



Årsberetning for utilsigtede hændelser for Sundhed, Ældre og Handicapområdet for 2015





Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

Indholdsfortegnelse:

1.0 Forord	side 1
2.0 Antal og fordelingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser	side 2
2.1 Alvorlighedsgrad og analyse	side 3
2.2 Hændelser fordelt på lokationer	side 4
2.3 Hændelsestyper	side 5
3.0 Fokusområder på Sundhed, Ældre og Handicapområdet i 2015 og 2016	side 6
3.1 Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur	side 6
3.2 Kvalitetssikring af medicinområdet	side 6
3.3 Forebyggelse af tryksår	side 7
3.4 Forebyggelse af urinvejsinfektioner	side 7
4.0 Generelt om patientsikkerhedsarbejdet	side 9
5.0 Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur	side 11
5.1 Organiseringen og samarbejdet på SÆH - området	side 11
5.2 Organiseringen og samarbejdet på tværs af sektorerne	side 12
6.0 Handlingsplan for 2016 og 2017	side 13

1.0 Forord

Årsberetning for utilsigtede hændelser er indeholdt en specifik del om resultater og fokusområder på Sundhed, Ældre og Handicapområdet og en generel del om patientsikkerhedsarbejdet.

Den specifikke del er indeholdt information om antal og fordelingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser på Sundhed, Ældre og Handicapområdet for 2015, og hvordan der er arbejdet med de udvalgte fokusområder i perioden.

Desuden indeholder denne del en handlingsplan for 2016 - 2017.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

I den generelle del er der indeholdt en generel information om, hvad der karakteriserer en utilsigtet hændelse, hvad formålet er med rapportering, om organiseringen og samarbejdet på Sundhed, Ældre og Handicapområdet og i sektorovergangene.

2.0 Antal og fordelingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser:

Samlet set er der fra 1. januar 2015 til og med 31. december 2015 rapporteret 1747 utilsigtede hændelser i Hjørring Kommune. Det er 146 indrapporterede hændelser i gennemsnit pr. måned (imod 117 i 2014) for hele Hjørring kommune. Grunden til det øgede antal rapporterede utilsigtede hændelser er ikke, at der sker flere hændelser, men at der er et stigende kendskab til arbejdet med utilsigtede hændelser.

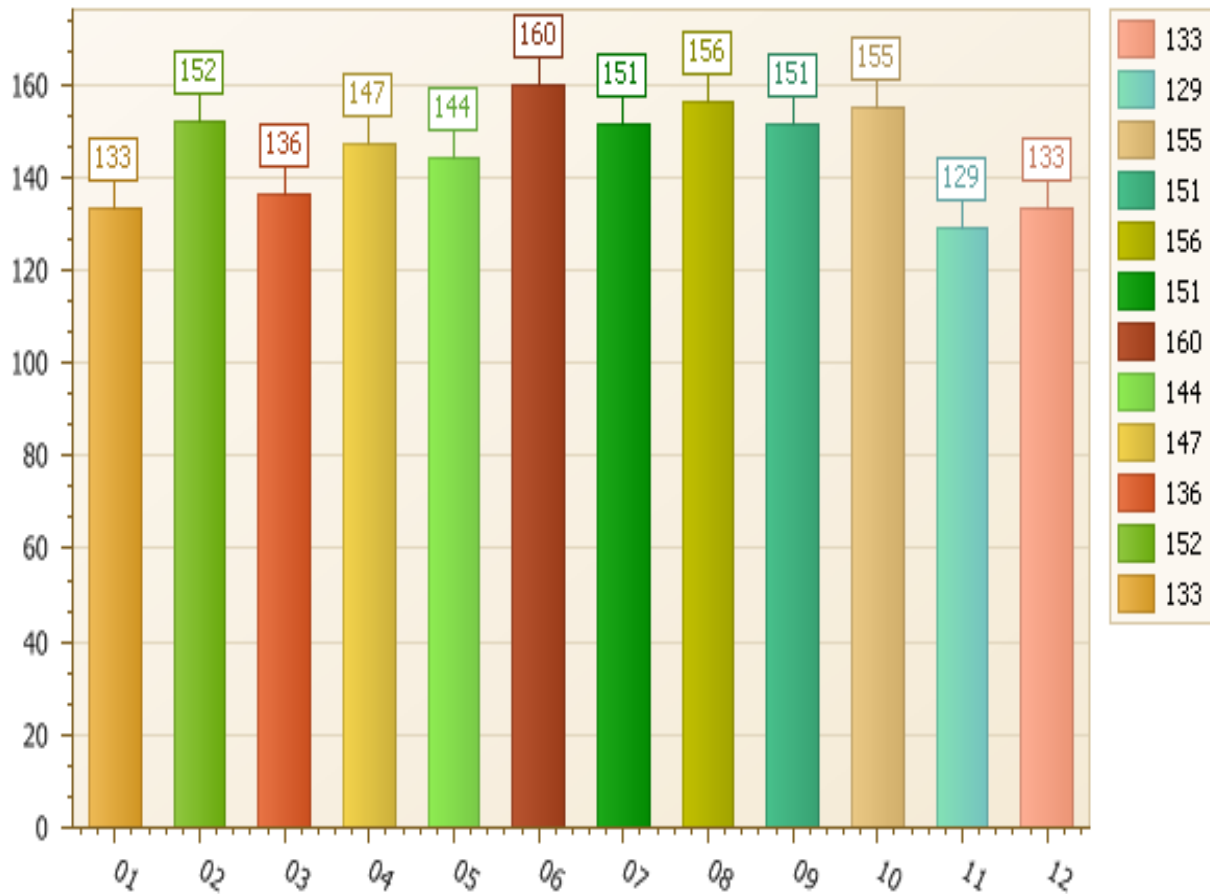
Det øgede fokus på at udvikle kulturen omkring arbejdet med utilsigtede hændelser, har også betydet det er blevet en naturlig del af hverdagen at rapportere de utilsigtede hændelser for at opnå læring. Det er derfor vigtigt at understrege, at stigningen afspejler et øget fokus på patientsikkerhed.

Som det fremgår af tabel 1, er antallet af rapporter stort set stabilt året igennem, dog med en lille stigning i sommerferieperioderne, hvor der sker flere utilsigtede hændelser.

TABEL 1 – ANTAL FORDELT PÅ MÅNEDER



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015



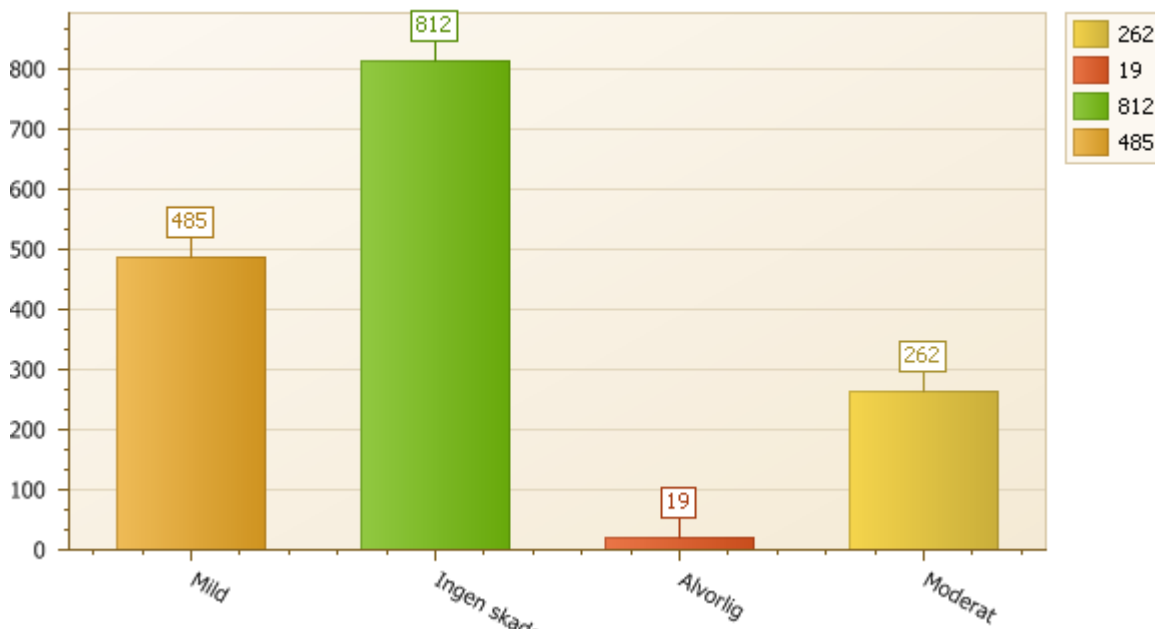
2.1 Alvorlighedsgrad og analyse:

Uanset hændelsens alvorlighedsgrad, finder der læring og forebyggelse sted på flere niveauer.

TABEL 2 – FORDELING AF ALVORLIGHEDSGRAD



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015



Som det ses af tabel 2, har der været 19 alvorlige hændelser (1 pct.), som har haft forbigående eller varige konsekvenser for borgerens sundhedstilstand. De øvrige 1559 hændelser (99 pct.), har ikke medført forbigående eller varige skadevirkninger for den borger som hændelsen vedrører.

Analyse og læring af utilsigtede hændelser sker med udgangspunkt i systemperspektivet og det lærende aspekt.

Det er vigtigt, at have fokus på de bagvedliggende årsager til hændelsen, og så vidt det er muligt at lave barrierer, der kan være med til at sænke risikoen for nye fejl af samme type, så vi opnår en god patientsikkerhedskultur.

Nogle af de alvorlige hændelser der har fundet sted, er sket i samarbejdet på tværs af sektorerne og andre flere steder i vores egen sektor.

Der laves hændelsesanalyse af alle alvorlige hændelser. En af de alvorlige hændelser i denne periode, har været fejldosering af diabetesmedicin hos en borger, hvis blodsukkerværdier var meget svingende.

I forbindelse med analysen, blev der belyst flere årsager til hændelsen. Denne viden har efterfølgende medvirket til en række tiltag med det formål at forebygge lignende utilsigtede hændelser, hvoraf en række af disse tiltag er beskrevet i pkt.3.0., 5.0 og 6.0.

2.2 Hændelser fordelt på lokationer:

Tabel 3 viser fordelingen af rapporterede hændelser på lokationer. Her fremgår det, at det primært er på Ældreområdet, der rapporteres utilsigtede hændelser. Forklaringen herpå er, at det er indenfor dette



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

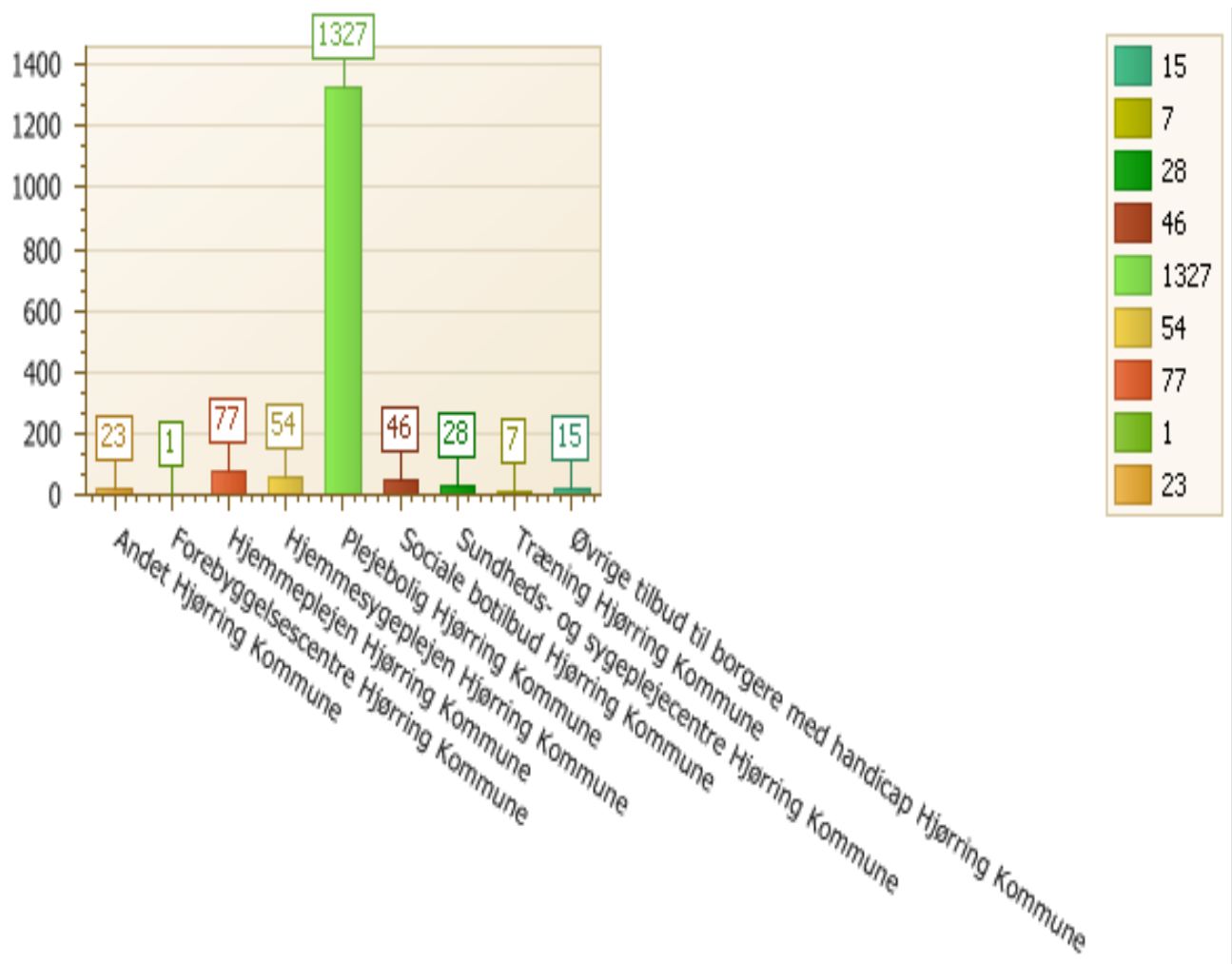
område, der leveres flest sundhedsfaglige ydelser. "Plejebolig" i tabellen svarer til ældrecentrene. Ligesom ved de sidste årsrapporter står de for langt de fleste rapporterede hændelser.

Forklaringen herpå, er at patientsikkerhedskulturen fortsat er mest udbygget på ældrecentrene.

På de sociale botilbud (på Handicapområdet), i hjemmeplejen (på Ældreområdet) og i hjemmesygeplejen (på Sundhedsområdet) ses der også en lille stigning af indrapporterede hændelser fra 2014 til 2015.

Stigningen er forventelig som følge af den øgede fokus på udbygning af patientsikkerhedskulturen på Handicapområdet samt Sundheds – og Ældreområdet.

TABEL 3 – FORDELING AF LOKATIONER



2.3 Hændelsestyper:

De utilsigtede hændelser klassificeres også efter hændelsestype.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

De hyppigste hændelser er relateret til medicinering, herunder glemt medicin. Siden 2014 er hændelser relateret til medicin reduceret fra gennemsnitligt 83 hændelser pr. måned til gennemsnitligt 68 pr. måned i 2015. Vurderingen er at det faldende antal indberettede hændelser skyldes den særlige fokus på området igennem de sidste år.

Hændelsestypen "patientuheld" indeholder primært fald.

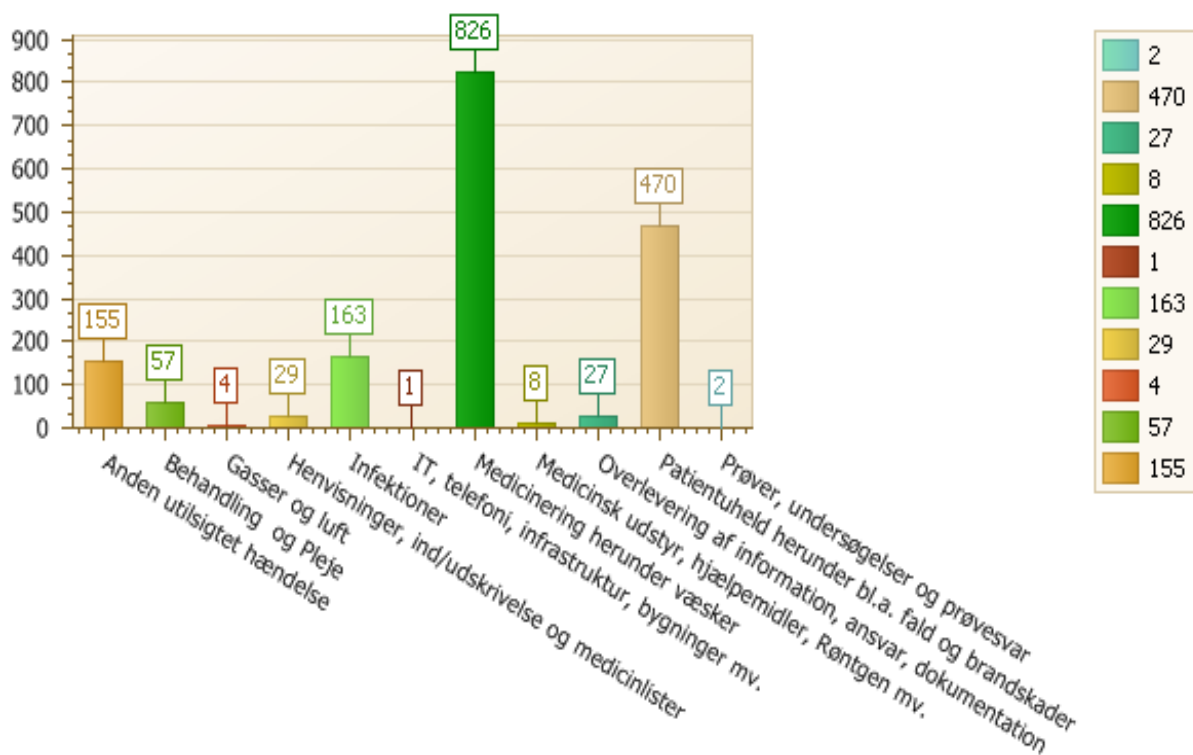
Infektioner indeholder primært urinvejsinfektion.

Begge hændelsestyperne er steget i antallet af indberetninger.

I 2014 blev der indberettet gennemsnitligt 6 infektioner pr. måned, medens der blev indberettet 14 i 2015. Hvad angår fald, blev der gennemsnitligt indberettet 13 pr. måned i 2014 og 39 i 2015. Dvs. at 27 % af det samlede antal indberettede hændelser er fald.

Vurderingen er at stigningen ikke skyldes flere fald eller infektioner, men derimod et øget fokus på områderne. Der er erfaring for at en øget opmærksomhed på kvalitetssikring og forebyggelse, ofte resulterer i flere indberettede utilsigtede hændelser, som det første skridt i forbindelse med forbedringsarbejdet – hen imod en mere patientsikker kultur.

TABEL 4 – ANTAL FORDELT PÅ HÆNDELSESTYPE



3.0 Fokusområder på Sundheds- Ældre og Handicapområdet i 2015 og 2016:



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

3.1 Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur: Der er erfaring for at udviklingen af en moden patientsikkerhedskultur nødvendiggør et konstant fokus på kvalitet, kvalitetsudvikling og forebyggelse af utilsigtede hændelser på alle niveauer i en organisation. Derfor er det også vigtigt at tænke sikkerhed ind i alle strategier og handlinger på de sundhedsfaglige områder.

På Sundheds – Ældre og Handicapområdet er der fokus på den videre udvikling af en moden patientsikkerhedskultur. Udviklingen sker med udgangspunkt i de nationale mål og udviklingstiltag samt erfaringer på tværs af sektorerne – bl.a. via UTH – klynge samarbejdet og ikke mindst via erfaringerne, som er opnået i vores egen organisation.

Siden 2011 er der løbende afholdt undervisning for personalet på Ældreområdet i hvad der karakteriserer en utilsigtet hændelse, og i hvordan der skal indrapporteres til Dansk Patientsikkerheds Databasen (DPSD).

Patientsikkerhed samt kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de sundhedsfaglige indsatser, har været indeholdt på efteruddannelsesforløbene på Sundheds – og Ældreområdet siden 2012.

For Social – og Sundhedshjælperne fra 2012 – 2013, for sygeplejerskerne fra 2013 – 2014, og for Social – og Sundhedsassistenterne er der tilrettelagt efteruddannelsesforløb, som strækker sig fra 2016 - 2018.

I 2015 har der været særlig fokus på udbygning af patientsikkerhedskulturen på Handicapområdet og i hjemmeplejen – i lighed med niveauet på centrene. Alle afdelingsledere i hjemmeplejen og på Handicapområdet har modtaget undervisning og har fået adgang til DPSD, hvori alle de utilsigtede hændelser indrapporteres og sagsbehandles. Alle afdelingsledere har ansvar for analyse af de (ikke alvorlige) utilsigtede hændelser og læring heraf i sin organisation. De alvorlige hændelser og hændelser på tværs af sektorerne, sagsbehandles/analyseres af kommunens faglige tovholder på Patientsikkerhedsområdet.

Fremadrettet vil der være kontinuerligt tilbud om undervisning til alle nye afdelingsledere på Sundheds – Ældre og Handicapområdet om opgaverne vedrørende Patientsikkerhed.

3.2 Kvalitetssikring af medicinområdet: Lige som tidligere år, har der været fokus på kvalitet i håndtering af medicin i såvel egen sektor som i sektorovergangene. Vurderingen er at tidligere års arbejde, har haft betydning for det reducerede antal indberettede hændelser af medicinfejl, og det reducerede antal af alvorlige hændelser på det medicinske område. Såvel antallet af medicinfejl som antallet af de alvorlige medicinfejl er faldet fra 2014 til 2015.

Der er flere former for medicinfejl. De hyppigste er glemt medicin og fejdosering. De fleste medicinfejl har ikke haft konsekvenser for borgeren, men nogle få har haft alvorlige konsekvenser.

Der er flere forskellige tiltag i gang, der skal medvirke til at forebygge medicinfejl.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

Igennem analyse af de utilsigtede hændelser vedrørende medicinfejl, kan der konstateres at glemt medicin bl.a. kan forebygges ved hjælp af egenkontrol. På en række ældrecentre har man derfor arbejdet målrettet på at udvikle redskaber i form af afkrydsningslister, hvor den enkelte medarbejder sætter sin signatur, når medicinen er givet.

Når det vedrører medicin doseringsfejl, kan det konstateres at arbejdsmiljøet spiller en stor rolle for sikkerheden. Det er vigtigt at skabe ro og opmærksomhed, så medicinen doseres uden afbrydelser i form af f.eks. telefoner, spørgsmål fra medarbejdere og pårørende.

I 2015 er der igangsat en række kvalitetssikringstiltag af medicinområdet på hele Handicapområdet. Der er lagt en strategi på chef og områdelederniveau for udviklingstiltag og proces, som understøttes og implementeres vha. en projektleder og en styregruppe. Forløbet er planlagt til at skulle forløbe fra 2015 – 2017 og er indeholdt en række kvalitetssikringstiltag for hele Handicapområdet.

I 2015 – 2016 er der fokus på at få synliggjort hvilke opgaver der er forbundet dels med medicingivning – og dels med medicinadministration samt hvilke faggrupper der varetager hvilke opgaver på Handicapområdet.

Fremadrettet, vil der fortsat være et stort behov for at have fokus på kvalitetssikring af medicinområdet, således at vi fortsætter den nuværende kvalitetsudvikling.

3.3 Forebyggelse af tryksår: Tryksår er meget smertefuldt, og kan medføre døden hos svækkede borgere. Tryksår kræver ofte langvarig behandling, og er derfor en stor udgift. Der er endnu ikke sikre tal for antallet af tryksår i kommunerne. Internationale undersøgelser viser, at ca. 15 pct. af alle indlagte patienter har tryksår ved udskrivelsen, og at halvdelen er opstået under indlæggelsen. Det vil sige at den øvrige halvdel af borgerne får sine tryksår i eget hjem.

Sårsygeplejerskerne har haft fokus på forebyggelse af tryksår siden 2011.

I 2013 blev der igangsat en række initiativer med det formål at nedbringe antallet af tryksår. Det øgede fokus medførte en reduktion af tryksår på 15 % fra 2013 – 2014.

I 2013 var 33 % af alle registrerede sår tryksår. I 2014 var andelen af tryksår 18 %.

I 2015 er andelen af tryksår 26 %. Dvs. at der er en stigning i antallet af tryksår på 8 % fra 2014 til 2015. Vurderingen er at stigningen primært skyldes mindsket fokus på forebyggelse af tryksår i organisationen. Det er derfor vigtigt, at sikre et fornyet og fremadrettet fokus på dette område hos alle relevante aktører, så den positive udvikling fra 2013 – 2014 kan genetableres.

3.4 Forebyggelse af urinvejsinfektioner: Urinvejsinfektion er den hyppigste bakterielle infektion af ældre. Hos en ældre svækket person kan en urinvejsinfektion medfører en hurtig og kraftig forværring



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

af almentilstanden, som bl.a. kan resulterer i konfusion, svimmelhed og fald. En del af disse borgere indlægges.

Målet er at antallet af behandlingskrævende urinvejsinfektioner reduceres med minimum 10 pct. i løbet af 2015 – 2016

I 2015 og 2016 er forebyggelse af urinvejsinfektioner et særligt fokusområde på både ældrecentre og i hjemmeplejen, hvor en stor del af vores borgere får hjælp til personlig hygiejne. Tiltagene sker med udgangspunkt i en kvalitetsudviklingsplan, som forløber fra 2015 – 2016, og som er godkendt på chef og områdelederniveau. I forbindelse hermed har alt personalet bl.a. modtaget undervisning om de generelle hygiejniske principper samt særlige opmærksomhedsområder ved nedre toilette og urinvejsinfektioner. Afdelingslederne har ansvaret for at sikre implementering og for at "holde gryden i kog" sammen med sit personale.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

4.0 Generelt om patientsikkerhedsarbejdet:

Utilsigtede hændelser er karakteriseret ved, at omfatter hændelser og fejl, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed (pleje og behandling) hos borgeren, og i samarbejdet omkring borgeren sundhedspersonerne imellem. Hændelserne er enten skadeforvoldende eller kunne have været det, og skyldes ikke borgerens sygdom.

En utilsigtet hændelse kan f.eks. være glemt medicin, forkert doseret medicin, fald, tryksår og infektioner.

Årsagen til en hændelse kan skyldes flere forskellige faktorer, f.eks. arbejdsmiljø, uddannelse/oplæring, kommunikation, udstyr/apparatur, procedurer eller retningslinjer.

Alt sundhedsfagligt personale – både autoriseret og ikke autoriseret, er forpligtet til at rapportere de utilsigtede hændelser, som de selv er impliceret i og hændelser som de bliver opmærksom på hos andre, både i egen sektor og på tværs af sektorerne.

Borgere og pårørende opfordres også til at rapportere utilsigtede hændelser – i forhold til sig selv eller en pårørende.

Rapporteringen sker elektronisk til Sundhedsvæsenets Rapporteringssystem - Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD).

DPSD systemet er et ikke sanktioneringsgivende system, men udelukkende et system som har til formål at opsamle og udbrede viden til læring og forebyggelse.

Utilsigtede hændelser opdeles i fem kategorier – ud fra graden af skaden, som det har forvoldt borgeren:

- Ingen skade - betegner en hændelse, hvor der ikke er sket skade på borgeren.
- Mild - betegner en forbigående skade, som ikke kræver indlæggelse, øget behandling eller øget plejeindsats.
- Moderat - betegner en forbigående skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats.
- Alvorlig - betegner en permanent skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats - eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
- Dødelig - betegner en hændelse, der forårsager borgerens død.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

Uanset hændelsens alvorlighedsgrad, finder der læring og forebyggelse sted på flere niveauer, både på landsplan, regionalt og lokalt. Læringen sker med udgangspunkt i systemperspektivet og det lærende aspekt. Det betyder også, at der som udgangspunkt ikke er fokus på den enkelte medarbejder, men på systemet og processerne i opgaveløsningen.

Det er vigtigt, at have fokus på de bagvedliggende årsager til hændelsen, og så vidt det er muligt at lave barrierer, der kan være med til at sænke risikoen for nye fejl af samme type, så vi opnår en god patientsikkerhedskultur.

Åbenhed, tillid og læring er vigtige elementer i en god patientsikkerhedskultur, og det nødvendiggør både tid og faglig fokus i hele organisationen. En moden patientsikkerhedskultur er til stede når:

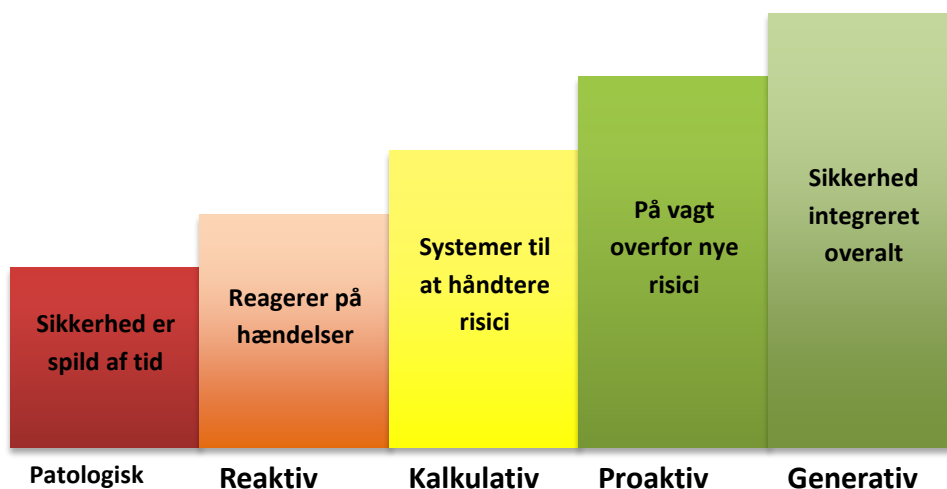
1. Vi har en viden om hvad der karakteriserer en utilsigtet hændelse
2. Vi reagerer på utilsigtede hændelser, vi ved at vi ikke er ufejlbarlige og det giver mening at indberette.
3. Vi opbygger systemer til at håndtere risici, vi lære af vores fejl og forebygger lignende hændelser.
4. Vi er på vagt over for risici, vi kan identificere og handle på specifikke problemer og risici i afdelingen/organisationen.
5. Vi har sikkerhed integreret overalt, vi tænker patientsikkerhed ind i alle vores beslutninger på alle niveauer i organisationen – i forbindelse med de daglige/kendte indsatser og i forbindelse med nye tiltag.





5.0 Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur:

Udviklingen af en moden patientsikkerhedskultur kan synliggøres ved hjælp af patientsikkerhedstrappen, som er vist nedenfor.



5.1 Organiseringen og samarbejdet på SÆH - området:

Organisatorisk er arbejdet med utilsigtede hændelser primært forankret hos de enkelte afdelingsledere. Det er dem der har ansvaret for at opfordre personalet til at rapportere, hvis der sker en utilsigtet hændelse. Det er også afdelingsledelsen, der har ansvaret for der sker læring på baggrund af hændelsen. Det vil sige, at hændelsen bliver analyseret og eventuelle løsningsforslag bliver iværksat.

Hvis hændelsen er af mere alvorlig karakter (alvorlige og dødelige hændelser), ligger ansvaret for analysen hos en centralt siddende risikomanager.

Den centralt siddende risikomanager analyserer også hændelser på tværs af sektorerne. Det vil sige, indberetninger som kommer til Hjørring kommune fra f.eks. Falck eller fra en sygehusafdeling.

Risikomanageren har en uddannelse i at analysere og bearbejde utilsigtede hændelser.

Risikomanageren har til opgave, at sikre læring og forebyggelse af hændelser på tværs af afdelinger og på Sundheds – Ældre og Handicap samt på Myndighedsområdet.

Dette er sket via et tæt samarbejde mellem ledelse, sundhedspersonale og risikomanageren.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

5.2 Organiseringen og samarbejdet på tværs af sektorerne:

Arbejdet med utilsigtede hændelser er gældende for alle sektorer, der leverer sundhedsfaglige ydelser. Det vil sige, at det også gælder for apoteker, sygehuse, praktiserende læger, Falck.

En del utilsigtede hændelser sker i sektorer overgangene, specielt i forbindelse med indlæggelser og udskrivelse fra sygehus.

For at forebygge de tværsektorielle hændelser samarbejder Hjørring Kommune med de andre sektorer i forskellige fora.

Fra 2013 - 2014 har der været nedsat en arbejdsgruppe under Kontaktudvalget, som har haft til opgave at fokusere på medicinfejl i sektorovergangene.

I forbindelse hermed er der udarbejdet en rapport med en række fokusområder i forbindelse med medicin i sektorovergangene, områder som der fortsat arbejdes med at forbedre.

Fra 2015 er patientsikkerhedsarbejdet organiseret på tværs af kommuner og sektorerne via den regionale følgegruppe i UHT – klynge Nord, som den centrale risikomanager er en del af.

Fremadrettet er målet, at UTH – klynge Nord og de øvrige UTH – klynger i regionen samarbejder om at opnå læring på tværs.

Borgere kan også rapportere utilsigtede hændelser. På kommunens hjemmeside er der informationer om denne mulighed og link til den elektroniske rapport, som skal udfyldes for at rapportere en hændelse.



Årsberetning for utilsigtede hændelser i 2015

6.0 Handlingsplan for 2016 og 2017:

Der vil fortsat være fokus på udvikling af patientsikkerheden overalt i organisationen, med udgangspunkt i de erfaringer der er opnået i det enkelte område eller den enkelte afdeling.

I forbindelse med kvalitetsudviklingstiltag på en række områder, er det blevet mere tydeligt hvad der kræves af organisationens aktører for at sikre kvaliteten inden for et område. Erfaringerne herfra vil blive medinddraget i den fremadrettede kvalitetssikring og udvikling af en mere moden patientsikkerkultur.

I 2016 vil der fortsat være særlig fokus på udbygning af patientsikkerhedskulturen på Handicap området og i hjemmeplejen.

Der vil fortsat være fokus på kvalitetssikring af det medicinske område i såvel egen sektor som i sektorovergangene.

I 2016 vil forebyggelse af urinvejsinfektioner fortsat være et særligt fokusområde på både ældrecentrene og i hjemmeplejen. Målet er at antallet af behandlingskrævende urinvejsinfektioner reduceres med minimum 10 pct. inden udgangen af 2016.

I 2016 vil der være et fornyet og fremadrettet fokus på forebyggelse af tryksår, så den positive udvikling fra 2013 – 2014 kan genetableres.

I 2017 anbefales fald – og faldforebyggelse som et særligt fokusområde, i det der er et stigende antal indberettede fald – på specielt centrene. En del af disse hændelser er alvorlige for borgeren, da et fald kan medføre behov for lægekontakt og/eller sygehusindlæggelse samt forbigående eller permanente funktionsnedsættelser og smerter for borgeren. I værste fald kan et fald medføre at borgeren dør. Faldforebyggelse er en del af Sundhedsstyrelsens folkesygdomsprojekt.

Der er evidens for at fald kan reduceres væsentligt ved hjælp af en målrettet og systematisk indsats over for borgere med særlig risiko for fald.

