Ligesom tilgangen til rapporteringssystemet var blevet let.

I 2018 gennemgik de sociale botilbud en omstrukturering, hvilket blev lagt til grund for faldet i utilsigtede hændelser. Stigningen i 2019 ses derfor som et tegn på, at hverdagen har normaliseret sig. Misbrugsbehandling blev i 2019 en del af lærings- og forbedringsarbejdet. Af samme årsag, findes der ingen data til sammenligning.

Skemaet viser lokationernes procentvise ændring i rapporterede hændelser fra 2018 til 2019.

Lokation	År 2017	År 2018	År 2019	Procent
Sundhed- og sygeplejecentre	3	5	2	↓ 60 %
Andet	4	5	5	0 %
Social botilbud	201	185	217	↑ 17,3 %

## UTH Årsberetning 2019

Hjemmeplejen	174	124	215	↑ 73,4 %
Hjemmesygeplejen	99	66	88	↑ 33,4 %
Øvrige tilbud til borgere med handicap	3	0	0	0 %
Plejebolig	532	350	502	↑ 43,4 %
Praktiserende læger**	0	0	1	↑ 100 %
Misbrugsbehandling	0	0	4	-

\*\* Hovedproblemet ligger i praksis, men Hedensted Kommune har været involveret i hændelsen, hvorfor hændelsen indgår.

Som skemaet fortæller, har vi haft en stigning på stort set alle områder i 2019. Set ud fra de udfordringer Social Omsorg har haft i 2018. Så vil en sammenligning med tallene fra 2017, give et mere reelt billede af udviklingen. I så fald vil tallene i stedet se således ud:

- de sociale botilbud stigning med 8 % og ikke 17,3%.
- hjemmeplejen stigning med 23,6% og ikke 73,4%,
- hjemmesygeplejen falder med 11%, frem for at stige med 33,4% og
- plejebolig falder med 5,6%, frem for at stige med 43,4%.

De Sociale botilbud fik i 2018 en intensiv undervisning og vejledning i dokumentation af sundhedsfaglig virksomhed. Stigningen skal muligvis ses som et resultat heraf.

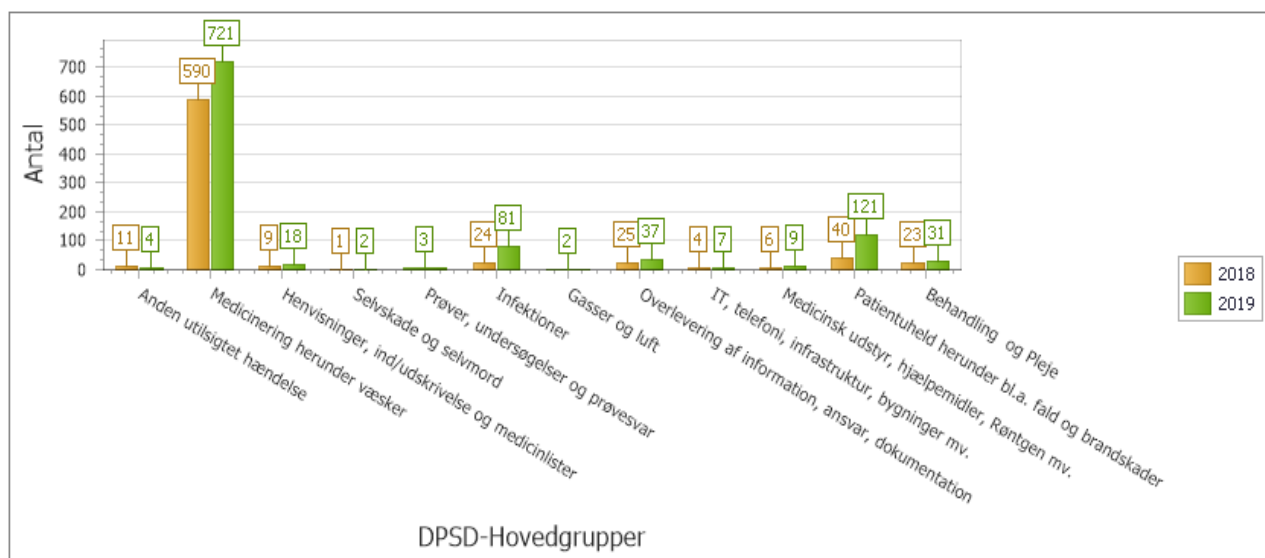
For de øvrige bekræfter det, at Cura har en positiv effekt på antallet af fejl. Blandt andet på medicinområdet, hvor der i 2017 var rapporteret 821 hændelser mod 721 i 2019.

Færre fejl er lige med øget patientsikkerheden. Det mindsker stress hos personalet og frigiver ressourcer til, at fokuserer på kerneopgaven og opgaver og problematikker.

### Fordelingen af rapporterede hændelser på DPSD-hovedgrupper

I 2019 fordelte de rapporterede hændelser sig på 12 af de 14 DPSD hovedgrupper (bilag 1). Nedenstående søjlediagram viser fordelingen i 2018 og 2019.

I 11 ud af de 12 DPSD hovedgrupper ses der en stigning i antallet af rapporterede hændelser i 2019. De hovedgrupper som skiller sig ud, er "medicinering herunder væsker", "infektioner" og "patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader". Tilsammen udgør de 89,1% af det samlede antal rapporterede hændelser i 2019.



### Områder med flest utilsigtede hændelser

Alle hovedgrupper har underliggende grupper, kaldet DPSD-proces. Medicin herunder væsker, Infektioner og Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader, har hver én undergruppe som skiller sig ud.

## UTH Årsberetning 2019

Undergrupperne Urinvejsinfektion, Administration og Fald udgør tilsammen 70,17%, af det samlede antal rapporterede hændelser i 2019.

Nedenstående oversigt illustrerer fordelingen på de 3 hovedgrupper for 2018 og 2019.

		*Opret dato [Year]-Trend		
DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces	2018	2019	Stigning
Infektioner	Urinvejsinfektion	9	60	566,66%
Infektioner Total		9	60	Difference på 51
Medicinering herunder væsker	Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	476	551	15,76%
Medicinering herunder væsker Total		476	551	Difference på 75
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	Fald	39	116	197,43%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader Total		39	116	Difference på 77
Grand Total		524	727	727

Oversigten viser ligeledes, at der inden for de 3 undergrupper, er sket en markant stigning i antallet af rapporterede hændelser. Årsagen hertil vurderes at skyldes:

- At der flere steder lokalt, var kommet fokus på utilsigtede hændelser og rapportering
- At der var fokus på urinvejsinfektioner og fald
- At det var blevet lettere at rapportere utilsigtede hændelser til DPSD-rapporteringssystem via omsorgssystem

### Alvorlighedsgraden for de hændelser der er rapporteret i undergrupperne urinvejsinfektioner, administration og fald

Hovedparten af de 3 undergruppers hændelser, rapporteres med en alvorlighedsgrad inden for kategorierne "inden skade" eller "mild". Det betyder, at konsekvensen af disse hændelserne har været ingen eller lettere forbigående gene, som ikke krævede øget behandling- eller plejeindsats, bilag3.

Ud fra nedenstående oversigt, ses der en stigning i antallet af "moderate" hændelser i alle 3 undergrupper og en enkelt alvorlig hændelse.

*Opret dato [Year]-	DPSD Proces	Alvorlig	Ingen skade	Mild	Moderat	Grand Total
2018	Administration (Udle		369	104	3	476
	Fald		17	20	2	39
	Urinvejsinfektion				9	9
2018 Total			386	124	14	524
2019	Administration (Udle		406	126	19	551
	Fald	1	60	38	17	116
	Urinvejsinfektion				60	60
2019 Total		1	466	164	96	727

### Administration - moderat

Her ses en stigning på 16 hændelser i 2019. Af dem skulle 9 være kategoriseret som "ingen skade" eller "mild". De 7 moderate hændelser omhandlede:

- Iværksat behandling ikke udført eller opstartet korrekt. Hvilket forlængede borgerens gener.
- Forkert udlevering af medicin, medførte lægekontakt, øget tilsyn og behandling/pleje af borger
- Manglende udlevering over længere tid, medførte behandling af mange urinvejsinfektioner i perioden.
- Fejl ved insulingivning, medførte flere tilsyn og behandling
- Forkert udlevering af medicin medførte sygeplejekontakt og flere tilsyn, til observation af borger



## Fald – moderat

Inden for fald var der i 2019 en stigning på 15 hændelser. 4 af dem skulle være kategoriseret som "ingen skade" eller "mild". De 11 moderate hændelser omhandlede:

- Fald, hvor det viste sig, at borgeren havde en uopdaget urinvejsinfektion. Lægekontakt.
- Fald, hvor borgeren overvurderede egen formåen. Lægevagt/skadestue, medførte øget tilsyn behandling, pleje og hjælp til forflytning/mobilisering.
- Fald – med efterfølgende behov for øget behandling sårpleje.

## Fald – alvorlig

Et fald blev i 2019 kategoriseret som alvorlige. Hændelsen blev oprindelig rapporteret som "ingen skade". Under sagsbehandlingen bliver alvorligheden ændret fra "ingen skade" til "alvorlig" og afsluttet.

- Hoftefraktur

## Urinvejsinfektion - moderat

Inden for rapportering af urinvejsinfektioner, er der i 2019 sket en markant stigning på 51.

Når en infektion konstateres, indebærer det øget behandling, lægekontakt, prøvetagning, nogen gange øget pleje og for det meste receptpligtig medicin.

Overordnet vidner mange af sagsbehandlingerne om, at der lægges ressourcer i at mindske fremtidige urinvejsinfektioner.

- Der blev sat fokus på forebyggelse af UVI.
- Fokus på korrekt nedre hygiejne
- Fokus på væskeindtag
- Nogen har haft succes med at mindske antallet af UVI. Fokus har være på væskeindtag, TOBS og samarbejde med den praktiserende læge.
- Der blev arbejdet på at få inkontinens sygeplejersken ud og undervise
- Nogen registrerede, om der var en sammenhæng med bestemte borgere og UVI. – Resultatet forelå ikke i sagsbehandlingen.

## Alvorlighedsgrad

Der kan drages læring af alle hændelser, uanset hændelsens alvorlighedsgrad.

Hændelser med "ingen skade" eller "mild" er vigtige at forebygge, da de iværksatte tiltag kan være med til at forhindre, at hændelserne sker igen og næste gang måske med større skade til følge.

Fejl med alvorlighedsgraden "moderat", "alvorlig" og "dødelig" skal behandles hurtigt, så årsagen til fejlen/fejlene kan forebygges.

Hvis sagsbehandleren mener, at alvorligheden i en hændelse har ændret sig til at være "alvorlig" eller "dødelig", skal der tages kontakt til risikomanager.

For alle "alvorlige" eller "dødelige" hændelser gælder det, at der skal udarbejdes en hændelsesanalyse. Hændelsesanalysen er et arbejdsredskab, til at opnå læring. Her fokuseres der ikke på hvem der gjorde hvad, men hvorfor hændelsen skete.

I forhold til 2018 ses der en meget stor stigning i de "moderate" hændelser. En del af dem skyldes, at der er blevet rapporteret flere infektioner. Igen er det de 3 undergrupper som skiller sig ud, ved at stå for 124 af de 141 "moderate" hændelser.

*Opret dato [Year]-	Alvorlig	Dødelig	Ingen skade	Mild	Moderat	Grand Total
2018			533	166	34	733
2019	3	1	674	217	141	1036

Ovenstående diagram viser alvorlighedsgradernes fordeling i 2018 og 2019. Forklaringen på hvad der ligger i alvorlighedsgraden, se bilag 3.

## Alvorlige

Der har været rapporteret 3 alvorlige hændelser i 2019. Der er lavet hændelsesanalyse på 2 af hændelserne. Den 3. blev oprindeligt kategoriseret som "ingen skade", men efterfølgende ændret til "alvorlig". Der blev derfor ikke lavet en hændelsesanalyse.

## Dødelig

Der er rapporteret en dødelig hændelse. Hændelsen er drøftet og der er udarbejdet en hændelsesanalyse.

## Patienter og pårørende

Tidligere skulle patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser på hver deres skema. Sidste år blev det ændret, så patienter og pårørende anvender samme skema.

Rapporteringssystemet er et lærende system, til dem som udfører sundhedsfaglig virksomhed. Derfor har patienter og pårørende ikke adgang til systemet. Når man som patient eller pårørende rapporterer en hændelse, vil mange gerne have en tilbagemelding. I Social Omsorg har man valgt, at alle patienter eller pårørende bliver kontaktet.

Styrelsen for Patientsikkerhed iværksatte i 2018 en kampagne, som skulle få flere patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser. Ud over en lille stigning i 2019 på 2, er vurderingen, at kampagnen ikke har haft den ønskede effekt.

Hændelsessted	Patienter og Pårørende UTH 2	
	2018	2019
Hedensted Kommune	1	3

Tabellen viser hændelser rapporteret af patienter/pårørende til Hedensted Kommune.

## Sektorovergang

I 2019 blev der rapporteret 4 utilsigtede hændelser til Hedensted Kommune, hvilket var 3 mere end i 2018. Modsat rapporterede kommunen 74% flere hændelser i sektorovergangen i 2019 end i 2018.

Hovedparten af de hændelser der rapporteres i sektorovergangen, omhandler oftest interne problemer. Hændelser som er alvorlige eller dødelige, og hvor begge parter i større eller mindre grad bidrog, eller på anden vis var involveret i hændelsen, vil sammen udarbejde en hændelsesanalyse.

I 2019 deltog Hedensted Kommune i udarbejdelsen af en hændelsesanalyse, rapporteret i sektorovergangen af kommunen. Hedensted Kommune var på anden vis involveret i hændelsen.

### 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 Hedensted Kommune.

2018	Social Omsorg, Hedensted Kommune		2019	Social Omsorg, Hedensted Kommune	
RHH	26	0	RHH	40	3
Apotekerne	4	0	Apotekerne	10	0
Praktiserende Læger	8	0	Praktiserende Læger	18	0
Vagtlæge	1	0	Vagtlæge	0	0
Psykiatri	0	0	Psykiatri	0	1

## UTH Årsberetning 2019

AUH	-	1	AUH	-	-
Total	39	1	Total	68	4

### Sagsbehandlerne bidrag til årsberetningen 2019

#### Hedensted Bofællesskab (Solhøj, Lunavej og Rørkærvej)

Jeg er UTH ansvarlig for 3 bo enheder, som ikke ligger på samme matrikel i kommunen.

Jeg har talt med min øverste leder i social omsorg om, at jeg synes det ville være en gevind, hvis de andre to bofællesskaber blev repræsenteret i det nye sundhedsfaglige vidensteam, som er blevet oprettet i kommunen. Jeg håber denne viden smitter af på, at man bliver mere opmærksom på UTHér.

Jeg giver relevant info på vores p-møder, hvor vi har et punkt på dagsordenen, som hedder UTH. I de andre to bofællesskaber mailer jeg relevant info ud til alle kollegaerne.

Når jeg får tilsendt informationer fra risikomanager, videresender jeg dette til alle tre bofællesskaber.

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 procedure.

De 2 UTHér jeg har sagsbehandlet i 2019, har ikke været alvorlige, og er noteret i journalsystemet.

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

*UTH-sagsbehandler  
Bofællesskabet Lunavej*

#### Uldum Bofællesskab (Tidligere afd. Åbo og Egespring)

På Uldum Bofællesskab har vi i 2019 haft en stigning på 50% i vores UTHér. En del af denne stigning kan forklares ved, at vi i starten af 2019 havde Risikobaseret Tilsyn og dette gjorde, at hele personalegruppen fik et meget større fokus på at få indberettet, når der var en UTH. Men det gjorde jo også, at vi blev opmærksom på, at der var mange flere UTHér end først antaget. Derudover har vi på Uldum Bofællesskab i hele 2019 haft flg. problematikker, som bl.a. har været årsag til de mange UTHér:

- 1) Store medicindispenseringer
- 2) En del PN medicin – som har krævet øget opmærksomhed ved udlevering
- 3) Mange ændringer i en gruppe borgeres medicin. Ændringerne er bl.a. foregået ifm. hospitalsindlæggelser, terminal samt iværksættelse af diverse penicillin kure m.m.

Grundet den store stigning i UTHér har jeg haft nogle møder med vores leder samt den koordinerende sygeplejeske, som er blevet tilknyttet bostederne i Hedensted kommune. Jeg har

forinden systematisk gennemgået de UTHér, som var indberettet og behandlet, så jeg havde et overblik over, hvilken type UTHér det drejede sig om.

Ud over møder med vores leder og den koordinerende sygeplejerske, har vi naturligvis også drøftet alvoren af de mange UTHér til personalemøder. Personalet har i fællesskab besluttet de tiltag, som jeg nedenfor har beskrevet er iværksat.

Vi har på Uldum Bofællesskab arbejdet med følgende forbedringstiltag:

### **Manglende udlevering:**

Næsten halvdelen af UTHérne drejede sig om "Administration af medicin" og heraf var over halvdelen "Medicin ikke givet". Hvilket jo er ret alvorligt. Jeg fandt dog ud af, at de fleste af borgerne havde fået medicinen efter at UTHén var lavet, da personalet havde været i kontakt med lægen og fået vejledning i, om medicinen måtte gives, selvom tidspunktet var overskredet. Men der var også en lille del af borgerne, som ikke havde fået deres medicin.

### **Sidedispenseret medicin:**

Flere af UTHérne handlede om sidedispenseret medicin. Dette galt især ved borgere med dosisdispenseret medicin. Personalet var simpelthen ikke opmærksom på, at der ud over den dosisdispenserede medicin også lå en doseringsæske med f.eks. en penicillinkur, smertestillende eller anden PN-medicin.

Der blev derfor noteret på selve præparatet i systemet "OBS: Sidedispenseret medicin". Denne bemærkning fremstår så tydeligt på den medicinliste, som personalet skal tjekke på, når medicin udleveres til borgerne. Derudover blev der sat en Dymo med teksten "OBS: Sidedispenseret medicin" på borgerens medicin-mappe, hvori medicinlisten ligger.

Dette har helt klart mindsket UTHér omhandlende sidedispenseret medicin.

Vi er i marts 2020 overgået til et nyt dokumentationssystem, hvor vi i medicinmodulet kan oprette en borgeropgave på "udlevering af sidedispenseret medicin" i tilfælde af ordineret af sidedispenseret medicin. Denne procedure er iværksat fra opstart af det nye dokumentationssystem, for at forebygge en stigning af UTHér.

### **Udleveringstidspunkter:**

Vi blev også opmærksom på, at nogle af UTHér kunne skyldes antal udleveringstidspunkter. Der er derfor lavet en gennemgang af tidspunkter for udlevering af medicin, hvilket viste, at der var rigtig mange udleveringstidspunkter. Disse er blevet minimeret, for at mindske forglemmelser af udleveringer.

Det viste sig også, at nogle udleveringstidspunkter lå meget uheldigt, f.eks. lige i et vagtskifte, så disse blev flyttet til et mere hensigtsmæssigt tidspunkt.

Derudover er der i det hus, hvor 80% af UTHérne er sket, og der hvor en gruppe medicintunge borgere bor/boede, lavet et afkrydsningsskema, for at sikre at udleveringerne skete.

Det blev iværksat i slutningen af 2019, og vi kan allerede her i starten af 2020 se en stor effekt af dette. Samtidig må det dog også nævnes, at 2 af de medicintunge borgere er afgået ved døden, den ene i december 2019 og den anden i starten af februar 2020. Dette gør at medicinudleveringerne i huset fremover er minimeret kraftigt.

Afkrydsningsskemaet er ved overgangen til nyt dokumentationssystem i marts 2020 erstattet med borgeropgaver "medicinudlevering", som personalet skal vinge af ved udlevering.

## **Dispenseringsperiode:**

Mange UTHér – faktisk 10% handlede om, at personalet ikke havde fået sat den rigtige periode på medicinlisterne – den periode som skal stemme overens med det antal dage for dispenseret medicin, som medicinlisten lå sammen med. Dette har ikke haft nogen som helst betydning for den medicin, som borgerne har fået udleveret, da selve medicindispenseringen var fuldstændig korrekt. Det var blot antal dage for perioden, som kunne være 8 dage, men der stod 7 dage på medicinlisten. Disse UTHér lå mest først på året og var nærmest væk, da vi nåede hen på efteråret 2019.

Jeg må sige, at vi på Uldum Bofællesskab alle er meget opmærksomme på at indberette UTHér, da alle personaler ønsker at skabe læring og yde deres bedste for borgerne.

*UTH-sagsbehandler  
Uldum Bofællesskab*

## **Bofællesskabet Rugmarken**

Vi har i 2019 set et mindre fald af UTHér. Dette tænkes til dels at skyldes et øget arbejdspresser der har medført at ikke alle UTHér er blevet indberettet og til dels at vi i personalegruppen har fået legaliseret det at få spurgt ind til hvad der mon "gik galt" da en pille ex ikke blev givet. Ud fra de svar der blev givet er der lavet forskellige tiltag for at synliggøre det korrekte.

*UTH-sagsbehandler  
Bofællesskabet Rugmarken*

## **Bofællesskabet Egevej**

Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)

### **Nye medicineringer (Andet)**

Der blev sat et nyt tiltag i gang, hvor proceduren blev at ved nye medicineringer, skulle der sendes mail rundt til personalegruppen.

I november 2018 blev der evalueret på tiltaget, og problemet betragtes løst.

### **Medicinadministration (Forkert tidspunkt og medicin ikke givet)**

Antallet af medicin, som ikke er givet rettidigt samt ikke er givet er faldende i 2019.

Der er sat alarmer på mobile enheder, til påmindelse af alle medicingivninger.

Periodisk medicin blev skrevet i kalenderen samt i oversigtsseddel hver dag i den periode det skulle gives, da der en enkelt gang var oplevet at medicinen ikke var blevet givet.

Tiltaget opleves som succesfuld.

### **Medicinafstemning**

I 2019 har der været en stigning i forhold til medicinafstemning.

### **(Ødelagt emballage)**

Borgerens medicin er dosisdispenseret og der er gået hul på posen med dagens dosis. Det er formentlig sket dagen forinden ved udlevering af aftenmedicin.

Problemet opleves igen, hvor der går hul på dosisposen.

### **Medicinudlevering**

Der blev iværksat et tiltag, hvor der blev lagt en saks sammen med det dosispakket medicin. Denne benyttes nu i stedet for afrivning af dagens dosis.

Problemet betragtes løst.

### **Opbevaring**

Der har været et fald i UTHér i 2019 forhold til opbevaring.

Der blev præciseret for personalegruppen at når et nyt præparat ordineres, skulle indlægsseddelene gennemgås, for at sikre at medicinen opbevares korrekt. Medicinhåndteringen blev gennemgået igen.

### **YOYO effekt**

Et tidligere tiltag, for at forebygge ulåst medicinskabe var, at personalet fik nøgleringe med "yoyo" effekt. Nøgleringen sidder i personalets bæltestrok og kan bruges uden at tage nøglen af. Man kan således sætte nøglen i låsen, hente hvad man skal mens nøglen sidder i og er nød til at låse skabet igen, for at kunne gå derfra.

Tiltaget opleves, som succesfuld.

*UTH-sagsbehandler  
Bofællesskabet Egevej*

## **Højtoften**

I 2019 er det personalets medicin håndtering, der har været den største kilde til UTH indberetninger. Ud af dem var den største årsag, at "medicin ikke givet".

Det der blev/bliver arbejdet på er, at skabe en kultur, hvor personalet tjekker og kvitterer på medicin registreringseddelen.

Medicin registreringseddelen blev/bliver løbende løbene tilrettet, for at tydeliggøre hvornår og mængde af det der skal gives til den enkelte borger.

Samtidig arbejdes der også på, at skabe en kultur, hvor personalet tjekker medicin skema hver gang, inden udlevering til borgeren.

Der var et tydeligt eksempel på effekten af tilrettningen af registreringseddelen, i den sidste halvdel af 2019. Der var en borger, der på samme klokkeslæt hver dag, fik udleveret to dosisposer, hvor den ene ofte blev overset. Efter det blev tydeliggjort, at der var to poser, faldt UTH indberetningerne på "medicin ikke givet". I 2018 var der 22 UTH registreringer, der var i 2019 faldet til 14 registreringer. Da tallene er samlet set, for alle "medicin ikke givet", så kan der ikke direkte uddrages effekten af ændringen af medicin registreringseddelen, men tendensen er tydelig.

Efter flere tilfælde af UVI, og efterfølgende Urosepsis (blodforgiftning). Blev der udarbejdet en hændelsesanalyse. Det var for, at blive kloget på, om der var noget vi kunne gøre anderledes for, at forhindre eller begrænse UVI hos borgeren.

Det resulterede i, at borgerens sundhedsfaglig handleplan blev ændret. Der er beskrivelse på proceduren for blandt andet nedre hygiejne. Det betyder, at personalet skal bruge forklæde, ikke må bære smykker og ur og der skal ofte vaskes hænder/af sprittes og skiftes engangshandsker. Der ud over, er den generelle hygiejne højnet og fået større fokus, så håndtag, overflader m.m. ofte bliver vasket/af sprittet.

Det blev i huset besluttet, at den samme procedure også skal være gældende, specielt hos de borger der har brug for hjælp til nedre hygiejne.

*UTH-sagsbehandler  
Højtoften*

### Kildebjerget

I 2019 har vi haft en del glemt eller for sent givet medicin.  
Vores tiltag har været.

1. Rettet vores overlapsedler til hvor det tydeligt fremgår hvornår medicin skal gives. Endvidere har vi besluttet at der skal vinges af om medicinen er givet.
2. Vi har lavet en aftale om at der skal gives en diskret besked til den medarbejder der har glemt medicinen.

*UTH-sagsbehandler  
Kildebjerget Bo og Beskæftigelsescenter*

### Velfærdsrådgivningen

Velfærdsrådgivningen har i 2019 haft to registrere utilsigtede hændelser, hvilket er det samme antal som 2018. De utilsigtede hændelser er ikke inden for de samme risikoområder som 2018. Ingen af hændelserne har givet anledning til ændret praksis.

Hele Velfærdsrådgivningen har til et personalemøde fået et oplæg fra risikomanager, med henblik på at sætte fokus på og øge kompetencerne i forhold til utilsigtede hændelser, samt hvornår de skal være opmærksomme på at lave indberetninger.

*UTH- sagsbehandler Velfærdsrådgivningen*

### Sundhedsfremme, Forebyggelse og Træning

#### Iværksat forbedringstiltag

#### Koordinering af træning.

Rettidig indkaldelse til genoptræning

#### *Tiltag*

Genoptræningsplaner fordeles via koordinator som sikrer at genoptræningen iværksættes indenfor 7 dage med mindre andet står skrevet i genoptræningsplanen. Herved sikres det at borgere kommer rettidigt i gang med deres genoptræning og derved vedligeholder deres funktionsniveau bedst muligt.

#### *Effekt*

Ovenstående har vist sig at være en gevinst for afdelingen. Terapeuterne sparer tid ved ikke selv at skulle koordinere deres kalendere og indkalde borgere. Der er løftet en arbejdsopgave væk fra terapeuternes travle hverdag. Ved at der kun er 1 person som står for koordineringen

af træning, sikrer vi at borgerene får rettidig indkaldelse til træning, og vi undgår unødigt ventetid på træning.

## **Dokumentation.**

Mangelfuld dokumentation delvist pga. nyt it system

### *Tiltag*

- Der er lavet retningslinjer for hvordan der skal dokumenteres.
- Personalet er blevet undervist i nyt it system.
- Alle nye medarbejdere introduceres af superbruger til it systemet
- Ledelsen i SFT har indført kvartalsvise stikprøvekontroller i forhold til dokumentation i afdelingen.

### *Effekt*

Der er nu bedre kendskab til it systemet og hvilke muligheder der er for dokumentation i systemet blandt medarbejderne.

Medarbejderne er blevet meget ansvarlige og grundige i deres dokumentation.

## **Førstehjælp i afdelingen.**

Afdelingen har i gennem en årrække vokset i både kvadratmeter og i medarbejdere. Der har ikke været en fast procedure omkring førstehjælp i afdelingen, og nyansat personale har ikke været bekendte med placering af afdelingens førstehjælpsudstyr.

### *Tiltag*

- Nyansat personale introduceres til førstehjælpsudstyr og sendes på førstehjælpskursus.
- Nyansatte gøres bekendt med placering og brug af hjertestarter
- Der placeres et synligt rødt skab i afdelingen med førstehjælpsudstyr bla. blodtryksmåler, førstehjælpskasse med plaster og forbindelse, juice og druesukker, maske til hjerte/lungeredning mm.

### *Effekt*

Hele personalegruppen ved nu hvor de skal hente førstehjælpsudstyr hvis uheldet er ude. Alle har deltaget i førstehjælpsundervisning og er klædt på til at handle hurtigt i kritiske situationer. Personalet er blevet opmærksomme på "faresignaler" hos borgerne under træning.

*UTH-sagsbehandler*

*Sundhedsfremme, Forebyggelse og Træning*

## **Berits hjemmepleje**

Vores tilgang til UTH er uændret. Vi drøfter altid disse på vores fælles møder. Så vi alle bliver opmærksomme på hvad der er sket af UTH'ere. Derved får en fælles dialog omkring, hvordan vi undgår dette sker igen og derved drager læring ind i gruppen.

*UTH-sagsbehandler*

*Berits hjemmepleje*



## Bøgely Plejehjem

Udviklingen i rapporterede hændelser i 2018 kontra 2019

Der har været et markant fald i antallet af indberettede UTHér.

Der er i 2018 blevet implementeret endnu en medicinvogn på Bøgely. De færre UTHér i forbindelse med manglende udleveret medicin tillægger vi denne.

Der er et udviklingspotentiale i at få indberettet UVI, lungebetændelser mm.

### *Forbedringstiltag*

Selvom vi fik implementeret medicinvogne kunne der alligevel ske UTHér (medicin blev givet til forkert patient). Derfor er man kontinuerligt nødt til, at finde nye løsninger og evaluere på de tiltag man sætter i værk.

I en afdeling havde vi en herre og en dame som begge havde deres medicin opbevaret i medicinvognen. Deres navne mindede rigtig meget om hinanden, derfor blev der ved en fejl givet den enes medicin til den anden.

### *Løsning*

Vi valgte at lave farvekoder på medicinskufferne, så herren blev blå og damen blev rød. Stadig var der stor usikkerhed, så man valgte at skrive fulde navne på skuffen.

### *Effekt*

Vi har ikke modtaget lignende UTH indberetninger siden tiltaget blev indført.

*UTH-sagsbehandler*

*Bøgely Plejehjem*

## Nedergården Plejehjem

**Udviklingen i rapporterede hændelser i 2019 kontra 2018 på Nedergården Plejehjem.**

Der har været fokus på, at oplære plejepersonalet i at få indberettet UTH og oplyse om, hvordan vi i kommunen og lokalt kan bruge disse til refleksion og i læringsøjemed.

Det er tydeligt at der er sket en stor stigning i indberetning af især fald og infektioner. Således kunne det tyde på at det øget fokus har fået flere til at indberette en UTH.

- Vi har lokalt brugt vores triageringsmøder/daglige møder og Teammøder til at belyse de problemstillinger, som er aktuelle. Der har været lidt tid til refleksion.

### **Kompetenceskemaer**

- Der har ikke været fyldestgørende kompetenceskemaer.
- Sygeplejerske har opdateret mapper og skemaer, som skal udfyldes og oplyst plejepersonalet (PP) omkring dette gennem møder og daglige tiltag. Der har været fokus på, at få oplært PP i alle de relevante kompetencer, som de kan få.
- Vi har i slutningen af 2019 og stadig fokus på, at få alle PP igennem/opdateret deres kompetenceskemaer og oplevelsen er, at efter der er kommet større fokus på dette igen, så er PP også selv opsøgende omkring dette.

### **Medicinansvarlig**

Der er i 2019 en stigning i "Medicin ikke givet". Denne stigning kan skyldes den øget fokus på indberetning heraf. Det er dog stadig en problematik, som kræver tiltag.

## UTH Årsberetning 2019

- Årsagen kan være mange; at det glemmes, at man ikke er opmærksom på, at en beboer skal have medicin, at man bliver forstyrret, at der er usikkerhed om hvem der har ansvaret for beboeren. Sidstnævnte kan nemt opstå, når PP i løbet af dagen skifter afsnit.
- Der har på vores daglige møder, samt til Teammøder været fokus på, at oplyse PP om problemet. Der er ved at blive iværksat tiltag i form af, at have en medicinansvarlig på hver afdeling, både dag og aften. Måske med et afkrydsningsskema. Processen er stadig i gang. Vi er endnu ikke nået til evaluering af dette og der kan endnu ikke ses effekt heraf.
- Vi har i en periode på godt 1 års tid eftertalt medicindoseringerne, 2 personer tjekker at optællingen passer, og det har formentligt resulteret i, at der ikke er mange fejl i dette. Der ses dog ikke den store forandring fra 2018 contra 2019, men igen tænkes det, at det er grundet den manglende rapportering i 2018.

### **Forebygge infektioner**

Som tidligere nævnt, er der en stor stigning i infektioner i 2019, især urinvejsinfektioner.

- Det kan skyldes, at der er fokus på at få disse indberettet som UTH, som nogle PP har været uvidende om.
- Der har løbende været fokus på nedre hygiejne. Hygiejnesygeplejersken har deltaget i personale-møde med fokus på nedre hygiejne og forebyggelse af UVI. PP er informeret om, at korrekt nedre hygiejne kan findes på VAR-portalens.
- Vi har flere gange under vores møder snakket om øget væskeindtag ved mistanke om UVI, hvorpå der startes væskeskema op og fokus på at nå op på 2 L væske over min 2 dage. Dette med baggrund i artikel om Plejecenter Ågården i Egtved (Sygeplejersken 09.2019), som har fokus på væskeindtag ved mistanke om UVI og som har reduceret deres tilfælde af UVI'er. Vi kan ikke se en effekt endnu.
- Vi har løbende diskuteret om effekten af vaskecreme contra vand og sæbe, men vi har ikke nogen konklusion på dette.
- Ligeledes har vi snakket om, at beboerne kunne have deres egne vaskeklude/håndklæder til nedre hygiejne, men det kræver at alle beboer er med på indkøb af dette (endnu ikke afklaret)
- Vi har fokus på faste toilettider ved borgere som har løbende UVI. Ikke synlig effekt.

### **Faldudredning**

Der ses en stigning i fald i 2019 contra 2018.

- Øgningen anses som naturligt, da PP er blevet oplært og gjort opmærksom på, at et fald skal betegnes som en UTH.
- Der er fokus på, at få lavet faldudredning ved fald. Derudover er der på VAR-portalens, Kortlægning af faldrisiko på institution. Med baggrund i denne, tænkes der på hvordan vi kan forbygge fremtidige fald for den enkelte. Dette er stadig en proces der er i gang og der er ikke nogen færdig evaluering på dette.
- Tænker at dette kræver endnu større fokus i 2020

*UTH-sagsbehandler  
Nedergården Plejehjem*

## Kirkedal Plejehjem og Kildevældet Plejehjem

Da den tidligere sagsbehandler stoppede i februar 2020 og der først i maj 2020 er tilkommet en ny UTH sagsbehandler. Har vi haft nogle måneder uden sagsbehandler på ovenstående plejehjem.

Der foreligger ingen dokumentation for arbejdet i løbet af 2019, og personalet kan heller ikke berette om hvilke forbedringstiltag eller hvilke utilsigtede hændelser de særligt har arbejdet med i løbet af 2019.

Derfor er der for året 2019 ikke nogle forbedringer/løsninger eller andet, at bidrage med fra plejehjemmene Kildevældet og Kirkedal.

*UTH sagsbehandler*

*Kirkedal Plejehjem og Kildevældet Plejehjem*

## Birkelund Plejehjem

På Birkelund har vi i år 2019 arbejdet systematisk med at reducere antallet af UTH'er. Et særligt fokus har været på det høje antal af fejl, der sker ved medicinadministrationen hvor der i 2018 var i alt 20 indberetninger.

Indtil 2019 har der været en tendens til, at den medicin der ikke blev udleveret lå til sygeplejerskerne for at blive indberettet. Årsagen til det skyldes både usikkerhed hos personalet ift. hvordan man registrerer en UTH samt manglende viden om ansvar for indberetning blandt personalet.

De første måneder af 2019 blev brugt på, at klarlægge årsagerne til det høje antal indregistreringer der blev indberettet i 2018. Personalet i en af husets afdelinger blev, til deres teammøder bedt om, at beskrive hvad de så som årsag til fejl i medicinadministrationen.

I det følgende oplistes de identificerede årsager til fejl vedr. medicinadministrationen (hyppigst stat beboere ikke får deres medicin).

- 1) CURA som nyt journalsystem hvor der mangler et samlet overblik (kræver at man åbner for hver enkelt beboer for at se hvornår de skal have medicin). Det kan give udfordringer når man hjælper/overtager for kollegaer.
- 2) CURA har opgaver liggende som ydelser der skal vinges af herunder medicingivning. I tilfælde af der opstartes antibiotika eller anden medicin på andre tidspunkter end beboeren vanligvist får medicin, er der risiko for, at ydelsen der skal vinges af ikke oprettes. I medicinmodulet kan man naturligvis se det, men det kræver igen mange klik inden man når derind. Altså, manglende overblik og manglende rutine med at sikre der oprettes ydelser til at vinge af.
- 3) Manglende dokumentation i CURA om at borger ikke samtykker til medicin, hvorved efterladt medicin så indberettes som manglende udlevering.
- 4) Når borger ikke vil tage medicin på ordineret tidspunkt og det eksempelvis (efter aftale med sygeplejerske) skubbes til næste vagtskifte er der risiko for at det ikke udleveres.
- 5) Manglende rutine med at personalet kontrollerer at alle har fået deres medicin inden fyraften. Herunder at tjekke at kollegaers beboere har fået medicin i tilfælde af kollega har været nødt til at forlade afdelingen.
- 6) Der åbnes ikke for selve medicinmodulet i CURA, men der vinges bare af som 'man plejer', hvorved der hverken tælles antal tabletter eller kontrolleres om der skal gives både fra dosette og dosisdispenseret.
- 7) Travlhed og afbrydelser

## **Lokal opfølgning implementeret fra juni 2019**

I samarbejde med leder Ditte Teist lavede vi den plan, at alle fastansatte på Birkelund skulle undervises i Utilsigtede Hændelser på deres teammøder. Herunder formål med indberetning, hvem og hvornår der skal indberettes, hvad der skal indberettes, de kommunale fokusområder og patientsikkerhedsstrategiske mål, sundhedsjuraen, tidligere tal fra indberetninger og den kommende lokale handleplan. Mødet blev afsluttet med, at alle skulle prøve at lave en indrapportering der naturligvis ikke blev indsendt.

Det var UTH sagsbehandler Bettina Broch der stod for undervisningen i alle teams. Derved fik alle i personalegruppen den samme undervisning. Undervisningen forløb over nogle måneder fra juni til start september 2019.

De specifikke handleplaner der blev iværksat var;

### ***Klare retningslinjer for overførsel af ny medicin***

Alle SSA'er og sygeplejersker der varetager overførsel fra FMK til lokal medicinliste, er undervist i, at man ved overførsel skal være obs på, at kontrollere medicinen overføres med det rette personale under 'administreres af' da ikke al medicin er tydelig hvis det er overført forkert. Eksempelvis kan SSH ikke se 'anden medicin' der står til administrering af SSA/sygeplejerske. Efterfølgende skal personen sikre, at der er oprettet ydelse, der kan vinges af i det rette tidsrum. SSA er derfor oplært i at oprette disse opgaver. Tidspunkt skal ligeledes tilføjes på papirark i afdelingen (beskrives i næste punkt).

### ***Handleplan for medicinudlevering samt at skabe overblik***

Der undervises i at medicinadministration foregår ved at det ansvarlige personale skal sikre at papirark med medicinudleveringstider stemmer. Når medicin udleveres skal antal kontrolleres i medicinmodulet og der kvitteres på denne side (dog en ulempe at man kun kan kvittere for 'anden medicin' og ikke den doserede). Ligeledes kvitteres på selve ydelsen og endelig kvitteres for udlevering på papirark.

'Papirark' refererer til en oversigt over afdelingens beboere samt det tidspunkt der skal udleveres medicin. Her kvitterer det ansvarlige personale for den udleverede medicin med initialer ud fra tidspunktet det skal gives. Der var et ønske om at gå bort fra papirark grundet dobbeltdokumentation og nogle afdelinger på Birkelund var gået fra det, men det manglende overblik i det elektroniske system nødvendiggjorde at det gen-indførtes. På papirarket kan personalet således se, om der er beboere der endnu ikke har fået medicin og dermed hjælpe kollegaer. Der er mange møder, forskellige mødetider, Klippe-ordning mm. Der kan medføre risiko for at beboere ikke får medicinen eller får den for sent. Det er derfor et krav, at personalet tjekker listen inden fyraften.

Herved bør den medicinudlevering der blev afbrudt af noget akut eller forglemmelse grundet travlhed også blive identificeret og håndteret.

### **Effekt af tiltag**

Nu forventede vi en forbedring i tallene fra 2018 til 2019, men det var desværre ikke den effekt vi så.

Som det fremgår i tabellen, er antallet af indberetninger steget med hele 39 indberettede hændelser i forhold til året før. Under punktet 'medicinadministration' omhandler 51 af de 59 indberetninger 'medicin ikke givet'. Det er naturligvis alarmerende og noget vi ser på med stor alvor.

En forklaring kan være, at personalet laver flere fejl i forbindelse med udlevering af medicinen.

En anden forklaring, som i flg. tilbagemeldinger fra personalet kan være, at det øgede fokus på manglende udlevering nu pludselig bliver registreret korrekt.

I så tilfælde er det naturligvis beklageligt, men det positive ved den version er, at personalet nu tager ejerskab over at få det registreret. Så vi kan finde løsninger og fremadrettet reducerer antallet af UTHér.

Indberetninger bliver ikke længere lavet af sygeplejersken. Der bruges lidt længere tid på at opspore det involverede personale der nu selv står for indberetning da det sikre refleksionen over situationen. Vi anser det som nødvendigt for, at personalet ændrer uhensigtsmæssige handlemønstre idet punktet 'forslag til forebyggelse' under indrapportering skal udfyldes.

<b>Data på oversigt viser indberettede UTH i perioden 1/1-2018 til 31/12-2019</b>		
	2018	2019
Medicinadministration	20	59
Dispensering	4	4
Opsporing (diagnostik) og Forebyggelse	1	2

Kilde: udtræk af Fordeling af hændelser på stednavn, DPSD proces og problem, Birkelund Plejehjem

Vi har ligeledes lavet en lokal opgørelse over indberetningerne fra 1. marts 2019, hvor vi startede med ovennævnte undervisning af personalet til 1. marts 2020. Denne status viser, at der i perioden er indregistreret 71 UTHér. Heraf er 28 registreringer fra før undervisningen (før september 2019) og 43 er indberettet efterfølgende. Hver periode svarer til ca. 6 måneder, hvilket bekræfter antagelsen tidligere nævnt om, at det øgede fokus er årsag til flere indregistreringer og *ikke* at der sker en stigning af utilsigtede hændelser. Der hvor tidspunktet er kendt fordeler det sig med en lille overvægt af utilsigtede hændelser i dagvagten.

Fordelen ved den lokale opgørelse er, at den viser os hvilke afdelinger og på hvilke tidspunkter der sker fejl, således vi lokalt kan arbejde målrettet, hvor der er behov for det. Det er disse lokale indsatser, som vores næste handleplan skal omfatte.

Grundet Corona-pandemien i Danmark vil den kommende handleplan først blive iværksat forår/sommer 2020. Naturligvis sikrer vi indtil da, individuel opfølgning med det involverede personale.

### **Handleplanen for 2020 skal indeholde**

- Plan for 'ikke' fastansat personale som ikke blev undervist sammen med det faste personale, men som alligevel udgør en stor del af personalegruppen. Der skal laves plan for systematisk undervisning af dem ved ansættelse.

Ligeledes skal der fortsat være fokus på;

- Fejl relateret til at medicinmodulet ikke åbnes men at der kun vinges af under ydelsen så al medicin ikke gives

- Fokus på manglende oprettelse af ydelser der skal vinges af i forbindelse med ny medicin

- Fejl relateret til manglende overlevering for uddeling af medicinudlevering hvis personalet forlader afdelingen (her er papirark implementeret men alligevel er 'blanke felter' overset)

- Opgørelsen viser som noget nyt, at medicin i flere tilfælde er udleveret til beboer men ikke indtaget, så det kræver fokus

- Fokus på 'dobbelt-udlevering' der også blevet registreret flere gange hvorfor der skal fokus på at kontrol af tid og dato

### **Forslag til handling central**

Det er et problem, at man i medicinmodulet ikke skal kvittere for den faste medicin, men kun 'anden medicin'. Kunne man kvittere under dette og ikke kun som ydelse der vinges af, var man som personale 'tvunget' til at forholde sig til antal. Det skal man naturligvis alligevel, men når det nu beskrives som en risikofaktor for UTHér bør man følge op på muligheden.

Undersøge mulighed for, at CURA kan vise en oversigt over medicin der endnu ikke er kvitteret for. Herved bliver personalet opmærksomme på medicin, der enten ikke er givet eller der ikke er kvitteret for.

UTH-sagsbehandler  
Birkelund Plejehjem

## Møllebo Plejehjem

Der er indberettet 33 UTHér i 2019 på Møllebo mod 48 i 2018.  
Det skal dog understreges, at ikke alle UTHér bliver indberettet.

Det ses således et fald, som kan forklares med en usikkerhed i personalegruppen ift.:

- hvad der skal indberettes som UTH,
- den praktiske arbejdsgang omkring dette,
- nedprioritering af indberetningen til fordel for at få "udbedret" fejlen
- og ikke mindst den nødvendige kontinuerlige reminder om vigtigheden af at få indberettet UTH.

Ingen af UTHérne har dog været medvirkende årsag eller medført alvorlig skade for borgeren. Størstedelen af UTHérne handler om medicinering.

Fordelingen af hændelser på stednavn, DPSD proces og problem – Møllebo  
1-01-2018 og 31-12-2019

*Stednavn	DPSD Problem	2018	2019	Grand Total
Møllebo		2		2
	Andet	6	7	13
	Fejl eller mangler i medicinlisten		1	1
	Forkert / manglende antal/ mængde	1	3	4
	Forkert dosis		2	2
	Forkert procedure		1	1
	Fysiske forhold (bl.a. inventar, møbler, gulve)	2		2
	Lift/hjælpemiddel/arbejdsredskaber		1	1
	Manglende dokumentation		1	1
	Manglende dosering/blanding	1	3	4
	Medicin ikke givet	22	5	27
	Medicin ikke indtaget, herunder fravalg	1	5	6
	Patientens vurdering af egen fysiske formåen	13	4	17
<b>Møllebo Total</b>		<b>48</b>	<b>33</b>	<b>81</b>

Det ses tydeligt, at i de perioder, hvor der har været særlig fokus på UTH, er antallet af UTHér steget. Omvendt når der ikke har været et særligt fokus på området, har indberetninger været tilsvarende faldende. Det vidner om, at det er nødvendigt med UTHér som et kontinuerligt opmærksomhedspunkt.

Det er tydeliggjort, at arbejdet med UTHérne altid er ud fra et læringsperspektiv.

## UTH Årsberetning 2019

Det er blevet italesat, i hvilke situationer der skal indberettes UTH – ligeledes hvordan indberetningen praktisk udføres og hvem der er ansvarlig for at få det indberettet. Desuden at UTH er et redskab til læring.

Der har været fokus på arbejdsgangen ift. når der ”opdages” en UTH. Både ift. indberetning, men også ift. at ”udbedre” den. Det er italesat på daglige møder i plejegruppen, på teammøder og via dialognet, som alle har adgang til.

Der er kommet en ny sygeplejerske og der har været udskiftning i SSA-gruppen. Så der har været et stort behov for, at på styr på arbejdsgange bl.a. ift. medicin, herunder bl.a. forholdene omkring medicindispensering. Det er blevet implementeret, at alle dispenseringer skal foregå i b.b.érens egen lejlighed - i meget få og særlige tilfælde på kontoret med lukket dør uden afbrydelser.

*UTH-sagsbehandler  
Møllebo Plejehjem*

### Nederbylund Plejehjem

Fordelingen af hændelser på stednavn, DPSD proces og problem – Nederbylund Plejehjem 01-01-2018 og 31-12-2019

DPSD Proces	DPSD Problem	2018	2019	Grand Total
		1		1
Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	Forkert indgift/administrationsvej	1		1
	Forkert lægemiddel		1	1
	Forkert patient	1	1	2
	Forkert tidspunkt	1	2	3
	Forkert udleveret	2	2	4
	Medicin ikke givet	7	17	24
	Medicin ikke indtaget, herunder fravalg	1		1
Administration (Udlevering, indgift og indtagelse) Total		13	23	36
Bestilling, rekvisition	Medicin ikke leveret/fejllleveret	1		1
Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	Fejl eller mangler i medicinlisten	1		1
	Forkert / manglende antal/ mængde	3	2	5
	Forkert blanding		2	2
	Forkert dosis	2	1	3
	Manglende dosering/blanding	1		1
Dispensering (Dosering, optælling, blanding) Total		7	5	12
Fald	Patientens vurdering af egen fysiske formåen		1	1
Patientjournalssystemer, dagbog mv.	Ikke tilgængeligt	1		1
Urinvejsinfektion	Andet		7	7
<b>Grand Total</b>		<b>23</b>	<b>36</b>	<b>59</b>

MHP: Årsber Nederby pl. DPSD proces/problem

På Nederbylund er der ikke de store ændringer i forhold til UTH indberetningerne. Der er fortsat en overvægt af indberettede UTH' er i forhold til medicin håndtering.

Vi indberetter nu UVI systematisk, hvilket forklarer ændringen i antallet af indberetningen her.

## **Ydelser på alle medicingivnings tidspunkter:**

Vi har haft flere tilfælde, hvor medicinen ikke er blevet givet, tidspunktet er blevet overset. Dette har medført, at vi nu på Nederbylund lægger en ydelse ind i borgerjournalen på det tidspunkt, hvor medicinen skal gives. Ydelsen viser sig i borgerjournalen på forsiden. Herved bliver den ansvarlige plejeperson opmærksom på, at der ligger en medicingivning på et givent tidspunkt. Dette har reduceret antallet af indberettede UTH'er i forhold til glemt medicin.

*UTH-sagsbehandler  
Nederbylund Plejehjem*

## **Øster Snede Plejehjem**

### **MEDICIN IKKE GIVET:**

Vi har haft flere UTH'er på medicin ikke givet i 2019 i forhold til 2018.

En del af tilfældene skyldes, at ufaglærte og afløsere, som ikke har kompetence til administration af medicin, har skullet have hjælp til dette, af uddannet personale. Af forskellige årsager er det blevet glemt og ikke opdaget før ved næste medicingivning.

Vi har arbejdet med denne utilsigtede hændelse i den daglige planlægning, ved at have en udvalgt medicinansvarlig til hver gruppe. Det ser ud til at have haft effekt.

Nogle af personalet sætter et ur til at alarmere, når for at huske medicingivning på unormale tidspunkter, f.eks. til borgere med parkinson.

### **DISPENSERINGSFEJL:**

Vedr. fejl i dispensering, arbejdes der fortsat med at følge de gældende retningslinjer i forhold til dispensering, incl. at undgå forstyrrelser i forbindelse med dispensering.

### **FALD:**

Vi har ikke haft meget fokus på fald, så hændelserne stemmer ikke med det rette antal fald. Det vil vi forsøge at gøre bedre.

### **INFEKTIONER:**

Der er en del flere indberetninger i 2019 i forhold til 2018. Det skyldes større fokus på indberetninger af infektionssygdomme og ikke at der har været så få i 2018.

Vi har arbejdet en del med forebyggelse af UVI.

- Det forsøges først om symptomerne "kan drikkes væk" inden der sættes behandling i gang med antibiotika, med mindre borgeren er alment påvirket.
- Der er fokus på hygiejne
- Fokus på mavefunktionen

*UTH-sagsbehandler  
Øster Snede Plejehjem*

## **Løsning Plejehjem**

### **Glemt/ikke givet medicin**

Vi har haft en del UTH på medicin som ikke er givet/glemt medicin.

Vi kan observere, at glemt medicin ofte er ifm. hvis vi har afløsere og ufaglærte i vagt. Desværre ses også en del glemt medicin hos det uddannede personale. Det kan være man ikke har tjekket medicin optællingen i Cura. Det kan også være, at det er glemt og derfor først opda-



ges ved næste medicingivning eller det bliver glemt, når medicingivningen ligger på skæve tidspunkter.

-Vi arbejder hen imod at alle SKAL tjekke medicinen i Cura. Personalet skriver ned så de husker medicingivningen, samt de skæve tidspunkter.

Man kunne også prøve at udvælge en medicin ansvarlig i gruppen, så vi er sikre på at alt medicin er givet.

### **Dispenseringsfejl**

Vi har også nogle fejl ifm. dispensering. Vi arbejder ud fra retningslinjerne for dispensering.

Mange klager over, at der er alt for mange forstyrrelser ved dosering. Vi har arbejdet med at man ikke skal forstyrres og at der afsættes tid til dosering.

### **Infektioner**

Vi er ikke altid gode nok til at indberette ved infektionssygdomme, men vi har haft lidt mere fokus på pneumoni og UVI.

Der har været en del fokus på hygiejnen ifm. nedre toilette. Både vores hygiejne og borgerens. Fokus på om borgeren har behov for antibiotika. Er de alment påvirkede af tilstanden?

*UTH-sagsbehandler*

*Løsning Plejehjem*

## **Funktionsområderne Sundhed, Rehab og Pleje**

Der har i 2019 været en tilpasning i Social Omsorg, samt flere ledelsesskift, hvilket har betydet en ændring i sagsbehandling på UTH området. En af de ting der naturligt har været arbejdet på er derfor en struktur i forhold til den daglige sagsbehandling og ved hvem og hvor denne opgave ligger bedst placeret, således den samlede rapportering fører til bedst mulig læring. Denne struktureret tilgang til sagsbehandling arbejdes der videre med i 2020. Ligesom der arbejdes med et ønske om at de sagsbehandlende medarbejdere samles og drøfter læring af UTH på tværs i Social omsorg.

Generelt savnes en plan for, hvordan vi i Hedensted kommune skal arbejde ensrettet med Utsigtede hændelser.

De ansvarlige sagsbehandlende har også haft skærpet fokus på hvad der skal indberettes som UTH og har italesat dette gentagne gange for kollegaer.

Der opleves et stabilt/lidt faldende niveau for indberetninger af UTH.

Største delen af de indberettede fejl er fortsat vedr. medicinering, herunder fejl i dispensering, fejl i forhold til opdatering af FMK, manglende medicingivning m.fl.

### **En nysgerrighed på hvorfor vidner om lidt forskellige årsager og deraf forskellige handlinger:**

Manglende medicingivning skyldes blandt andet hvor dosispakket medicin og sidedispenseret medicin skal gives sammen. Så glemmer hjælperne at give enten den ene eller den anden medicin. Dette har været italesat på personalemøder.

I sygeplejen vest oplevede man flere fejl i forbindelse med dispenseringer. Ved en struktureret gennemgang fandtes at der var en stigning i antallet af restdoseringer. Restdoseringerne skete umiddelbart fordi der var udfordringer i forhold til samarbejdet med det nærmeste Apo-

tek. Medicinen var ofte ikke udleveret til borgeren eller i restordre, hvorfor det ikke kunne udleveres.

For at imødekomme problemstillingen lavede man en skærpet opmærksomhed på vejledning i forbindelse med restdosering – gennemgang på personalemøde og opfølgning, samt at man gentagne gange påpegede udfordringen for Apoteket. I 2020 fortsætter opfølgningen på resultatet.

For sygeplejen i Midt har det også været medicineringsfejl der har haft den største indberetning. Fejl der opstår fordi personalet er uopmærksom i forbindelse med FKM opdateringer. Fx dosis ændringer eller i skiftet fra dosering til dosispakket. Fejlene har været drøftet på sygepleje møder. Der har ligeledes været arrangeret IT undervisning på baggrund af disse UTHer, hvilke desværre har været på pause pga. Corona.

Kom Godt Hjem har haft en enkel UTH hvor formidling var udfordringen. Denne er drøftet og tilrettet i praksis.

### **Lokalt bidrag til årsindberetningen for hjemmeplejen Vest 2019**

Vi har i 2019 har øget fokus på at UTH indberettes. Sagsbehandler har stået til rådighed hvis der har været tvivl om hvordan der indberettes. Der er kommet et fast punkt til personalemøderne, hvor UTH gennemgås, der anmodes om løsningsforslag, så alle kollegaer er med til at løfte opgaven og får ejerskab i denne. Som det kan ses er der en markant fremgang i indberetningerne. Der har jævnligt været lagt opslag op på dialognet for at minde om hvad en UTH eksempelvis kan være. Næste punkt der skal arbejdes med er dokumentationen i journalen, i forhold til den enkelte UTH.

### **Forbedringstiltag**

#### **Anbrudsdato:**

Vi havde en del UTHér der angik anbrudsdato og overskridelse af denne på flere forskellige præparater. I en travl hverdag følte personalet ikke der var tid til at få tjekket det hele om morgenen. Der blev ikke altid tænkt på det. Og flere vidste ikke hvor længe de angivne præparater måtte være åbne før de skulle kasseres igen.

Vi har iværksat et lille klistermærke hvor der ved anbrud bliver skrevet både start og slutdato på. Så skal der ikke regnes frem hver dag, blot kigges der på det lille mærke. Dette er også nemmere at skrive på, end flere af præparater eks. cremer. Dertil er det skrevet i handlingsanvisninger hvor længe det givne præparat må være åben, samt der er givet lidt undervisning i at kigge æsker og indlægssedler.

Der har været en flot reducere af disse UTHér i vores område, efter dette tiltag.

Det tog lidt tid at implementere, det blev nævnt på personalemøder, skrevet på dialognet, og nævnt om morgenen når alle var mødt ind. Efter en måneds tid, kunne effekten ses på UTH indberetningen.

#### **Nedre hygiejne:**

Vi har arbejdet på at nedbringe antallet af UVIér. Vaskefade er fjernet over det hele, så der kun bruges pose med vand og klude i. Dette har haft en effekt i nedbringelse af UVIér. Derudover arbejder vi på at få indberettet infektioner i det hele taget.

Generelt opleves en udfordring med den basale brug af Cura, hvilket fører til mangelfuld dokumentation i praksis. Det tænkes også som en årsag til fejl vedr. medicinering.

Der arbejdes generelt med dette i Social omsorg i 2020.

## Ordforklaring

**AUH:** Aarhus Universitetshospital

**BB (bb):** Beboer

**CSC:** Gamle Omsorgssystem i Social Omsorg

**Cura:** Nye omsorgssystem i Social Omsorg

**DPSD:** Dansk Patientsikkerhedsdatabase – UTH rapportssystem

**Hændelses-  
analyse:**

Hændelsen drøftes systematisk og detaljeret. Analysen skal identificere specifikke punkter, der kan læres af, og der skal laves en handlingsplan, som der er enighed om. Handlingsplanen skal kunne eliminere eller reducere risikoen for, at der fremover sker lignende hændelser.

Risikomanager indkalder i samarbejde med lederen, det personale som kan bidrage til hændelsen. Deltagerne gennemgår hændelsesforløbet og bidrager med oplysninger til hvad der skete, hvordan det kunne ske og hvad der skal til for at undgå det. Processen munder ud i konkrete initiativer som lederen iværksætter.

**Lokationer:** Lokationerne er en gruppering af enheder, f.eks. plejehjem, sociale botilbud mf.

**PP:** Plejepersonale

**RHH:** Regionshospitalet Horsens

**Stednavn:** Stednavn er synonym for navnet på det pågældende plejehjem eller bosteder mf. som rapporterer UTHér.

**STPS:** Styrelsen for Patientsikkerhed

**Sundhedsfaglig  
virksomhed:**

Omfatter behandling, her forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar, udfører sundhedsfaglig virksomhed.

**UTH:** Utilsigtet hændelse

**UVI:** Urinvejsinfektion

## 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	Selvskaade og selvmord	Anden utilsigtet hændelse
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Blod og blodprodukter	

### Bilag 2

#### Lokationer:

<b>Hjemmeplejen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmeplejen</li> <li>• Rehab</li> <li>• Private leverandør</li> </ul>	<b>Hjemmesygeplejen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygeplejen Uldum, Hedensted og Juelsminde</li> <li>• Akutteam</li> </ul>	<b>Plejebolig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle plejehjem</li> <li>• Rehab- og akutcenter</li> </ul>	<b>Sociale botilbud:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle kommunale sociale botilbud</li> <li>• Private botilbud</li> </ul>
<b>Øvrige tilbud til borgere med handicap:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fønix</li> </ul>	<b>Sundheds- og Sygeplejecenter:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træning, sundhedsfremme og forebyggelse</li> </ul>	<b>Andet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velfærdsrådgivningen</li> <li>• Hjælpemiddelafdelingen</li> <li>• CURA</li> <li>• FMK</li> <li>• Kom godt hjem team</li> </ul>	

### 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.

