

Årsrapport 2018

Sikkerhed for borgerne

Status på arbejdet med
utilsigtede hændelser
på socialområdet

Januar 2019

Indhold

1. Indledning	3
Utilsigtede hændelser rapporteret i 2018 og deres alvorlighed	3
Tabel 1: Antal utilsigtede hændelser rapporteret i 2018 fordelt på alvorlighed	3
2. Status på indsatser for 2018	5
2.1 Implementering af FMK-modulet i Sensum.....	5
2.2 Udvidet fokus i UTH-arbejdet	5
2.3 Sikker håndtering af lægemidler	7
2.4 Forebyggelse af uheld i forbindelse med brug af hjælpemidler	7
2.5 Opfølgning med systemfokus på hændelser med moderat alvorlighedsgrad	7
2.6 Sikker mundtlig kommunikation	7
3. Indsatsområder i 2019	8
4. Bilag	9
Tabel 2: Antal hændelser rapporteret i 2018 fordelt på hændelsestype (DPSD-hovedgruppe) og alvorlighed	9
Tabel 3: Hændelser af typen 'Borger-/patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader' fordelt på underkategorier og alvorlighed	10
Tabel 4: Antal rapporterede hændelser pr. år 2013-2018 fordelt på alvorlighed ...	11
Tabel 5: Hændelser af typen 'Medicinering herunder væsker' fordelt på underkategorier og alvorlighed	12
Tabel 6: Sundhedsstyrelsens alvorskala med eksempler	13

1. Indledning

Arbejdet med utilsigtede hændelser, som har til formål at forbedre borgernes sikkerhed på de sociale tilbud og institutioner, har været under implementering og udvikling siden maj 2011. Det betyder, at alle medarbejdere på socialområdet kan rapportere utilsigtede hændelser med henblik på læring og forebyggelse. Alle rapporteringer til socialområdet i Region Midtjylland skal tages alvorligt og følges op på relevant vis. Det vil sige, at det skal være en del af kulturen alle steder på socialområdet, at enhver rapporteret utilsigtet hændelse modtages og gribes som en mulighed for at forbedre sikkerheden og tilbuddene for og til borgerne.

Denne rapport indeholder en status på de fælles indsatsområder for socialområdet i 2018, der er fastlagt i årsrapporten for 2017 samt opgørelser af de utilsigtede hændelser, som er rapporteret i 2018 (se tabel 1-5 i bilag). På baggrund heraf fastlægger rapporten de vigtigste overordnede indsatser for at forbedre borgernes sikkerhed i 2019 og 2020.

Utilsigtede hændelser rapporteret i 2018 og deres alvorlighed

Jævnfør § 199, stk. 2 og 3 og § 202, stk. 1 og 2 i Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 defineres utilsigtede hændelser således:

"Ved utilsigtede hændelser forstås i denne bekendtgørelse 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. En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler."

Alle områder på det sociale område rapporterer og/eller modtager utilsigtede hændelser. Derfor ses fordelingen af de utilsigtede hændelser fra 2018 fordelt på alvorlighedsgrad.

Alvorlighed	Skade	Antal hændelser
Ingen skade	Ingen skade	1389
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats	479
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling	63
Alvorlig	Permanente skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling	6
Dødelig	Dødelig	4
I alt		1941

Tabel 1: Antal utilsigtede hændelser rapporteret i 2018 fordelt på alvorlighed

I 2018 er der rapporteret i alt 1941 hændelser til socialområdet i Region Midtjylland. Sammenlignet med 2017, hvor der blev indrapporteret 1667 UTH, er der altså sket en stigning i antallet af rapporterede UTH.

Når der tales om antallet af utilsigtede hændelser, er det vigtigt at have in mente, at:

- Antallet af UTH er et udtryk for antallet af *rapporterede* hændelser, og *ikke* et udtryk for, hvor mange hændelser, der faktisk sker.
- Et højt antal UTH er typisk et udtryk for en *god rapporteringskultur*, og *ikke* et udtryk for et højere antal fejl og skader end på andre enheder.
- Et lavt antal UTH er omvendt ikke en garanti for, at der ikke er sket UTH.
- En opgørelse over antallet af rapporterede UTH kan ikke bruges til at sammenligne antal eller typer af UTH på tværs af enheder.

Det ses ud fra ovenstående tabel, at langt størstedelen af hændelserne er kategoriseret som 'Ingen skade' eller 'Mild'. Dette var også tilfældet i de tidligere år. Der er dog sket en større stigning i antallet af UTH med 'Ingen skade'. Antallet af hændelser af moderat og alvorlig karakter ligger på niveau med 2017.

I 2018 blev der rapporteret flere dødelige hændelser ift. tidligere år. Der er i den forbindelse tale om tre uventede dødsfald og et selvmord. Der er lavet dybdegående analyser på alle fire hændelser med henblik på læring. På baggrund af de tre hændelser om uventet dødsfald er der udarbejdet en ny retningslinje "Dødsfald, fælles social retningslinje for Socialområdet". Retningslinjen publiceres primo 2019.

En utilsigtet hændelse kategoriseres efter, hvor alvorlig skaden faktisk har været for den involverede patient, samt hvilket behandlingskrav skaden har medført her og nu.

Alvorlighedsgraden angives af vedkommende, der rapporterer hændelsen og korrigeres eventuelt af socialområdets risikomanager eller specialområdernes UTH-koordinatorer, hvis kategoriseringen er angivet for højt eller for lavt. Ofte opleves det, at rapportøren angiver en for høj alvorlighedsgrad – sandsynligvis fordi hændelsen potentielt kunne have medført stor skade.

I forlængelse heraf bør det ligeledes nævnes, at kategorisering af hændelsernes alvorlighedsgrad kan være vanskelig eksempelvis fordi rapportør og vedkommende, der sagsbehandler den utilsigtede hændelse ikke nødvendigvis kender konsekvensen for borgeren på rapporteringstidspunktet. Den angivne alvorlighedsgrad er dermed det bedste bud på den skade som hændelsen har haft på borgeren. I bilag ses Sundhedsstyrelsens alvorsskala med eksempler.

2. Status på indsatser for 2018

Primo 2017 blev der aftalt indsatser for 2017 og 2018 med følgende overskrifter:

- Implementering af FMK-modulet i Sensum
- Udvidet fokus i arbejdet med utilsigtede hændelser
 - herunder særligt fokus på vold mod medborgere
- Sikker håndtering af lægemidler
- Opfølgning med systemfokus særligt på hændelser med moderat alvorlighedsgrad
- Forebyggelse af uheld i forbindelse med brug af hjælpemidler

I det følgende gives en kort status på indsatserne.

2.1 Implementering af FMK-modulet i Sensum

Formålet med at implementere adgang til FMK er at forbedre medicinsikkerheden ved at sikre, at de relevante medarbejdere til enhver tid har adgang til de korrekte og opdaterede oplysninger om borgernes ordinationer.

Implementeringen af FMK-modulet i Sensum er igangsat i SVO. Projektledelsen er forankret i Psykiatri og Social IT. Kvalitet og Udvikling understøtter og bidrager med viden og kendskab til medicineringsopgaven på socialområdet, udarbejder retningslinjer samt sikrer vidensopsamling på tværs af specialområderne.

FMK implementeres efterfølgende i de øvrige specialområder i følgende rækkefølge: SOH, SUA, SAU, Holmstrupgård, SBU og DOK. Arbejdet forventes at strække sig over 2019.

2.2 Udvidet fokus i UTH-arbejdet

Da retningslinjen om UTH og Sikkerhed for Borgeren blev revideret i januar 2017 blev det tydeliggjort, at alle utilsigtede hændelser af betydning for borgerens sikkerhed og med potentiale for læring skal rapporteres, uanset om de forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Fra januar 2017 er fx hændelser, hvor borgere begår vold mod andre, uventede dødsfald, selvmord og seksuelle krænkelser blevet betragtet som utilsigtede hændelser.

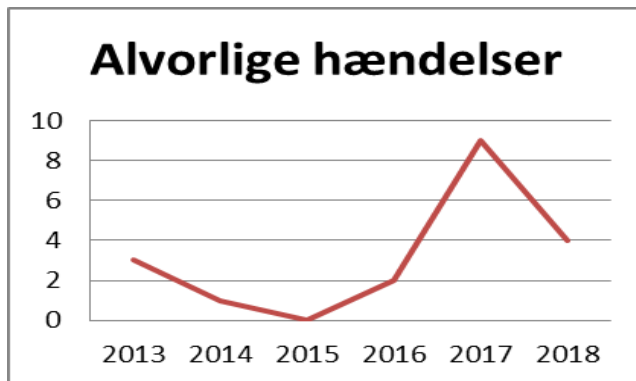
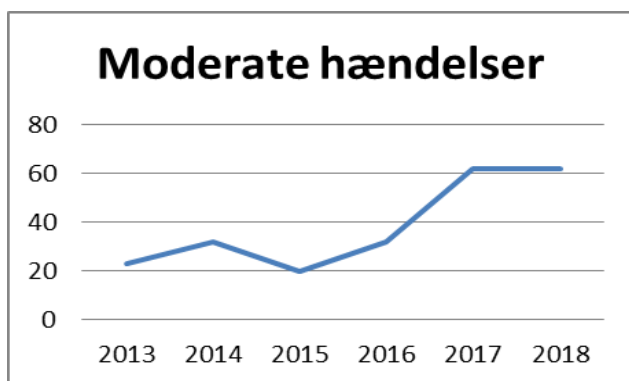
Hermed blev fokus i UTH-arbejdet udvidet. Dette valg blev truffet på baggrund af en anbefaling fra Folketingets Ombudsmand og som følge af Socialtilsynets krav om, at vi registrerer hændelser, hvor borgere begår vold i tilbuddene. Dette giver mening i UTH-arbejdet på socialområdet, idet vi hermed får fokus på et aspekt af arbejdet med sikkerhed for borgerne, som er væsentligt at arbejde med på socialområdet. Med systematikken i UTH-arbejdet får vi bedre muligheder for at kende omfanget af hændelser og for at blive endnu dygtigere til at håndtere og lære af dem.

Det udvidede fokus ses tydeligt i mønstret af rapporterede hændelser i 2018.

For det første ved, at der er rapporteret 260 hændelser, hvor borgere har begået vold mod en medborger (jf. tabel 3 i bilag) og 24 hændelser om selvskade og selvmord (jf. tabel 2 i bilag).

For det andet ses det ved, at antallet af moderate og alvorlige hændelser er fastholdt sammenlignet med 2017, hvor der netop skete en markant stigning i antallet af utilsigtede hændelser – og dermed også hændelser af moderat og alvorlig karakter.

Nedenfor ses det, at antallet af moderate og alvorlige hændelser i 2018 er på niveau med 2017.



(jf. tabel 4 i bilag)

I 2017 og 2018 ses der især en stigning i antallet af hændelser indenfor to kategorier: 'Vold mod medborger/medpatient'¹ og 'Selvskade og selvmord':

2018	Moderate	Alvorlige	Dødelig
Vold mod medborger/patient	25	4	-
Selvskade og selvmord	15	2	1

(jf. tabel 2 og 3 i bilag)

Rapporteringerne viser således, at vi med det udvidede fokus i arbejdet med utilsigtede hændelser har fået ekstra fokus på hændelser af betydning for borgernes sikkerhed. Derfor vil vi i 2019 fortsætte drøftelsen om, hvordan dette fokus implementeres og rette en særlig opmærksomhed mod, hvordan der bliver fulgt op på de hændelser, der rapporteres.

Denne drøftelse vil også tage udgangspunkt i "Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse", som er udgivet af Socialstyrelsen i december 2017.

Retningslinjen angiver, at selvmord skal rapporteres, men stiller ikke krav om at hændelser med selvskade skal rapporteres. Grænserne mellem selvmord, selvmordsforsøg og selvskade er ikke skarpe. Om det kan give mening at sætte fokus på selvskade som utilsigtede hændelser afhænger formentlig blandt andet af om personer med selvskadende adfærd er en del af tilbudets/specialområdets primære målgruppe eller ej. I de tilfælde hvor der er potentiale for læring ved at analysere hændelsen kan den med fordel rapporteres inden for den kategori i DPSD, som hedder "Selvskade og selvmord".

Det er aftalt blandt socialområdets UTH-kordinatorer, at et evt. fokus på selvskade kan besluttes afdelingsvist eller specialområdeniveau eksempelvis i en begrænset periode. Dette kan give en mulighed for at se mønstre og tendenser i hændelserne.

Et eksempel herpå er Holmstrupgård, der i november og december 2018, havde et øget fokus på at rapportere hændelser om selvskade og vold mod medborger. Dette har medført der er sket en stigning i antallet af rapporterede hændelser om de to emner i perioden.

¹ I DPSD er kategorien benævnt "Vold fra medpatient". Vi præciserer med vores benævnelse her, at UTH'erne også kan handle om borgere på socialområdet

2.3 Sikker håndtering af lægemidler

Som i de foregående år, handler langt størstedelen af det samlede antal af rapporterede UTH'er i 2018 om medicinering (76 %). Størstedelen af disse hændelser er kategoriseret som 'ingen skade' eller 'mild' og er sket i forbindelse med administration af medicinen (tabel 5 i bilag).

Antallet af hændelser om medicinering vidner om, at der håndteres lægemidler for mange borgere flere gange om dagen, og at det er en væsentlig del af indsatsen i specialområderne. Samtidig vidner antallet om, at medarbejderne på socialområdet har fokus på sikker og korrekt håndtering af lægemidler og ofte rapporterer en hændelse, når dette ikke lykkes – også når det ikke har en skadelig konsekvens for borgeren.

Ydermere har der i forbindelse med de risikobaserede tilsyn på socialområdet i 2018 vist sig et behov for øget fokus på sikker og korrekt håndtering af lægemidler.

2.4 Forebyggelse af uheld i forbindelse med brug af hjælpemidler

Det er tidligere besluttet at have et øget fokus på UTH om hjælpemidler, da der i 2016 var fem hændelser med moderat alvorlighedsgrad. I 2017 var kun én af de 16 rapporterede hændelser med moderat alvorlighedsgrad. Til gengæld ses det ved gennemgang af de enkelte hændelser, at der er tale om nærved-ulykker i næsten alle de rapporterede hændelser med mild eller ingen skade.

I 2018 er der rapporteret syv hændelser om uheld med hjælpemidler og tre med respirationsudstyr. Der er en enkelt moderat hændelse, hvor en borger er faldet fra seng til gulv, da lågen i sengen ikke er lukket. De øvrige hændelser er rapporteret som "Ingen skade" eller "Mild skade". De hjælpemidler, der indgår i hændelserne er eksempelvis sengehest, bækkenstol, nødkald, plejeseng, respirator og iltapparat.

2.5 Opfølgning med systemfokus på hændelser med moderat alvorlighedsgrad

Fokus i arbejdet med utilsigtede hændelser bør være på systemer frem for på individer. Kun hvis vi tager ved lære af den enkelte hændelse og anvender læringen til at få øje på en risiko og forebygger denne, får vi det optimale udbytte af UTH-arbejdet.

Ved gennemgang af sagsopfølgningerne på de moderate hændelser foretaget i såvel 2017 som i 2018 ses det, at opfølgningen ofte er foretaget i forhold til den enkelte borger, der har været udsat for en hændelse. Det fremgår ofte ikke, at man har tænkt på, om en lignende hændelse kunne opstå for en anden borger et andet sted i organisationen, og hvordan man vil forbygge dette. Der er således fortsat behov for fokus på opfølgningen på utilsigtede hændelser med henblik på at opnå det optimale forebyggende udbytte af UTH-arbejdet.

2.6 Sikker mundtlig kommunikation

I flere hændelsesanalyser foretaget i løbet af 2018 har det fortsat vist sig, at der er behov for fokus på sikker mundtlig kommunikation i kontakten mellem specialområderne og sundhedsvæsenet. ISBAR er et redskab til sikker mundtlig kommunikation om patienter i sundhedsvæsenet udarbejdet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. ISBAR står for Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd. Principperne fra ISBAR er allerede en del af den fælles retningslinje for socialområdet om håndtering af lægemidler. Der er blevet udarbejdet og uddelt en blok med ISBAR tilpasset til socialområdet, som kan bruges i alle specialområder.

ISBAR er i et specialområde en fast skabelon i et dagbogsnotat i Sensum, der bruges ved lægekontakt. Her er det også muligt at notere borgerens samtykke.

3. Indsatsområder i 2019

1. Sikker håndtering af lægemidler

- Implementering af FMK-modulet i Sensum
- Opfyldte målepunkterne for risikobaseret tilsyn på Bosteder (målepunkterne ses [her](#))
- Handleplan for sundhedsfaglighed på socialområdet (handleplanen ses [her](#))

2. Kommunikation

- ISBAR – udbredelse af ISBAR.
 - Der er fortsat behov for fokus på sikker og systematisk kommunikation
 - ISBAR blokke er til stede i alle specialområder, men bruges i varierende grad
 - Udveksling af gode anvendelses muligheder bl.a. i form af dagsbogsskabelon – videndeling på tværs af specialområder.

3. Hjælpemidler

- Forebyggelse af uheld i forbindelse med brug af hjælpemidler
 - Med stigende kompleksitet i opgaveløsningen i forhold til borgerne kommer der flere og flere nye hjælpemidler. Der er derfor behov for et fortsat fokus på brugen heraf.

4. Håndtering af utilsigtede hændelser

- Udvidet fokus i arbejdet med UTH
 - Herunder særligt fokus på vold mod medborger
 - Analyse af mønstre og tendenser
 - Mulige konsekvenser for medborgere, der overværer voldsomme hændelser
 - Klassificering af disse typer af hændelser og opfølgning herpå
 - analysere sammenhæng med VTC i forhold til personalet
- Fokus på anonymisering af utilsigtede hændelser
 - Styrelsen for Patientsikkerhed har særlig opmærksomhed på, at alle rapporteringer er anonymiseret, før de afsluttes og indsendes til DPSD. Der må i den forbindelse ikke fremgå personfølsomme oplysninger om borgeren eller personalet (navn, adresse, cpr.-nummer eller lignende) i afsluttede sager i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
- Rapportering af utilsigtede hændelser fra borgere og pårørende
 - Styrelsen for Patientsikkerhed har lavet en særlig kampagne rettet mod borgere og pårørende - "Hjælp os med at blive bedre". Dette vil udbredes i socialområdet (se mere [her](#)).

4. Bilag

Tabel 2: Antal hændelser rapporteret i 2018 fordelt på hændelsestype (DPSD-hovedgruppe) og alvorlighed

DPSD-hovedgruppe	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig	I alt
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	16	2				18
Behandling og pleje	15	16	4			35
Infektioner	1	1				2
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1					1
Medicinering, herunder væsker	1183	289	8			1480
Medicinsk udstyr hjælpemidler, røntgen mv.	5	2				7
Borger- /patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader ² , 2	108	153	29	4		294
Selvskade og selvmord	1	5	15	2	1	24
Borger-/ patientidentifikation ³			2			2
Anden utilsigtet hændelse	54	10	7		3	74
Henvisninger, ind/udskrivelser og medicinlister	4	1				5
I alt	1389	479	63	6	4	1941

² 'Vold fra medborger/medpatient' er en kategori under hændelsestypen "Borger-/Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader". Se også tabel 5.

³ I DPSD er DPSD-hovedgruppen benævnt "Patientidentifikation". Vi præciserer med vores benævnelse her, at UTH'erne også kan handle om borgere på socialområdet.

Tabel 3: Hændelser af typen 'Borger-/patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader' fordelt på underkategorier og alvorlighed

DPSD Proces	DPSD problem	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelige	I alt
Anden skade	Andet	5	2	1			8
	Fysiske forhold (bl.a. inventar, møbler, gulve)		2				
	Lift/hjælpemiddel/ arbejdsredskaber	1					1
	Vold fra medborger/medpatient ⁴	94	137	25	4		260
Fald	Andet		1				1
	Fysiske forhold	2	3	1			6
	Lift/hjælpemiddel/ arbejdsredskaber		1	1			2
	Borgerens/patientens vurdering af egen fysiske formåen ⁵	5	5	1			11
	Personalets vurdering af pt.s fysiske formåen	1	2				3
I alt		108	153	29	4	0	294

⁴ I DPSD er DPSD-problemet benævnt "Vold fra medpatient". Vi præciserer med vores benævnelse her, at UTH'erne også kan handle om borgere på socialområdet.

⁵ I DPSD er DPSD-problemet benævnt "Patientens vurdering af egen fysiske formåen". Vi præciserer med vores benævnelse her, at UTH'erne også kan handle om borgere på socialområdet.

Tabel 4: Antal rapporterede hændelser pr. år 2013-2018 fordelt på alvorlighed

Alvorlighed	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingen skade	1329	1374	1048	932	1116	1389
Mild	220	168	256	333	476	479
Moderat	23	32	20	32	65	63
Alvorlig	3	1		2	9	6
Dødelig	2	2	2		1	4
I alt	1577	1577	1326	1299	1667	1941

Tabel 5: Hændelser af typen 'Medicinering herunder væsker' fordelt på underkategorier og alvorlighed

DPSD proces	Ingen skade	Mild	Moderat	I alt
Administration	946	248	5	1199
Andet	15	4		19
Bestilling	6			6
Dispensering	183	29	2	214
Emballage	5	2		7
Instruktion og råd			1	1
Interaktion		1		1
Opbevaring	22	2		24
Ordination	6	3		9
I alt	1183	289	8	1480

Tabel 6: Sundhedsstyrelsens alvorskala med eksempler

Alvorlighed	Eksempler
Ingen skade	Recept udskrives på stærk smertestillende medicin med 10 tabletter morgen og 1 tablet aften. Det skulle have været 1 tablet morgen og 1 tablet aften. Patienten opdager fejlen, og lægen skriver ny recept.
Mild	I forbindelse med blokade-behandling sker injektion af blokade i venstre glutealregion i stedet for højre.
Moderat	Fax til hjemmeplejen om livslang jernbehandling til en patient sendes alligevel ikke. Der bliver ikke genbestilt jern, da sygehuset kun har ordineret jern i 6 uger. Patienten indlægges med anæmi.
Alvorlighed	Patient med penicillinallergi får ved en fejltagelse en ordination på tabl. Penicillin. Udvikler allergisk reaktion efter indtag og indlægges akut med anafylaktisk chock.
Dødelighed	En patient i AK-behandling med Marevan udvikler massiv tarmløbning. Patienten får hjertestop og dør lige efter akut indlæggelse på hospital.