

Årsberetning for utilsigtede hændelser for Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet



2016



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

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 6
3.0 Fokusområder på Sundhed, Ældre og Handicapområdet i 2016	side 7
3.1 Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur	side 7
3.2 Kvalitetssikring af medicinområdet	side 8
3.3 Forebyggelse af tryksår	side 10
3.4 Forebyggelse af urinvejsinfektioner	side 11
4.0 Handleplan for 2017 - 2018	side 13

1.0 Forord

Hermed præsenteres årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016 for Hjørring kommune.

Årsberetningen er indeholdt information om antal og fordelingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser der har været på Sundhed, Ældre og Handicapområdet - sammenlignet med tidligere år, og hvordan der har været arbejdet med de udvalgte fokusområder i perioden.

Årsberetningen er desuden indeholdt en handlingsplan for 2017 – 2018.

Ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed er en utilsigtet hændelse karakteriseret ved at omfatte hændelser og fejl, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed (pleje og behandling) hos borgeren, og i samarbejdet omkring borgeren - sundhedspersonerne imellem. 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.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

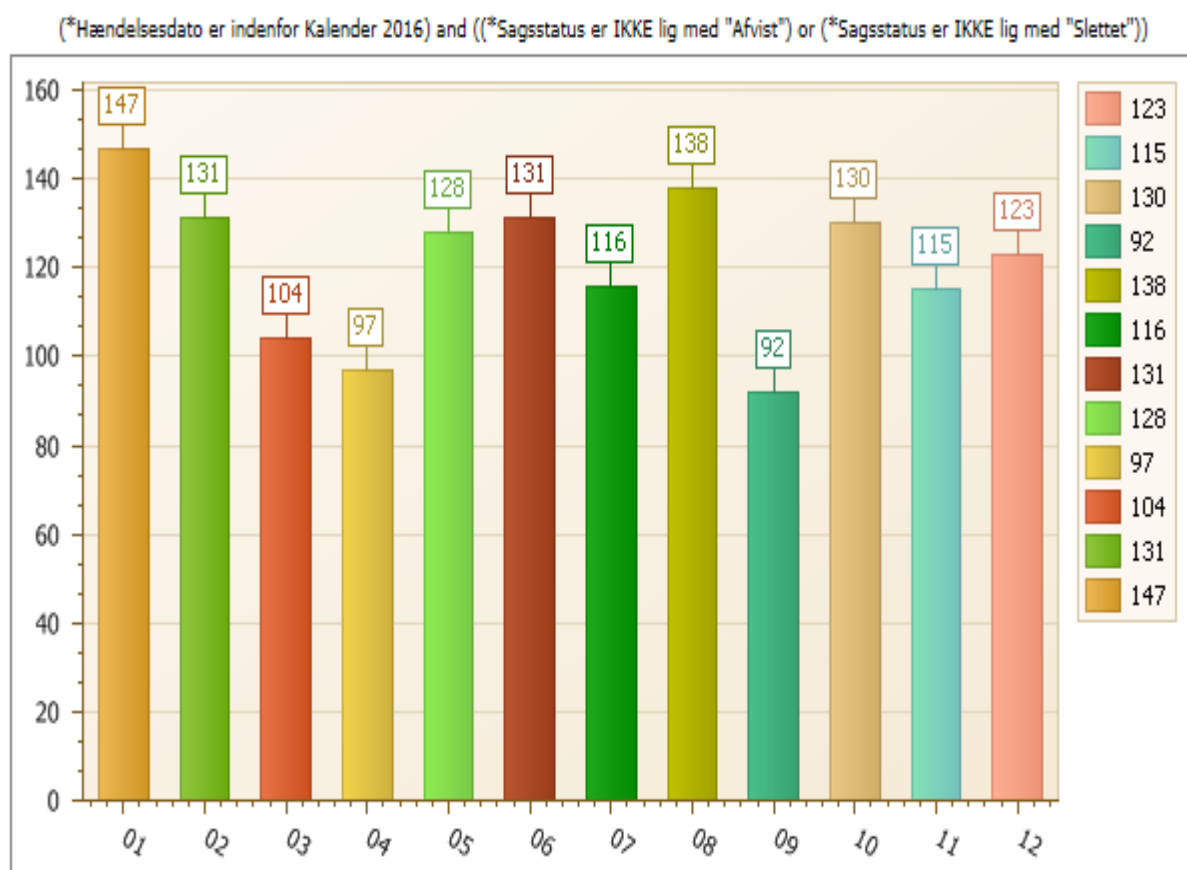
2.0 Antal og fordelingen af de indrapporterede utilsigtede hændelser:

Samlet set er der fra 1. januar 2016 til og med 31. december 2016 rapporteret 1452 utilsigtede hændelser i Hjørring Kommune. Det er 121 indrapporterede hændelser i gennemsnit pr. måned (imod 146 i 2015) for hele Hjørring kommune. Heraf er de 18 tværsektorielle hændelser, dvs. ca. 1 pr. måned.

Årsagen til det reducerede antal rapporterede hændelser, vurderes at skyldes en målrettet indsats især i den del af organisationen (på ældrecentre), hvor der også tidligere har været særlig fokus på opbygning af en moden patientsikkerhedskultur, med indrapportering samt læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Som det fremgår af tabel 1, er antallet af rapporterede hændelser stort set stabilt året igennem.

Antal UTH 2016



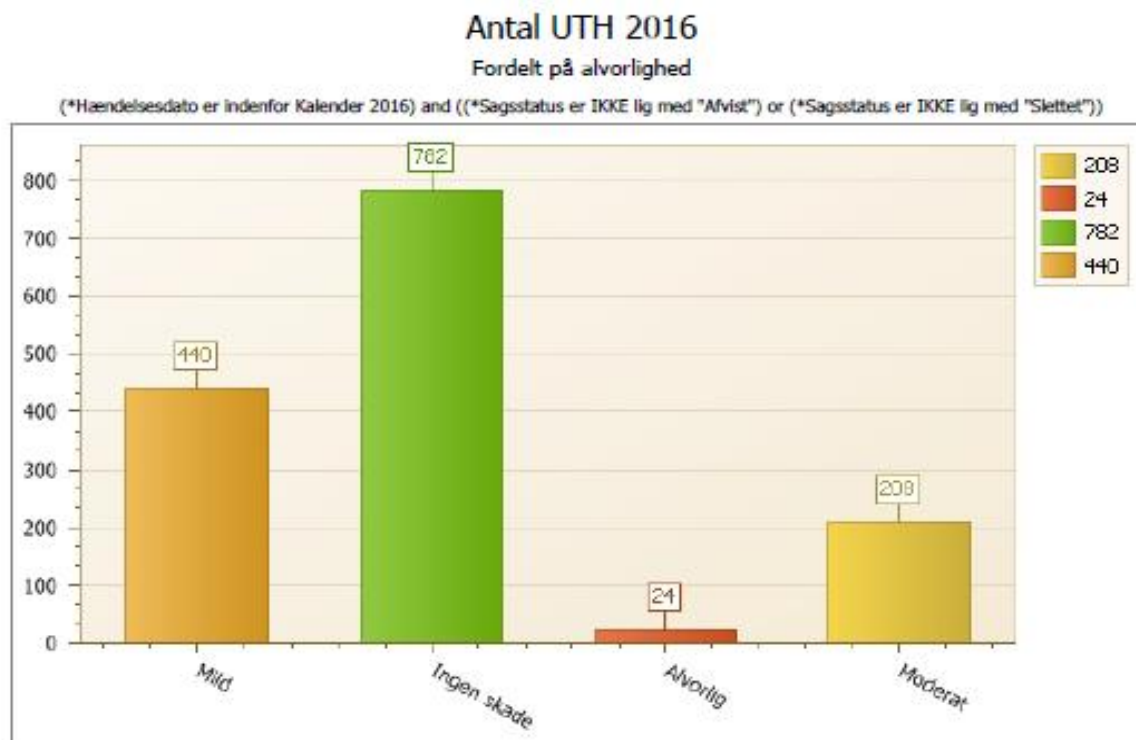


Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

2.1 Alvorlighedsgrad og analyse:

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

Som det ses af tabel 2, har der samlet set været i alt 1434 hændelser. Heraf har der været 24 alvorlige hændelser (1,7 pct.), som har haft forbigående eller varige konsekvenser for borgerens sundhedstilstand. De øvrige 1410 hændelser (98,3 pct.), har ikke medført forbigående eller varige skadevirkninger for de borgere som hændelserne vedrører.



Analyse og læring af utilsigtede hændelser sker med udgangspunkt i systemperspektivet og det lærende aspekt. I forbindelse med hændelser der karakteriseres som alvorlige, udarbejdes der altid en hændelsesanalyse samt en fremadrettet handleplan.

Vurderes en hændelse udelukkende at være sket som følge af en fagpersons manglende omhu og samvittighedsfuldhed, karakteriseres hændelsen ikke som utilsigtet. En sådan hændelse kan f.eks. være situationer hvor fagpersonen giver en borger stærk smertestillende medicin, som ikke er ordineret - eller hvis fagpersonen bevidst (uden lægens medvirken) handler imod en ordineret anvisning. Denne type hændelser afvises og videresendes til vurdering og viderebehandling i Styrelsen for Dansk Patientsikkerhed (den tidligere Embedslægeinstitution).

Nogle af de alvorlige hændelser der er sket internt på tværs af søjlerne – i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen – vedrører oftest medicin håndtering.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

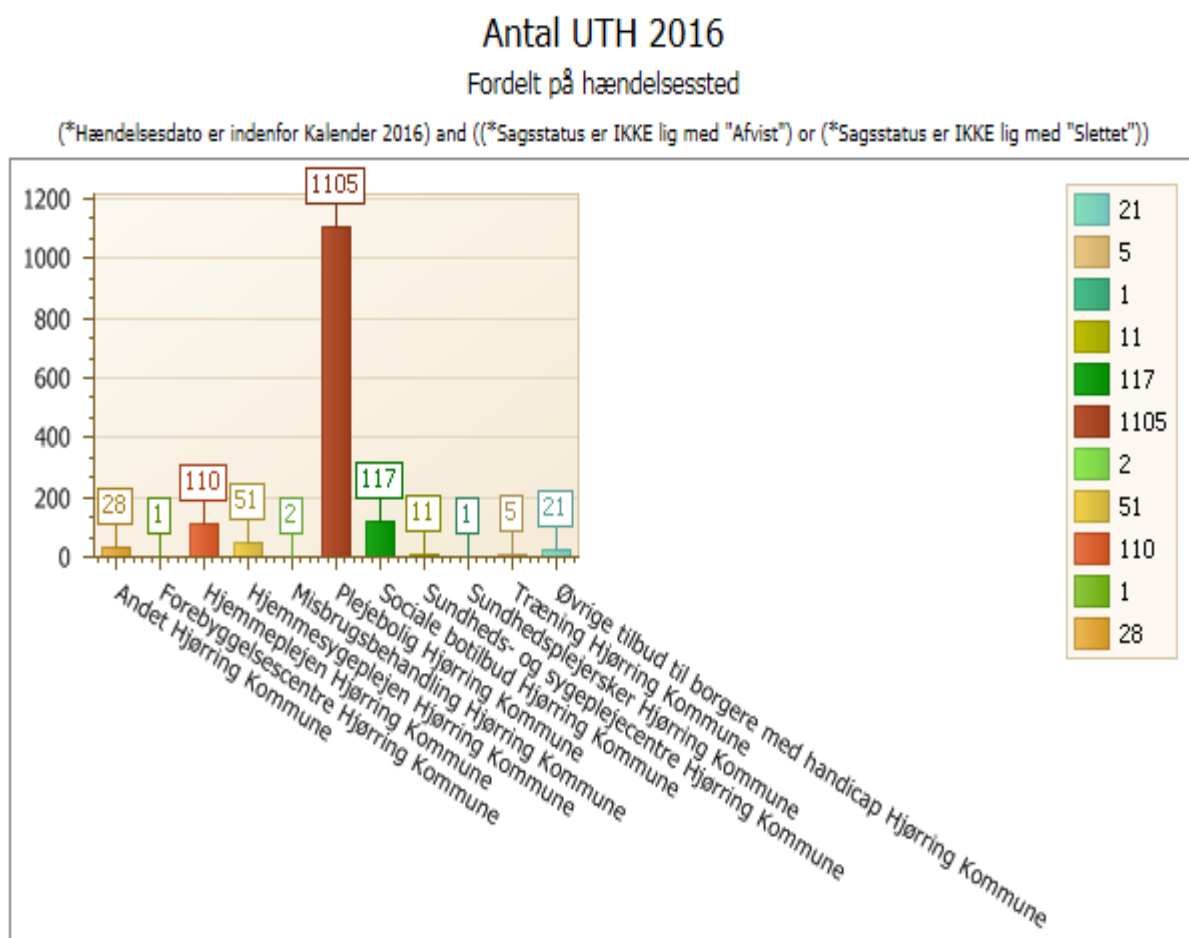
En række af disse hændelser skyldes uklarhed i dokumentations – og registreringsystemet samt i arbejdsgangene i forbindelse med delegation eller opgaveglidning af de sundhedsfaglige opgaver.

En del af de øvrige alvorlige hændelser er opstået i sektorovergangene mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelser pga. fejl eller uklarhed i FMK (fælles medicinkort) samt i de tværsektorielle meddeler.

I forbindelse med analysearbejdet, er der belyst flere årsager til hændelserne. Denne viden har efterfølgende medvirket til en række tiltag, så lignende hændelser forebygges. Nogle af disse tiltag er beskrevet i pkt. 3.2.

2.2 Hændelser fordelt på lokationer:

Tabel 3 viser fordelingen af rapporterede hændelser på lokationer.





Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Her fremgår det, at det primært er på Ældrecentrene ("Plejebolig"), der ligesom ved de sidste årsrapporter står de for langt de fleste rapporterede hændelser. Dog har der været en reduktion på 230 rapporterede hændelser fra Ældrecentrene (ca. 17 pct.).

Forklaringen herpå er at patientsikkerhedskulturen er mest udbygget på Ældrecentrene, og at patientsikkerhedskulturen er udbygget i et sådan omfang, at en række af de tidligere utilsigtede hændelser nu forebygges.

På de sociale botilbud (på Handicapområdet) og i hjemmeplejen (på Ældeområdet) ses der en stigning af indrapporterede hændelser fra 2015 til 2016.

På de sociale botilbud er antallet af rapporterede hændelser steget fra 46 til 117.

I hjemmeplejen er antallet af rapporterede hændelser steget fra 77 til 110.

På de øvrige tilbud til borgere med handicap, som primært er hændelser i de private tilbud, er der sket en stigning fra 15 til 21.

Stigningen er forventelig som følge af den øgede fokus på udbygning af patientsikkerhedskulturen på Sundheds, Ældre og Handicapområdet.

Fordelingen af de rapporterede hændelser viser også, at der fortsat er behov for målrettet fokus på rapportering samt læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser i dele af organisationen.

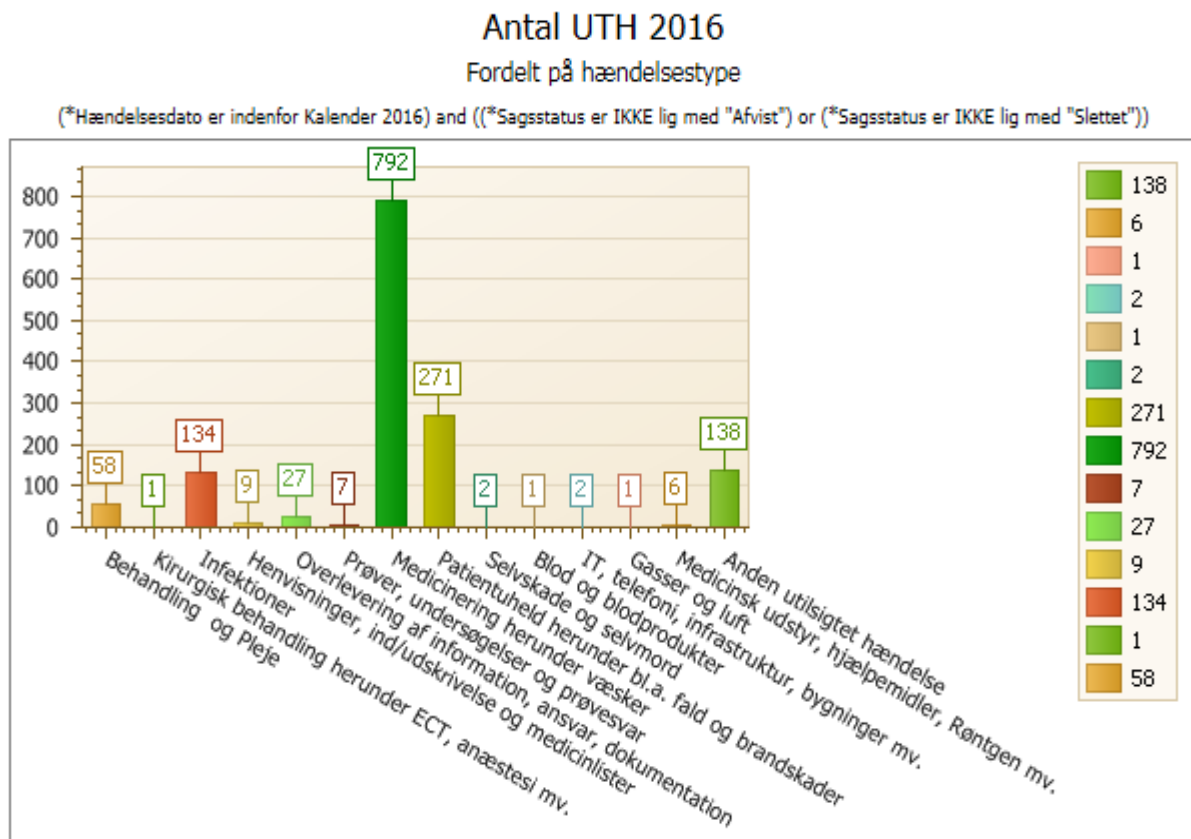




Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

2.3 Hændelsestyper:

Som det ses i tabel 4, klassificeres de utilsigtede hændelser endvidere efter hændelsestype.



De hyppigste rapporterede hændelser er relateret til medicinering.

Antallet af hændelser relateret til medicin er reduceret fra 892 i 2015 til 792 i 2016.

På de sociale botilbud er der rapporteret flere hændelser vedrørende medicin i det forgangne år end tidligere. De fleste vedrører glemt eller forsinket givning af medicin.

På ældrecentrene er hændelser relateret til medicin reduceret. En meget stor del af de tidligere utilsigtede hændelser i forbindelse med dosering af medicin er reduceret væsentligt.

På ældrecentrene er en del af de rapporterede hændelser i 2016 – nye typer af hændelser. En del af disse skyldes uklarhed i FMK. Der er konstant fokus på forebyggelse af hændelser i forbindelse med implementering af FMK – både internt og eksternt.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Hændelsestypen "patientuheld" indeholder primært fald. Her er der sket et fald fra 470 i 2015 til 271 i 2016. Hen over året ses der store udsving i antallet af indberetningerne på fald. Vurderingen er at det reducerede antal af indrapporterede fald i specielt den sidste del af 2016, skyldes manglende fokus og ikke en reduktion af antal fald.

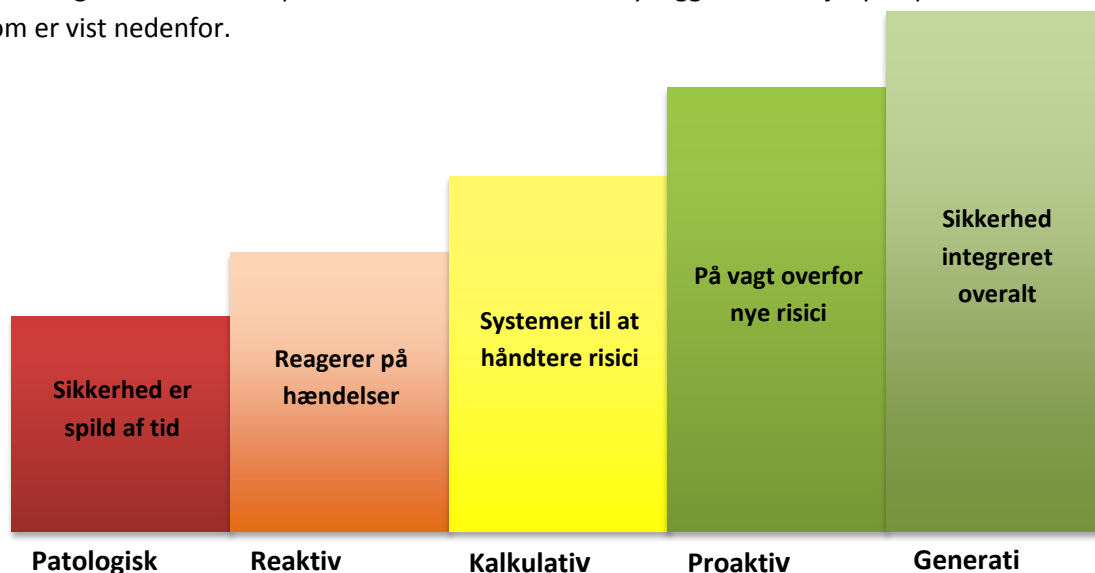
Infektioner indeholder primært urinvejsinfektion. Fra medio 2015 og i hele 2016, har der været særlig fokus på forebyggelse af urinvejsinfektioner. Tiltagene og erfaringerne hermed er beskrevet i pkt. 3.4.

3.0 Fokusområder på Sundheds- Ældre og Handicapområdet i 2016:

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.

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



På Sundheds – Ældre og Handicapområdet er der fokus på den videre udvikling af en moden patientsikkerhedskultur. Denne udvikling sker med udgangspunkt i de nationale mål og de udviklingstiltag og erfaringer der er opnået i samarbejdet på tværs af sektorerne og i vores egen organisation.

På Sundheds – og Ældreområdet vil den samlede kvalitetssikring og udvikling af sundhedslovsydelserne fremadrettet være forankret i en samlet gruppe ("Kvalitetssikringsgruppen").



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Kvalitetssikringsgruppen består af den sundhedsfaglige kvalitetskonsulent fra den faglige stab, 2 – 3 afdelingsledere fra hver af de tre søjler – fra hjemmepleje, sygepleje og centrene. Kvalitetssikringsgruppen har til opgave at medvirke til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, således at det samlede Sundheds – og Ældreområdet i Hjørring kommune lever op til de lovgrundlag og bestemmelser, der er forbundet med at udføre sundhedslovsydelser og sikre forankringen af en moden patientsikker kultur. Forventningen er at Kvalitetssikringsgruppen vil kunne medvirke til en udbredelse af en patientsikker kultur.

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

Aktuelt er der tilrettelagt efteruddannelsesforløb for social – og sundhedsassistenterne, som strækker sig fra 2016 - 2018.

Der er kontinuerligt tilbud om undervisning til alle nye afdelingsledere på Sundheds – Ældre og Handicapområdet vedrørende opgaveløsningen i forbindelse med Patientsikkerhed og kvalitetssikring, lige som der er mulighed for faglig sparring og bistand til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af udvalgte sundhedsfaglige fokusområder.

3.2 Kvalitetssikring af medicinområdet:

Lige som tidligere år, har der været fokus på kvaliteten i håndteringen af medicin i såvel egen sektor – på både Sundhed, Ældre og Handicapområdet som i sektorovergangene.

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.

Vurderingen er at tidligere års arbejde, har haft en væsentlig betydning for det reducerede antal indberettede hændelser af medicinfejl på Ældrecentre.

Igennem analyse af de utilsigtede hændelser vedrørende medicinfejl, kan der konstateres at glemt medicin og fejdosering 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 have mulighed for ro og opmærksomhed, så medicinen doseres uden afbrydelser i form af f.eks. telefoner, spørgsmål fra medarbejdere og pårørende.

Endvidere har brug af tjeklister og kollegakontrol i forbindelse med dosering og/eller givning af medicin, medvirket til at mindske antallet af medicindoseringsfejl og glemt medicin på en stor del af ældrecentre.

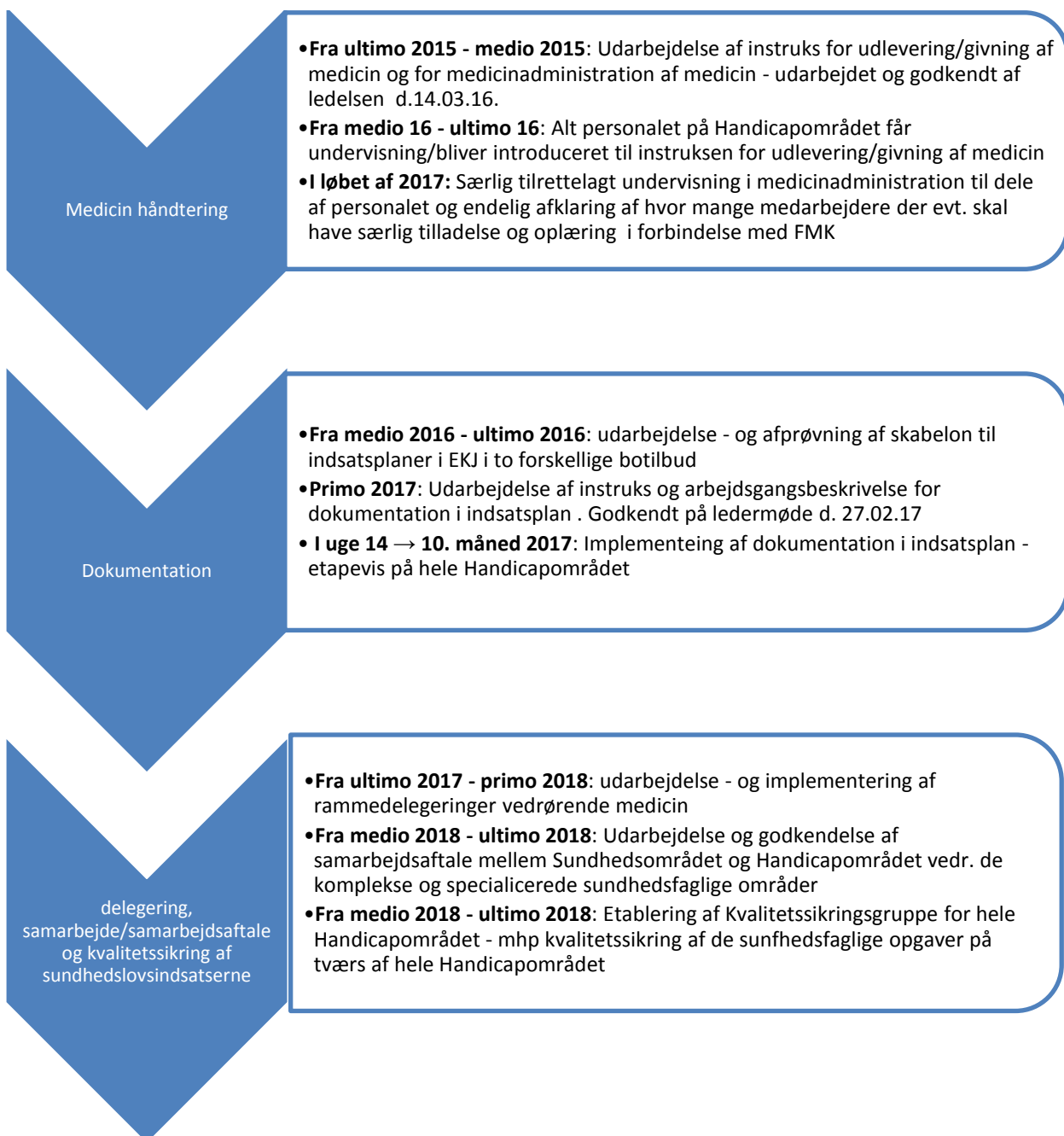
På Handicapområdet benyttes de tilgængelige redskaber i medicinmodulet (i EKJ) til egenkontrol i forbindelse med medicin håndtering, hvilket vurderes at have god effekt på kvaliteten.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

På hele Handicapområdet er der desuden en løbende kvalitetssikring af de sundhedslovsydelser, som er relateret til de medicinske områder – jf. lovgrundlagene herfor.

Der er lagt en strategi på chef og områdelederniveau for udviklingstiltag og proces, som understøttes og implementeres vha. en projektleder og en styregruppe. Kvalitetssikringen sker med udgangspunkt i proces – og implementeringsplan, som forløber fra 2015 – 2018. Indholdet er kort beskrevet i nedenstående procesdiagram





Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Størstedelen af de tværsektorielle hændelser, sker på det medicinske område.

I forbindelse med UTH – klynge Nord samarbejdet er der lavet en fælles dataindsamling vedrørende medicinfejl i forbindelse med udskrivelser.

Dataindsamlingen fandt sted fra og med den 24.10. til og med den 20.11. 2016, og inkluderede alle borgere i de kommuner der indgår i UTH – klynge Nord samarbejdet, som var indlagt på undersøgelsestidspunktet.

Registreringen var delt op i følgende 2 hovedgrupper:

1. Der er IKKE overensstemmelse i antal tabletter på medicinskema og i medicinæsker
2. Andre medicinfejl – beskrives kort

Nedenstående skema indeholder de fremkomne data fra alle (180) indlagte borgere fra Hjørring i perioden.

Kommune	Antal inkluderede borgere	Antal inkluderede borgere med medicinfejl/mangler i forbindelse med udskrivelse på undersøgelsestidspunktet (Fra og med den 24.10. til og med den 20.11. 2016)	Antal borgere hvor der er uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i medicinskema og medicinæsker	Antal borgere med andre medicinfejl (uddybet i andet materiale)
Hjørring	180 (100 %)	26 (14,4 % af kommunens inkl. borgere)	10 (5,6 %)	23 (12,8 %)

Som det ses af dataindsamlingen, er der påvist en række udfordringer i forbindelse med håndtering af medicin i sektorovergange.

I forbindelse med analysearbejdet er der påvist en række forskellige årsager til ovennævnte uoverensstemmelser. Her kan nævnes uoverensstemmelser i: FMK (manglende opdatering), i de generelle instrukser for medicinbehandling (sektorerne imellem), i de tværsektorielle meddelelser (ikke fyldestgørende eller når ikke frem til rette fagperson).

Kvalitetssikringen er påbegyndt - og fremadrettet vil der fortsat være et stort behov for et fælles fokus på kvalitetssikring af medicinområdet, såvel i egen sektor som i sektorovergangene.

3.3 Forebyggelse af tryksår:

Der har været fokus på forebyggelse af tryksår siden 2011. Tryksår er meget smertefuldt for borgeren og kræver ofte langvarig behandling. Der er evidens for at de fleste tryksår kan forebygges.

I 2013 blev der igangsat en række initiativer med det formål at nedbringe antallet af tryksår med minimum 10 pct. Det øgede fokus medførte en reduktion af tryksår på 15 %.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Siden 2011 er der løbende blevet indsamlet data på antal sår og på de forskellige sårtyper – herunder bl.a. tryksår. Denne dataindsamling er fundet sted i et af de fire distrikter.

År	Antal tryksår – i distr. Øst	Antal sår i alt i alle distrikter (estimeret tal)
2011	28	112
2012	41	164
2013	58	232
2014	32	128
2015	38	152
2016	38	152

Som det ses i ovenstående skema er der en lille stigning i antallet af tryksår fra 2014 – 2016.

Fra 2015 - 2016 er antallet af tryksår uændret. Derimod det samlede antal borgere med behov for behandling af andre typer sår er steget med ca. 40 i samme periode. Således er andelen af tryksår reduceret til 24 pct. i forhold til det samlede antal registrerede sår.

Vurderingen er at der fortsat er behov for 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:

I 2015 og 2016 har forebyggelse af urinvejsinfektioner (UVI) været et særligt fokusområde på både ældrecentre og i hjemmeplejen, hvor en stor del af vores borgere får hjælp til personlig hygiejne. UVI er den hyppigste bakterielle infektion hos ældre. Hos en ældre svækket person kan en UVI medføre en hurtig og kraftig forværring af almentilstanden, som bl.a. kan resultere i konfusion, svimmelhed og fald. En del af disse borgere indlægges.

Forebyggelse af UVI er sket med udgangspunkt i en kvalitetsudviklingsplan, som er godkendt på chef og områdelederniveau.

Målet var at antallet af behandlingskrævende UVI blev reduceret med minimum 10 pct. i tidsrummet fra 2015 – 2016

Forud for den endelige igangsætning af forebyggelsestiltagene, er der lavet pilotprojekt på et enkelt ældrecenter, hvor der er indhentet viden om personalets forforståelse af UVI samt deres paratviden og sædvanlige arbejdsgange i forbindelse med bl.a. UVI. Undersøgelsen viste bl.a., at en stor del af personalet mente det er normalt at få UVI, når man bliver ældre – en forforståelse, som kan medvirke til mindre fokus på forebyggelse.

Generelt var personale og ledelse ikke klar over, hvor stor en rolle organisationskulturen og arbejdsgange har på forebyggelse af UVI og på forebyggelse af utilsigtede hændelser i øvrigt.



Årsberetning vedrørende utilsigtede hændelser i 2016

Den opnåede viden fra pilotprojektet, har dannet grundlag for den videre proces for forebyggelse af UVI på hele Sundheds – og Ældreområdet.

Kvalitetsudviklingsprojektet er løbende blevet evalueret, på både proces og resultat. Der er bl.a. samlet data på det samlede antal UVI igennem året på alle Ældrecentre, i alle hjemmepleje - og sygeplejegrupper. Dataindsamlingen har fundet sted i 2 systemer - dels fra alle indsatsplanerne vedr. urinvejsinfektion i uge 16, 32 og 45 (i det elektroniske journal system) og dels fra DPSD (Dansk Patientsikkerheds Database) vedr. alle indrapporterede urinvejsinfektioner i 2., 3. og 4. kvartal i 2016.

Nedenstående skema er et uddrag af den samlede dataindsamling, som har fundet sted. Her ses der stor variation i antal oprettede indsatsplaner og i antallet af indrapporterede UVI i DPSD først på året. Derimod er antallet af UVI i begge systemer stort set ens i de to sidste kvartaler.

Vurderingen er at dette skyldes det øgede fokus på området.

Data indsamlet fra henholdsvis indsatsplaner og fra indrapporterede UTH i DPSD vedr. UVI

Afdeling	Antal UVI i uge 16 eller 17	Antal UVI i uge 32	Antal UVI i uge 45	Afd.leder
xxx	x	x	x	Xxx xxx
xxx	x	x	x	Xxx xxx osv. ↓
Antal indsatser vedr. UVI - I alt i alle grupper	29 (100 %)	29 (100 %)	14 (48 %)	
Antal rapporterede UVI i DPSD - i alt	7 indb. (1.4 – 30.4.)	21 indb. (1.8. – 31.8.)	13 indb. (1.11- 30.11.)	

Fra 1. til 4 kvartal 2016 er **antallet af urinvejsinfektionerne på Sundheds – og Ældreområdet reduceret med over 50 pct.** – hvilket er et væsentligt mere positivt resultat end forventet.





4.0 Handlingsplan for 2017 - 2018:

Udvikling af en patientsikker kultur:

Det bærende element for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling er fokus på udvikling af patientsikkerheden overalt i organisationen. Der er evidens for at udvikling af en patientsikker kultur, bl.a. nødvendiggør et dagligt fokus på kvalitet.

I forbindelse med kvalitetsudviklingstiltag på en række områder – som f.eks. forebyggelse af tryksår og UVI, 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 fremadrettede udvikling af en mere moden patientsikkerkultur på Sundheds-, Ældre og Handicapområdet i Hjørring kommune.

Forebyggelse af medicinfejl på hele SÆH – området og i sektorovergange:

Medicin – og opgaver i relation til medicin er der hvor der er flest utilsigtede hændelser. Kvalitetssikring i forbindelse med medicinopgaver vil fortsat være et af de store og vigtige fokusområder i såvel egen sektor som i sektorovergangene.

Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af sundhedslovsydelserne på Sundheds-, og Ældreområdet:

Kvalitetssikringsgruppen har udarbejdet strategi og implementeringsplan for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af sundhedslovsindsatserne på Sundheds – og Ældreområdet, som skal godkendes i ledergruppen i løbet af 1. kvartal 2017.

Kvalitetssikring af sundhedslovsydelserne som er relateret til medicin på Handicapområdet:

På Handicapområdet er der (som nævnt) lagt en strategi, som forløber fra 2015 - 2018 for kvalitetssikring af sundhedslovsydelserne, som er relateret til de medicinske områder – jf. lovgrundlagene herfor

Faldforebyggelse:

I 2017 og 2018 vil faldforebyggelse være et særligt fokusområde. Der er evidens for at fald kan reduceres væsentligt ved hjælp af en målrettet og systematisk indsats over for borgere med særlig risiko herfor. Fald kan ofte have alvorlige konsekvenser for borgeren i form af brud og andre alvorlige forbigående eller permanente skader.



Hjørring Kommune

Hjørring Kommune
Springvandspladsen 5
9800 Hjørring
72 33 33 33
hjoerring@hjoerring.dk
www.hjoerring.dk

August 2017
Foto: Colourbox