



# Årsrapport 2022

## Utilsigtede hændelser

Udarbejdet af udviklingssygeplejersker Elisabeth Marie Hansen Hjemme- og sygeplejen og Udviklingssygeplejersker Anna Cecilie Høstaker  
Plejecentre, Demensindsats, Lynghus, Sejrsbo og madservice

D.26.4.2023

# Forord



Denne årsrapport sammenfatter det arbejde, der har foregået i 2022 i Odsherred Kommune for at skabe større sikkerhed for Odsherred Kommunes borgere, når de omfattes af sundhedsfaglig virksomhed. Med Sundhedsfaglig virksomhed forstås blandt andet behandlingsindsatser, forebyggelse af helbredsforringelser samt de behandlinger der går på tværs af sektorgrænser (f.eks. mellem regionens- og kommunens sektorer).

Ifølge lovgivningen på området er det ikke en forudsætning, at den sundhedsfaglige virksomhed udføres af sundhedsuddannet personale.

Centralt i arbejdet med patientsikkerhed står registreringen, rapporteringen og sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD) som ligger under Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS).

Årsrapporten vil præsentere et overordnet indblik i omfang af og indhold i UTH'erne i 2022, og der vil komme en beskrivelse af det arbejde der har været omkring UTH og det udviklingsforløb vi har igangsat omkring UTH arbejdet. Herunder vil der i rapporten være en beskrivelse af visionen for det fremtidige arbejde med at skabe større sikkerhed for borgerne i Odsherred Kommune.

Det er vigtigt at understrege, at **opgørelsen over UTH'er ikke er et entydigt udtryk for kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats, ligesom den ikke kan bruges til at sammenligne hverken udviklingen på den enkelte institution eller institutionerne imellem.** Opgørelsen over UTH'er kan alene bruges til give indikationer af mønstre og tendenser, som kan bruges til at prioritere nye indsatsområder med henblik på forebyggelse.

Det er også vigtigt at gøre opmærksom på, at opgørelsen over UTH'er ikke nødvendigvis afspejler det faktuelle antal hændelser, da opgørelsen alene omfatter de rapporterede hændelser.

Risikomanegeren i Odsherred Kommune fratrådte sin stilling og opgaven omkring patientsikkerhed blev overdraget til kommunes to udviklingssygeplejersker som henholdsvis er ansat i afdeling for hjemme- og sygeplejen samt afdeling for plejecentre, demensindsats, Lynghus, Sejrsbo, madservice og ejendomsservice. Udviklingssygeplejerskerne har ingen baggrund som risikomaneger i en stabsfunktion, men har formået at løfte opgaven på niveau med gældende lovgivning, i samarbejde med relevante aktører.

# Baggrund



Arbejdet med patientsikkerhed hviler først og fremmest på det grundlag, at vi skal forbedre kvaliteten, ved at være en lærende organisation. Grundlaget for at lykkedes med indsatsen er ikke ved at være sanktionerende, men ved at have fokus på systemet, der er omkring de mennesker, der begår fejlene. Opgørelsen over UTH'er giver os mulighed for at få øje på, at forskellige mennesker begår den samme type fejl, og at det derfor er organiseringen af eller rammerne for arbejdet eksempelvis arbejdsgange eller kompetenceudvikling, der er den egentlige årsag til at fejlene sker.

Opgørelsen over antallet af hændelser er som sådan ikke interessant i sig selv. Det er først når vi tager læring af den viden, som opgørelsen giver os, at det giver værdi. Den egentlige læring kommer, når vi arbejder os ned i hændelserne og prøver at forstå omstændighederne der førte til hændelsen og derved kan pege på læringstiltag.

## Definitionen på en UTH:

En på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder.

## Rapporteringspligtige områder er;

Medicin, fald, infektion og sektorovergange.

### **Det lovmæssige grundlag:**

*Sundhedsloven §§198 –202 og den deraf afledte "Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v." med tilhørende vejledning:*

Alle autoriserede sundhedspersoner *er forpligtede* til at indberette UTH'er, som de selv er medvirkende til, eller som de oplever andre er medvirkende til, men alle andre –både ikke-autoriseret, personale, pårørende og de ramte borgere og patienter, opfordres til at indberette. Kommunerne *skal* desuden medvirke til at registrere og analysere UTH-rapporterne.



# Arbejdsgange omkring UTH'er i Odsherred Kommune

Odsherred Kommune har ansvaret for at behandle samtlige rapporterede UTH'er, som er foregået på kommunale enheder eller enheder, som kommunen har driftsoverenskomst med. Alle kommunale og private enheder har udpeget sagsbehandlere, som kan tilgå Dansk Patientsikkerhedsdatabasen (DPSD) og dermed få adgang til de hændelser som enheden har rapporteret.

Samtlige indrapporterede UTH'er sendes automatisk af DPSD-systemet til Odsherred Kommune udviklingssygeplejersker.

Udviklingssygeplejerskerne udfører en indledende gennemgang af rapporterne og undersøger, om hændelsessted og den berørte borger kan identificeres entydigt, og om hændelsens alvorlighed er klassificeret i overensstemmelse med de vedtagne definitioner. Derefter sendes rapporterne videre til sagsbehandlerne lokalt.

De kommunale sagsbehandlere behandler rapporterne direkte i databasen, mens det fra Patientombuddet er besluttet, at de private/selvejende enheder kun må modtage en pdf af rapporterne, som udviklingssygeplejerskerne fremsender til de private enheder. De private enheder sagsbehandler selv hændelsen og fremsender handleplanerne til udviklingskerne som indrapportere dette i DPSD systemet.

Udviklingssygeplejerskerne medvirker desuden også ved sagsbehandling af samtlige rapporter, der er klassificeret, som alvorlig eller dødelig eller som er tværsektoriel. Dette for at understøtte i forholde til udførelsen af en hændelsesanalyse hvoraf der kan drages læring af hændelsen.

Hændelser klassificeres efter en rammesætning, som er defineret af Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) og her skal man forholde sig til, hvad der rent faktisk er hændt, og ikke efter, hvad der *kunne* være sket. Dvs. alvorlighedsgraden markeres ud fra en konsekvensbeskrivelse af hændelse. Styrelsens rammesætning for klarificeringen af alvorlighedsgraden kan ses i boksen neden for.

Klassificeringen definerer i sig selv ikke, om der kan drages læring af en hændelse, eller om den er mere eller mindre vigtig at efterforske og forebygge. En hændelse klarificeret med *ingen skade*, kan have lige så meget læringspotentiale, som en *alvorlig* eller *dødelig* hændelse.

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	Permenet skade, 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



# Opgørelse over UTH'er i 2022

Der er blandt kommunale fagcentr omsorg & sundhed og social & arbejdsmarked som er medtaget i indberetningen af utilsigtede hændelser.

Derudover er der private enheder, der har drift overenskomst med kommunen, og som indberetter UTH'er medtaget i rapporten.

Indberettede hændelser kan opdeles i 2 typer:

1. Enkeltstående indberetninger.
2. Samlerapporteringer.

En enkeltstående UTH omhandler én hændelse og typisk én borger, men kan også omhandle flere borgere.

Samlerapporteringer er en samlet rapportering, der skal indberettes én gang om måneden og som omhandler de hændelser der har været på henholdsvis *fald* og *medicin* den pågældende måned, hvor konsekvensen er ingen skade eller mild.

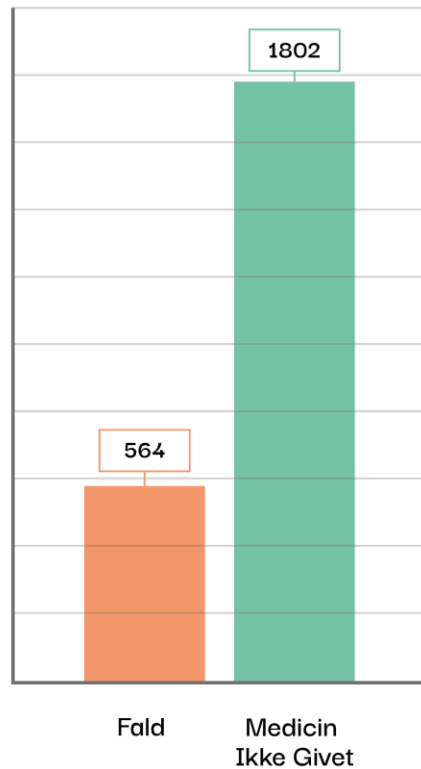


# Samlet overblik over UTH'er i 2022

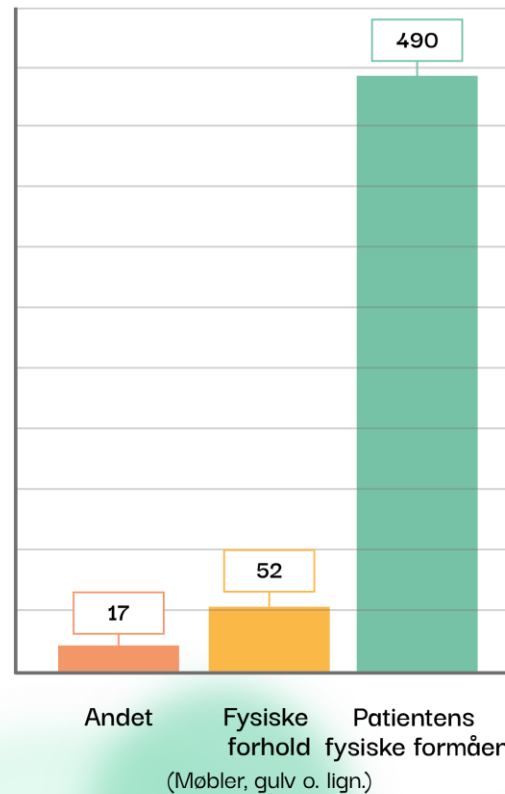
Af enkeltstående indrapporterede UTH'er har der i alt været 660 tilfælde i 2022, derudover har der været 2366 hændelser via Samlerapporteringer.

Som beskrevet tidligere rapporteres Samlerapporteringer for både *fald* og *medicin*, hvor konsekvensen for borgeren er lav.

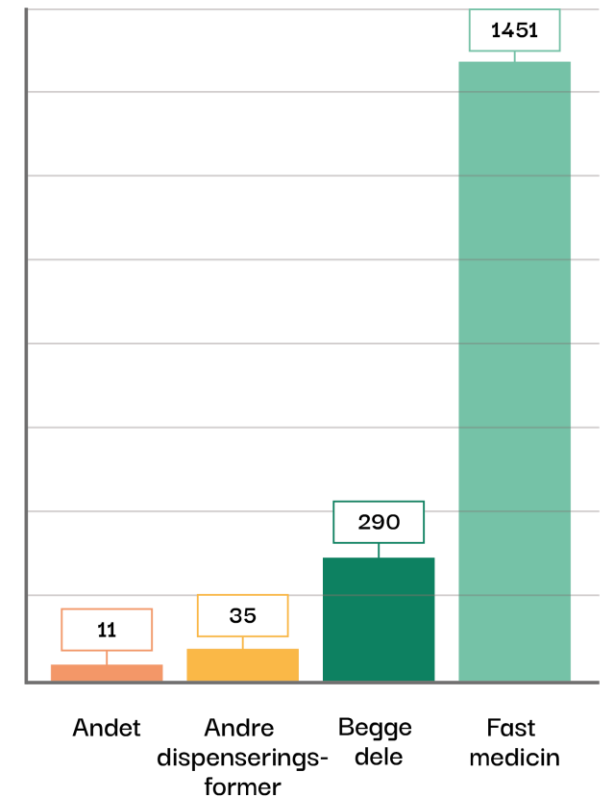
(\* Opret dato indenfor Kalender 2022)  
(Sagstype Lig med "Samtalerapportering")  
(\*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet")



(\* Opret dato indenfor Kalender 2022)  
(Sagstype Lig med "Samtalerapportering")  
(\*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet")  
(Samlerapport Type Lig med "Fald")



(\* Opret dato indenfor Kalender 2022)  
(Sagstype Lig med "Samtalerapportering")  
(\*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet")  
(Samlerapport Type Lig med "Samtalerapportering")





# UTH'er fordelt på enheder

Opgørelsen viser, at de fleste enkeltstående utilsigtede hændelser i 2022 fandt sted på plejecentrene .

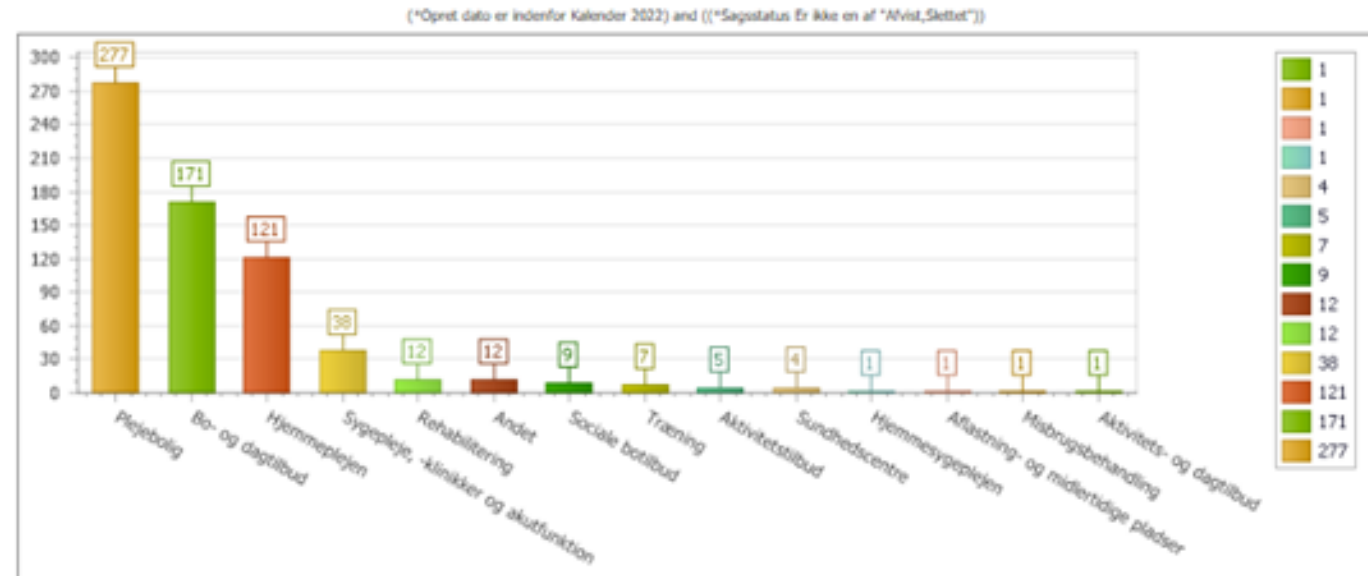
I Odsherred Kommune har vi;

6 kommunale og 1 privat plejecenter.

Herefter er det bo – og dagtilbud og hjemmeplejen, der har indrapporteret flest enkeltstående utilsigtede hændelser, jf. figur 4.

At antallet er højest på netop de tre enhedstyper, hænger sammen med, at disse enheder i større grad, har arbejdsopgaver der ligger inden for de områder, der er indberetningspligtige.

Antallet af indberettet utilsigtede hændelser har ikke noget med kvaliteten at gøre, men kan være et billede af et særligt fokus forskellige faglige områder, der har været i tale sat over tid.



# UTH'er fordelt på hændelsestyper og alvorlighed



Opgørelsen viser desuden, at langt de fleste indrapporterede enkeltstående hændelser, omhandler fejl med medicinering, jf. figur 5.

Hændelsestypen medicinering indeholder mange forskellige aspekter, lige fra fejl i recepter, forkert antal, forkert borger, til opbevaring af medicin, eller medicin der ikke er indtaget.

Opgørelsen indikerer, at der er et potentiale i at der fortsat arbejdes med medicingivning på enhederne, og herunder arbejdsgange og forhold omkring medicingivningen.

Ikke klassificerede utilsigtede hændelser er hændelser hvor den decentrale sagsbehandler ikke har klassificeret hændelsen i DPSD-hovedgruppe f.eks om hændelsen omhandler Behandling og pleje, infektion mm.

\* Det fremgår at der har været en dødelig UTH i 2022, denne er sagsbehandlet af tidligere risikomanager og derfor kendes omstændigheder samt sagsbehandling omkring denne hændelse ikke.

DPSD Hovedgruppe		Alvorlig	Dødelig	Ingen Skade	Mild	Moderat	Grand Totalt
Ikke klassificeret utilsigtede hændelser	298			10	10	5	323
Antal utilsigtede hændelser				4	1	1	6
Behandling og Pleje		4	1*	9	5	17	36
Infektioner				2	6	6	14
IT, telefoni og infrastruktur		1					1
Kirurgisk behandling						1	1
Medicinering fx tablet		3		140	62	12	217
Overlevering af informationer				7	1	3	11
Patientuheld		1		17	22	8	48
Prøver og undersøgelse					1	2	3
<b>Grand total</b>	<b>298</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>189</b>	<b>108</b>	<b>55</b>	<b>660</b>





# UTH'er i et læringsperspektiv

Opgørelsen giver kun en del af billedet omkring utilsigtede hændelser i Odsherred Kommune. Opgørelsen giver også en indikation af, at der ikke er lige stor fokus på indberetninger på de forskellige enheder. Dette underbygges også i de opfølgende dialoger, der løbende er mellem udviklingssygeplejerskerne og enhederne. Der er derfor et fortsat behov for at skabe øget viden om UTH og om hvordan de skal indberettes. For at imødekomme dette i 2023 vil udviklingssygeplejerskerne fortsætte den nuværende praksis med løbende møder med de decentrale sagsbehandlere hvor emner som sagsbehandling, fokus på indberetning, involvering af medarbejdere samt forebyggelse af utilsigtede hændelser vil være på dagsordenen. Yderligere vil der være et særligt fokus på vigtigheden af korrekt klassifikation DPSD- hovedgruppe samt alvorlighedsgrad.

Derudover vil vi fortsætte med at afholde undervisningsforløb, der kan skabe rum for dialog og åbenhed omkring hele patientsikkerhedsområdet. Undervisningen skal også bidrage til at skabe større forståelse for det store potentiale, der ligger i indberetningerne, der giver værdifuld viden om mønstre og tendenser.

Endelig arbejdes der med at etablere en struktur på enhederne, der kan understøtte et systematisk fokus på løbende læring og læringstiltag f.eks. ændringer af tilstande, som kan omfatte u hensigtsmæssigheder, fastgroede arbejdsgange, misforståelser, manglende viden, faglighed mv.