



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2006.05

Utsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

En pilotundersøgelse på to regionale
hjemmeplejekontorer

Majbritt Christensen
Annegrete Juul Nielsen





Utsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

En pilotundersøgelse på to regionale
hjemmeplejekontorer

Majbritt Christensen
Annegrete Juul Nielsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen
DSI rapport 2006.05

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-443-3 (trykt version)

ISBN 87-7488-447-6 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI-rapport 2006.05

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

Forord

Gennem de sidste par år er fokus på patientsikkerheden i sygehussektoren skærpet. Tiden er nu kommet til primærsektoren. Denne undersøgelse af utilsigtede hændelser er den første, der beskæftiger sig med patientsikkerheden i hjemmesygeplejen. Vi var derfor på ukendt grund, da vi indledte samarbejdet med de to områdekontorer for hjemmesygepleje, hvilket da også afspejles i rapporten. Der er flere forhold, der på en afgørende måde adskiller arbejdet i hjemmesygeplejen fra arbejdet i sygehussektoren. I hjemmesygeplejen arbejder sundhedspersonalet i borgerens hjem og på dennes betingelser. Plejepersonalet er alene med borgeren. Journalføringspraksis er helt anderledes end i sygehusvæsenet, hvilket blandt andet indebærer en underestimering af forekomsten af utilsigtede hændelser.

Denne eksternt peer reviewede rapport belyser en række områder, hvor der umiddelbart kan sættes ind for at forbedre kvaliteten i den kommunale hjemmesygepleje. Den vil derfor være et redskab i den fremtidige udvikling af hjemmesygeplejen mod færre utilsigtede hændelser.

Målgruppen er beslutningstagere på nationalt, regionalt og lokalt niveau, samt medarbejdere i hjemmesygeplejen der arbejder med og har interesse for patientsikkerhed.

Rapporten er eksternt reviewet af afdelingslæge Henriette Lipczak, RiskEnheden, FoQUS, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, Hillerød Sygehus og af afdelingschef Thomas Pedersen, Greve Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen, Pensions- og hjemmeplejeafdelingen

Vi takker cand.rer.soc. Anders Rud Svenning for bidrag til den kvantitative analyse, og alle de fagprofessionelle der velvilligt har deltaget i og dermed muliggjort undersøgelsen.

Undersøgelsen er finansieret af Det Kommunale Momsfond og DSI.

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Jes Søgaard
Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Introduktion.....	9
1.1 Baggrund	9
1.2 Formål	10
1.3 Begreber og definitioner	10
1.4 Afgrænsning.....	11
1.5 Rapportens opbygning	11
2. Litteraturgennemgang	13
2.1 Udvælgelse af litteratur	13
2.2 Fejl og fejllopfattelse i hjemmesygeplejen	13
2.3 Forekomst af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen	14
2.4 Rapporteringssystemer i hjemmesygeplejen	14
2.5 Forebyggelse af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen	15
2.6 Konklusion.....	15
3. Metode	17
3.1 Journalføring i hjemmesygeplejen.....	17
3.2 Datagrundlag	18
Hjemmesygepleje A	18
Hjemmesygepleje B	18
3.3 Journalgennemgang.....	19
3.3.1 Screeningsskemaet	19
3.3.2 Udvalg af journaler	19
3.3.3 Behandling af udfyldte skemaer	20
3.3.4 Diskussion af fremgangsmåde og skema	20
3.4 Interviewundersøgelsen	20
3.4.1 Efterbehandling af interviews	21
3.5 Analyse af eksisterende rapporteringssystem.....	22
4. Resultat af journalgennemgangen	23
4.1 Type af utilsigtet hændelse.....	23
Medicineringsprocedurebetingede hændelser	24
Tryksårsbetingede hændelser	24
Urinvejsinfektionsbetingede hændelser	24
Faldulykker	24
Uheld/andre ulykker.....	25
Personalebetingede hændelser (typen "Andet")	25
4.2 Fik hændelsen følger.....	26
4.3 Hvilke årsager medvirkede til at hændelsen opstod.....	27
4.4 Hvor er den utilsigtede hændelse opstået?	27
4.5 Personalkategori der var involveret i hændelsen.....	27
4.6 Kan hændelsen forebygges?.....	28
4.7 Øvrige kommentarer til forløbet	29
5. Analyse af indberetninger til eksisterende rapporteringssystem	31

6.	Resultat af interviewundersøgelsen	33
6.1	Arbejdsvilkår og utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen.....	33
	Borgerens hjem er personalets arbejdsplads.....	33
	Samspillet med sekundærsektoren.....	36
	Hjemmesygeplejen - under stadig forandring.....	37
	Sammenfatning	39
6.2	Nuværende praksis i Hjemmesygepleje A	39
	Nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser	39
	Holdninger til et fremtidigt rapporteringssystem.....	41
	Sammenfatning	42
6.3	Erfaringer med rapportering i Hjemmesygepleje B	43
	Tilegnelse af ny praksis – en kontinuerlig proces.....	43
	Større ansvarsfølelse og øget kvalitet	46
	Plads til forbedringer – fokusér og giv feedback.....	47
	Effektivisering af rapportskrivningen.....	47
	Optimering af mulighederne for kontinuerlig lokal databearbejdning og projektopfølgning	47
	Fokuseret rapportering	48
	Sammenfatning	48
6.4	Konklusion.....	48
7.	Diskussion	51
7.1	Generelt	51
	Hjemmesygeplejeturnaler som datagrundlag	51
	Arbejdsbetingelserne i borgerens hjem.....	51
	Journalføring i hjemmesygeplejen.....	51
7.2	Metodeproblemer	51
	Udformning af screeningsskemaet	52
	Hvad viser journalscreeningen?	52
	Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen set i forhold til utilsigtede hændelser i sekundær sektor	52
	Hvad kan hjemmesygeplejen lære af sekundær sektors arbejde med rapportering af utilsigtede hændelser.....	53
	Er den benyttede metode velegnet?.....	53
7.3	Anbefalinger	53
	Litteratur	55
Bilag 1	Screeningsskema	59
Bilag 2	Tabeller	61
Bilag 3	Interviewguide til hhv. Hjemmesygepleje A og B.....	67
Bilag 4	Styregruppe	73

Resumé

Rapporten beskriver en undersøgelse af patientsikkerheden i den kommunale hjemmesygepleje. Formålet har været at belyse omfanget og arten af utilsigtede hændelser i den kommunale hjemmesygepleje, at belyse det sundhedsfaglige personales holdninger, behov og ønsker til et rapporteringssystem med hensyn til disse hændelser, samt endelig at belyse hvad man må tage i betragtning ved en implementering af et fremtidigt rapporteringssystem i den kommunale hjemmesygepleje.

En litteraturgennemgang har vist, at der ikke foreligger danske undersøgelser, der har beskæftiget sig med ovenstående problematik. Derfor har vi selv indhentet data og oplysninger.

Der er foretaget en gennemgang af sygeplejebøger på to områdekontorer for hjemmesygepleje i to forskellige dele af landet. I alt 600 sygeplejebøger er gennemgået med udgangspunkt i en til undersøgelsen opstillet guide. Fokus er rettet mod: Medicineringsprocedure samt forekomst af tryksår, sårinfektioner, urinvejsinfektioner, infektioner via kateter anlagt ved gennembrud af hud, fald, uheld/ulykker.

Gennemgangen af bøgerne blotlagde i alt 671 utilsigtede hændelser i 229 bøger. Der blev observeret flest utilsigtede hændelser i forbindelse med medicineringsprocedurer 239 (35,6 %) og faldulykker 204 (30,4 %). Der blev observeret 98 (14,6 %) utilsigtede hændelser karakteriseret ved forkert journalføring, at borgeren var glemt, utilstrækkelig kommunikation, manglende brug/tilstedeværelse af hjælpemidler og medicinsk udstyr.

Hændelserne vedrørende medicineringsproceduren er dels knyttet til "borgerens rolle" - for eksempel at borgeren ikke tager sin medicin, at borgeren overforbruger medicin, eller den docerede medicin er blevet væk - dels til "personalets rolle" - for eksempel at borgeren ikke har fået sin medicin, eller at medicineringen ikke er dokumenteret.

Ved faldulykkerne har vi søgt at identificere risikofaktorerne. Disse har vist sig at være en følge af borgerens helbredstilstand eller livsstil, men de har også været begrundet i forhold i borgerens hjem. Brug af sløvende medicin og problemer med hjælpemidler er kendte risikofaktorer.

231 (34,4 %) af de observerede utilsigtede hændelser fik konsekvenser i form af, at der blev iværksat øget hjemmesygepleje, skabt kontakt til praktiserende læge/vagtlæge, indtraf en forandring i patientens tilstand og i nogle tilfælde indlæggelse.

I 349 tilfælde (52 %) kunne man ikke identificere medvirkende årsager til de utilsigtede hændelser. I de tilfælde man kunne, var kommunikationsproblemer i bred forstand den hyppigste nævnte medvirkende årsag.

Hovedparten af de fundne utilsigtede hændelser 586 (87,3 %) er opstået i hjemmesygeplejens regi.

Ved under 10 % af de utilsigtede hændelser var det muligt at specificere en personalegruppe, der havde været involveret i hændelsen.

En række fokusgruppeinterview med plejepersonalet på to hjemmesygeplejekontorer samt solointerviews af lederne har vist, at der blandt de interviewede generelt er en velvilje med hensyn til et fremtidigt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i

hjemmesygeplejen. Det kan genere læring gennem mønstergenkendelse, hvis lederne prioriterer feedback til medarbejderne. De interviewede peger på, at rapportering tager tid fra borgeren, og der må derfor være faste kriterier for, hvad der skal rapporteres.

De utilsigtede hændelser trækker ofte tråde til og har implikationer for borgerens livsform. Utilsigtede hændelser opstår og forebygges således i højere grad i et samspil med borgeren i hjemmesygeplejen, end det er tilfældet i sekundærsektoren. En del af de utilsigtede hændelser, som hjemmesygeplejen håndterer, opstår som en konsekvens af de skift mellem sektorer i sundhedsvæsnet, som borgeren gennemgår ved hospital-sindlægning og udskrivning. Der er derfor ifølge de interviewede behov for et rapporteringssystem, der kan tilgodese og facilitere en dialog mellem sektorerne og derigennem forebygge hændelser, der opstår i kløften mellem disse. De interviewede peger endvidere på personalesammensætningen i hjemmesygeplejen, der betyder, at det ikke kan tages for givet, at alle personalegrupper, som i sekundær sektor, har de formelle kompetencer til at dokumentere deres arbejde.

Rapporten afslutter med en række anbefalinger omkring udarbejdelse og implementering af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen.

Et rapporteringssystem for hjemmesygeplejen bør indarbejdes i det eksisterende for sekundærsektoren, og der bør indledes med obligatorisk registrering af (højst) tre hændelseskategorier med relevans for hjemmesygeplejen. Der bør hurtigt skabes konsensus om, hvad der forstås ved utilsigtede hændelser, og rapporteringsproceduren bør være enkel. Der bør hurtigt gives feed back til den der indberetter.

Rapporten viser, at der er et stort behov for et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Det kan bidrage til en forbedring af patientsikkerheden.

1. Introduktion

1.1 Baggrund

Den første undersøgelse af forekomst af utilsigtede hændelser i Danmark er publiceret af DSI i 2001 (1). Den viste, at 9 % af danske somatiske heldøgnsindlæggelser er belastet af én eller flere utilsigtede hændelser, og at risikoen for at blive ramt af en utilsigtet hændelse under indlæggelse på et dansk sygehus er ca. 5 %. Forekomsten svarer til det man har fundet i udenlandske studier (2; 3), hvor Wilson et al (3) skønner, at 40-50 % af de utilsigtede hændelser kunne være forebygget under optimale forhold.

En reduktion af forekomsten af utilsigtede hændelser kræver viden om disse hændelsers karakter og hyppighed.

I Danmark trådte Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet i kraft 1. januar 2004. Loven finder anvendelse på rapportering af utilsigtede hændelser som forekommer i forbindelse med behandling af borgere i sygehusvæsenet. I §1 Stk. 2 er anført, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for inddragelse af den primære sundhedssektor.

Primærsektoren forventes inddraget i forlængelse af en planlagt evaluering af loven efter to år.

Socialministeriet har med "Kvalitetsstandarder i hjemmesygeplejen" fra 2002 (4) sat fokus på kvalitet i hjemmesygeplejen, og der er blandt aktørerne stor interesse for at dele den gode praksis i hjemmesygeplejen. Publikationen har dog ikke været tilstrækkelig til at forhindre utilsigtede hændelser som for eksempel medicineringsfejl i hjemmesygeplejen (5-7). Forebyggelsespotentialet med hensyn til at forhindre utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen er i dag ukendt.

En konstateret mangel på relevante danske og europæiske undersøgelser af utilsigtede hændelser i primærsektoren har fået os til at gennemføre denne pilotundersøgelse.

Hjemmesygeplejen i Danmark

Hjemmesygepleje er en kommunal opgave tæt knyttet til øvrige opgaver på ældreområdet. Hjemmesygeplejen er reguleret af sundhedslovgivningen, mens hjemmehjælp (personlig og praktisk hjælp) er reguleret af sociallovgivningen. I mange kommuner er hjemmesygepleje og hjemmepleje dog integreret. Den enkelte kommune har organiseret hjemmesygeplejen forskelligt, men oftest hører den under socialforvaltningen. Hjemmesygeplejen er i den enkelte kommune inddelt i områder med hver sit selvstændige områdekontor, og kommunens størrelse bestemmer antallet. Hvert områdekontor har en daglig leder og et antal sygeplejersker samt mange steder også social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og evt. ufaglært personale.

I vores undersøgelse har vi fokuseret på hjemmesygeplejen, og vores primære dokumentationsmateriale er derfor sygeplejejournaler.

1.2 Formål

Undersøgelsens sigte er at afdække behovene omkring kvalitetsudvikling og borgersikkerhed i hjemmesygeplejen. Vores primære formål med undersøgelsen er inden for den kommunale hjemmesygepleje

1. at belyse omfanget og arten af utilsigtede hændelser
2. at belyse nuværende praksis vedrørende håndtering af utilsigtede hændelser
3. at belyse det sundhedsfaglige personales holdninger, behov og ønsker til et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser
4. at belyse specielle forhold der bør tages i betragtning ved implementering af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser.

Formålene er opfyldt ved hjælp af en litteraturgennemgang, en journalgennemgang og interview med personale på to områdekontorer.

Organisation af kvalitetsudvikling og borgersikkerhed i hjemmesygeplejen adskiller sig på afgørende punkter fra organisationen af kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i sygehussektoren. Vi har derfor valgt at gennemføre en pilotundersøgelse, der dels belyser omfanget og arten af utilsigtede hændelser i den kommunale hjemmesygepleje, dels afdækker hvilke faktorer der er særlige for organiseringen af hjemmesygeplejen. Der er tale om faktorer, der skal tages højde for, hvis/når beslutningstagerne ønsker at indføre rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser i primærsektoren.

1.3 Begreber og definitioner

I rapporten er der benyttet en række fagudtryk, som vi tillægger en bestemt tolkning. Disse udtryk og den definition af dem vi benytter er vist i Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Centrale begreber og definitioner

<i>Patientsikkerhed (8)</i>	Sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.
<i>En utilsigtet hændelse (8)</i>	En ikke tilstræbt begivenhed der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.
<i>Risikostyring (8)</i>	Tiltag for at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade med henblik på at opnå en øget patientsikkerhed.
<i>Forebyggelig hændelse (8)</i>	En hændelse der kunne være undgået ved bedre udnyttelse af tilgængelig viden og/eller teknologi.
<i>Ikke-forebyggelig hændelse (8)</i>	En hændelse hvor en skade ikke kan undgås i en konkret situation trods korrekt udnyttelse af tilgængelig viden og/eller teknologi.
<i>Rapporteringssystem (9)</i>	Et system med dataindsamling, regelmæssig dataanalyse og tilbagemelding til rapportører/andre interessenter (Schjøler & Mogensen et al 2003).

1.4 Afgrænsning

I det følgende tydeliggør vi nogen af de begreber, vi benytter i rapporten.

Ved *hjemmesygepleje* forstår vi behandling og pleje i hjemmet, der udføres under en sygeplejerskes ansvar. Nogle af opgaverne er ofte delegeret til andre faggrupper - i visse tilfælde til uaglærte.

Ved *hjemmepleje* forstår vi personlig og praktisk hjælp i hjemmet uanset hvem der yder den.

Der er forskellig dokumentationspraksis for de to former for hjælp: hjemmesygeplejedydelser dokumenteres i sygeplejelogner, der opbevares på områdekantoret, mens personlig og praktisk hjælp (hjemmepleje) dokumenteres i en "borgerbog", der befinder sig i borgerens hjem.

I journalgennemgangen er empirien baseret på sygeplejelogner. Vi har ikke haft ressourcer til at gennemgå "borgerbøger".

I interviewene er empirien baseret på personalets udsagn om deres opfattelse af hjemmesygepleje og hjemmepleje, som de oftest opfatter som en integreret helhed.

Undersøgelsen er inspireret af publikationen "Utilsigtede hændelser på danske sygehuse"(1).

I rapporten diskuterer vi ikke principperne for et rapporteringssystem. Blandt alle der beskæftiger sig med utilsigtede hændelser i Danmark synes der at være en udbredt konsensus om, at rapportering af utilsigtede hændelser finder sted med udgangspunkt i fortrolighed og læring frem for disciplinering, dvs. risikostyring ved hjælp af åbenhed frem for straf. Vi tager derfor udgangspunkt i patientsikkerhedsarbejdets aktuelle stade i Danmark, hvor debatten i dag går på, om den viden, som rapporteringen af utilsigtede hændelser producerer, spredes og anvendes i tilstrækkeligt omfang. Undersøgelsens resultater skal ses som et indlæg i debatten om rapportering af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, men ikke som en definitiv beskrivelse af problemstillingen.

1.5 Rapportens opbygning

Efter det indledende Kapitel 1 med baggrund, begreber og afgrænsning giver vi i det følgende Kapitel 2 en beskrivelse af vores udvælgelse og gennemgang af litteratur vedrørende utilsigtede hændelser og hjemmesygepleje. I Kapitel 3 gennemgår vi de i vores pilotundersøgelse benyttede metoder. Vi diskuterer journalføring i hjemmesygeplejen, vi beskriver de to udvalgte hjemmesygeplejekontorer, vi redegør for journalgennemgangen herunder for benyttet skema, udvælgelsen af logner og databehandling. Vi fortsætter med en beskrivelse af interviewdelen af pilotundersøgelsen herunder redegør vi for efterbehandlingen af interviewoplysningerne. I Kapitel 4 finder man resultaterne af journalgennemgangen bygget op efter spørgsmålene på det benyttede screeningsskema. I Kapitel 5 er der en sammenligning af indberetningerne til det allerede eksisterende rapporteringssystem i den ene hjemmesygepleje og vores indsamlede oplysninger. I Kapitel 6 finder man resultaterne af interviewundersøgelsen, herunder en tværgående analyse af arbejdsvilkår og rapportering i hjemmesygeplejen, en gennemgang af nuværende praksis og rapporteringserfaringer i henholdsvis den ene

og den anden hjemmesygepleje. I Kapitel 7 diskuterer vi pilotundersøgelsen og dens resultater generelt og metodemæssigt samt byder på nogle anbefalinger.

2. Litteraturgennemgang

2.1 Udvælgelse af litteratur

Pilotprojektet blev indledt med en litteraturgennemgang i begyndelsen af 2005 baseret på litteratur fundet ved søgninger i Medline (medicinsk faglig litteraturlibrary) og Cinahl (sygeplejefaglig litteraturlibrary).

Den ene søgning i Medline skete på "Risk management" [MeSH] AND "Home Care". Limits 2000 ff og Engelsk sprog. Søgningen gav 714 hits, og alle abstracts er gennemgået. Den anden søgning i Medline skete på "Safety Management" [MeSH] AND "Home Care Services" med samme limits som ovenfor. Søgningen gav 40 hits, og alle abstracts er gennemgået.

Samme søgeprofil blev benyttet ved en søgning i Cinahl, der gav 56 hits. Alle tilgængelige abstracts er gennemgået.

I første omgang blev der udvalgt 48 artikler fra de i alt 810 hits. Det store fravalg er begrundet i, at meget af litteraturen kun perifert berørte emnet, og i at en række artikler alene omhandlede sikkerhed for sundhedspersonalet. Ved en efterfølgende gennemgang blev udvalget reduceret til 23 artikler.

Af særlig interesse for det aktuelle projekt er incidens- og prævalensmål for utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen og anvendelse af kvalitets overvågningssystemer og rapporteringssystemer.

2.2 Fejl og fejllopfattelse i hjemmesygeplejen

I et amerikansk observationsstudie fra 2004 (10) har en observatør fulgt en hjemmesygeplejerske i seks timer og observeret i alt 23 fejl, dvs. i gennemsnit en hvert kvarter. Hjemmesygeplejersken observerede selv 7 fejl, observatøren og hjemmesygeplejersken i fællesskab 5 fejl og observatøren selv 11 fejl. Det er tale om mange fejl, men studiet viser også, at de to personer har forskellig opfattelse af, hvad de anser for at være fejl.

Et andet amerikansk studie fra 2004 (11) beskriver sygeplejerskers opfattelse af medicineringsfejl. Populationen bestod af 983 sygeplejersker på forskellige typer af hospitaler. Sygeplejerskerne forklarede de hyppigste årsager til medicineringsfejl ved a) at lægens håndskrift var svær at læse, b) at sygeplejersken blev distraheret og c) at sygeplejersken var træt. Sygeplejerskerne blev bedt om at vurdere seks forskellige med henblik på, om der efter deres mening var tale om medicineringsfejl. 97% mente, at *for hurtig intravenøs infusion* var en medicineringsfejl, 92% ville informere lægen herom og 93 % ville indberette det som en fejl. Sygeplejerskerne (92%) mente ikke, at en *udskydelse af digoxin morgendosis* var en medicineringsfejl, men 57 % ville dog meddele det til lægen og 11% indberette det som en fejl. Sygeplejerskerne mente, at i gennemsnit 46 % af medicineringsfejlene blev indberettet til den ledende sygeplejerske. Begrundelserne for ikke at indberette fejl var en frygt for lederens reaktion, en frygt for kollegers reaktion, og en opfattelse af, at fejlen ikke var alvorlig nok til en indberetning.

De fleste sygeplejersker (81 %) var ikke bange for at miste deres job på grund af indberetning.

2.3 Forekomst af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

Et amerikansk projekt fra 2003 (12) omfattede et registerstudie baseret på databasen Outcomes Assessment Information Set (OASIS) og en journalaudit omfattede med 1711 borgere på 60 år og derover uden tryksår ved indskrivning i hjemmesygeplejen. Observationsperioden gik fra januar 1995 til marts 1996. Data for potentielle risikofaktorer blev udtrukket fra OASIS ved indskrivningen og journalerne blev gennemgået. Undersøgelsen identificerer risikofaktorerne sengeleje, behov for hjælp til personlig pleje, urinkontinens og brug af ilt og finder, at 6,3 % af borgerne udvikler tryksår - de fleste inden for de første fire uger.

En oversigtsartikel fra The first National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference i 1989 (13) redegør for incidens og prævalens af tryksår i hjemmesygeplejen. Incidensraten i 1990 var 16,5 %, mens den i 1999 er 6,3%. Prævalensraten i 1993 var 29 %, i 1996 19 % og i 1999 6 %.

Et amerikansk studie fra 2004 (14) har gennemgået fejlrapporter fra hjemmesygeplejen i Ohio og Michigan. Der indgik rapporter fra to kvartaler i 2001. Treogfyrre hjemmesygeplejeorganisationer indgik i studiet. Det gennemsnitlige antal indberetninger steg fra 1. til 2. kvartal fra 257 til 329. I 1. kvartal var de hyppigste hændelser: Uventet død (3,4 %), følger efter fald i hjemmet (1,7 %) og sårinfektioner/forværring af eksisterende sår (1,6 %). I 2. kvartal var de: Øget antal tryksår (1,9 %), urinvejsinfektion (1,4 %), følger efter fald i hjemmet (1,4 %), sårinfektioner/forværring af eksisterende sår (1,4 %) og uventet død (1,0 %).

2.4 Rapporteringssystemer i hjemmesygeplejen

Fra oktober 2000 har det været et krav, at alle hjemmesygeplejeorganisationer skal foretage indberetning til Outcomes Assessment Information Set (OASIS) af alle amerikanske borgere over 65 år, der indgår i hjemmesygepleje (15). Indberetningen skal ske ved a) indskrivning, b) flytning, c) udskrivning samt d) hver 62. dag, hvis borgeren bliver i hjemmesygeplejeregion. Der indberettes inden for følgende hovedområder:

- ◆ diagnose, ydelser, syn, smerte, sår, multiple tryksår, stadie og status for sår, kortåndethed, inkontinens og adfærdsproblemer
- ◆ evne til påklædning, bad, toiletbesøg og evne til at færdes
- ◆ hvor borgeren var henvist fra
- ◆ behov for fysioterapi.

The Missouri Alliance for Home Care (MAHC) har udarbejdet databaser for indberetning af infektioner som følge af blærekateter og fald (15; 16).

I en amerikansk artikel fra 1997 (17) præsenteres et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Systemet består af en A4 indberetningsformular, et datahåndteringssystem med en elektronisk database og et rapporteringssystem. Der er udviklet en elektronisk database til at lette datafangst og rapportering.

Outcome-Based Quality Improvement (OBQI) (18) er et amerikansk udviklet løbende kvalitetsovervågningssystem til brug i hjemmesygeplejen. Til evaluering af dette systems effekt med hensyn til outcome for borgeren er der gennemført et quasi-eksperimentelt studie for perioden 1995-2000, hvor 73 hjemmesygeplejeorganisationer implementerede OBQI-systemet med dataindsamling, kodning af data og eksport af data til en central database. Denne database forsyner hver hjemmesygeplejeorganisation med en rapport, der angiver risikojusteret outcome for organisationen og sammenligner denne med outcome i en referencepopulation (og i organisationen året før). Outcome omhandler frekvenser for alle indlæggelser samt et valgfrit mål for forbedring/stabilisering inden for funktionelt, fysiologisk, emotionelt og kognitivt helbred. Resultatet af kvalitetsovervågningen var et fald i indlæggelsesraten på 22 og 26 % for to testprojekter over en 3 hhv. og 4 årig periode. Der var et væsentligt lavere fald hos de organisationer, der ikke indgik OBQI-projektet. Forbedringen i helbredsstatus var en gennemsnitlig stigning på 5 % til 7 % pr. år sammenlignet med kontrolorganisationernes gennemsnitlige stigning på ca. 1 % pr. år. Undersøgelsen konkluderer, at der er muligt at integrere OBQI-kvalitetsudviklingsprogrammet i hjemmesygeplejens daglige arbejde.

2.5 Forebyggelse af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

En række studier, man kan konsultere ved særlig interesse, beskriver forebyggelse af utilsigtede hændelser. De fleste er publiceret mellem 2001-2004:

- ◆ tryksår (19; 20)
- ◆ fald (21-23)
- ◆ urinvejsinfektioner (24)
- ◆ infektionskontrol (25)
- ◆ The Joint Commission's National Patient Safety Goals betydning for hjemmepleje og hospice (26)
- ◆ underernæring (27).

Der er fundet to artikler, der fremhæver andre faktorer end forhold ved plejen, der påvirker forekomsten af utilsigtede hændelser, f.eks. manglende mulighed for håndvask i borgerens hjem (28) og f.eks. mobilitet, friktion, ernæring, nedsat følesans i hud der er medvirkende ved fremkomst af tryksår (29).

2.6 Konklusion

Der er ikke fundet danske undersøgelser, der redegør for forekomst og art af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Enkelte amerikanske undersøgelser har beskæftiget sig med aktørernes forskellige opfattelse af, hvad der er utilsigtede hændelser, og hvilke årsager der kan være til deres opståen. Der er fundet beskrivelser af amerikanske rapporteringssystemer til indikatormåling i hjemmesygeplejen; men de skønnes ikke umiddelbart at kunne overføres til danske forhold. De organisatoriske forhold er meget forskellige.

3. Metode

For at opfylde undersøgelsens formål har vi valgt at gennemgå foreliggende litteratur om emnet samt at nærmere undersøge praksis på området. Det sidste er sket ved at studere to kommunale områdekontorer for hjemmesygepleje. Kontorerne er udvalgt, så de er kontraster med hensyn til håndtering af utilsigtede hændelser - det ene kontor registrerer utilsigtede hændelser, det andet gør ikke. Vi studerer de to områdekontorer ved brug af to metoder: En journalgennemgang til belysning af omfang og art af utilsigtede hændelser, og en interviewundersøgelse til belysning af personalets arbejdsvilkår og holdninger i hjemmesygeplejen. Det er velkendt, at den sygeplejefaglige journalføring traditionelt ikke er lige så udbygget og deltaljeret, som den lægefaglige, og det diskuteres derfor, hvordan undersøgelsen håndterer, at journalscreeningens datagrundlag må forventes at være ufuldstændigt.

3.1 Journalføring i hjemmesygeplejen

Sygeplejefaglige journaler indgår i den opdatering og rapportering, sygeplejersker foretager ved vagtskifte og som har til formål at koordinere sygeplejen på tværs af vagter (30). Sygeplejefaglige journaler produceres således med et andet formål, end det der gør sig gældende i denne undersøgelse.

For autoriserede sundhedspersoner i det danske sundhedsvæsen er der for de flestes vedkommende formulerede krav til dokumentation. I lovgivningen er der dog ikke fastsat regler, der pålægger sygeplejefagligt personale en pligt til at føre journal (31). Dette er dog med undtagelse af bl.a. hjemmesygeplejersker, der ifølge "Lov om hjemmesygeplejerskeordninger" har journalføringspligt (32). Dansk Sygeplejeråd og Sundhedsstyrelsen har begge fornylig udsendt henholdsvis retningslinier og vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (31; 33). Begge initiativer tager udgangspunkt i et stigende behov for at kunne dokumentere sundhedsfaglige ydelser for herigennem at kunne kvalitetsudvikle sundhedsvæsenet. I initiativerne opstilles der mindstekrav til sygeplejefagligt personales journalføring i form af en række sygeplejefaglige problemområder som eksempelvis ernæring, kommunikation, psykosociale forhold, smerter og sanseindtryk mm. Generelt peges der på, at sygeplejefaglige journaler bør indeholde den nødvendige dokumentation til opfyldelse af de krav, som "Lov om patienters retsstilling" stiller til journalføring i relation til information og samtykke samt aktindsigt (31; 33).

Initiativerne er en konsekvens af, at kvalitetsudviklingsprojekter som Det Nationale Indikatorprojekt og Den Gode Medicinske Afdeling har vist, at den daglige dokumentation generelt er utilstrækkelig og upræcis, og at dokumentationspraksis landet over varierer meget (31). På sygeplejeområdet er ufuldstændig dokumentation særligt udbredt. Som følge af et manglende lovgrundlag og en manglende tradition for systematiske, fremadrettede optegnelser er sygeplejefaglige journaler ved flere lejligheder vurderet at være så mangelfulde, at de ikke har kunnet bruges i forskningssammenhæng (34; 35).

En estimering af omfang og art af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen ud fra sygeplejefejltsjournaler er således problematisk. Der er ikke som i sekundærsektoren mulighed for at validere oplysningerne i andre kilder (lægejournaler). De åbne patientmapper i modtagerens hjem, som sundhedspersonalet fører med henblik på at informere modtageren og eventuelle pårørende om plejen, har vi af ressourcemæssige årsager afstået fra at inddrage i undersøgelsen.

Dokumentationsproblemerne har været med til at bestemme undersøgelsens design, og vi har valgt at håndtere dem på følgende måde:

- ◆ Vi har afstået fra at lave en fuldstændig opgørelse af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. De konklusioner, vi drager af undersøgelsen, tager højde for dette.
- ◆ Vi har valgt både skriftlige (i det omfang de findes) og mundtlige kilder til at underbygge vores udsagn.
- ◆ Vi har sammenlignet vores data med data i et allerede eksisterende indberetnings-system for utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen.

Sygeplejefejltsjournaler er således i udgangspunktet et problematisk datagrundlag, men projektets formål og håndteringen af dokumentationsproblematikken taget i betragtning, er det vurderingen at det ikke forringer projektets anvendelighed i nævneværdig grad.

3.2 Datagrundlag

Hjemmesygepleje A

I Hjemmesygepleje A er hjemmesygeplejen organisatorisk integreret med hjemmehjælpen. Der er ansat 20 sygeplejersker, 19 social- og sundhedsassistenter, 83 social- og sundhedshjælpere, 7 sygehjælpere, 15 hjemmehjælpere og 23 uuddannede medarbejdere (i vikariat) i områdekontoret. Ud af de i alt 956 borgere i områder, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp, modtager 361 hjemmesygepleje.

Hjemmesygepleje A anvender traditionelle papirjournaler, men håber på at få etableret et elektronisk system inden længe. Hjemmesygepleje A registrerer ikke utilsigtede hændelser systematisk, men personalet diskuterer registrering af dem. Sygeplejerskerne afholder ugentligt møder i sygeplejegruppen med diskussion af sygeplejefaglige problemstillinger, herunder af registrering af utilsigtede hændelser.

Hjemmesygepleje B

I Hjemmesygepleje B er hjemmesygeplejen også organisatorisk integreret med hjemmehjælpen. Der er ansat 33 sygeplejersker, 12 social- og sundhedsassistenter, 160 social- og sundhedshjælpere og 35 uuddannede medarbejdere. Ud af de i alt 1.051 borgere i området, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp, modtager 834 hjemmesygepleje. Hjemmesygepleje B anvender et elektronisk journalsystem. Siden januar 2004 har man som et led i et amtligt akkrediteringsprojekt separat indberettet utilsigtede hændelser på papirkemaer. Ledelse og personale har endvidere udarbejdet en række kliniske vejledninger, der angiver procedurer for håndtering af bl.a. sårpleje, kateterpleje og medicin håndtering. I håndteringen af utilsigtede hændelser indgår,

- ◆ at personalet som minimum registrerer utilsigtede hændelser ved sårinfektioner, fald, medicinhåndtering, tryksår og uheld/ulykker.
- ◆ at den nærmeste overordnede er ansvarlig for, at der ved en utilsigtet hændelse umiddelbart ydes feedback til det involverede personale, at hændelsen analyseres sammen med disse, at der drages konsekvenser af hændelsen, samt at der udfyldes en undersøgelsesrapport med analyse og konsekvensbeskrivelse senest en uge efter hændelsen
- ◆ at medarbejderen altid informerer borgeren om hændelsen, eventuelle konsekvenser og klagemuligheder.

3.3 Journalgennemgang

På hvert af de to udvalgte områdekontorer er der udvalgt 300 tilfældige aktive borgerjournaler til en screening for utilsigtede hændelser. Journalgennemgangen er udført af fire erfarne sygeplejersker ved hjælp af et på forhånd udarbejdet "Skema til screening for Utilsigtede hændelser", se Bilag 1. Sygeplejerskerne er specielt rekrutteret til opgaven og har ingen tilknytning til hjemmesygeplejen. To af dem har tidligere medvirket i projektet "Utilsigtede hændelser på danske sygehuse" i 2001.

Fremgangsmåden for denne del af undersøgelsen er inspireret af tretrinsmetoden i rapporten "Utilsigtede hændelser på danske sygehuse" (1).

3.3.1 Screeningsskemaet

Screeningsguiden er opbygget af spørgsmål med både lukkede og åbne svarmuligheder. Da alle journaler i den anden fase er screenet af to sygeplejersker, kan der forekomme to beskrivelser pr. utilsigtet hændelse i de åbne tekstfelter.

Ved journalgennemgangen er de utilsigtede hændelser i henhold til "Skema for screening for Utilsigtede hændelser", se Bilag 1, karakteriseret ved hjælp af spørgsmål om type af utilsigtet hændelse (medicineringsprocedure, tryksår, sårinfektion, urinvejsinfektion, infektion via kateter anlagt ved gennembrud af hud, fald, uheld/ulykke eller andet, hændelsen fik følger, årsager til hændelsens opståen, hvor hændelsen var opstået, hvilken personalekategori der var involveret i hændelsen og om hændelsen kunne være forebygget.

3.3.2 Udvalg af journaler

For hver udvalgt borgerjournal har sygeplejerskerne set på en periode seks måneder tilbage i tiden med hensyn til optræden af en utilsigtet hændelse, og de har udfyldt et (hvidt) skema for hver skønnet utilsigtet hændelse. Skemaoplysningerne er indtastet i Excel og senere overført til SAS.

For alle skemaer med en registreret skønnet utilsigtet hændelse er den tilhørende borgerjournal valgt ud til videre analyse.

De udvalgte borgerjournaler er derefter alle gennemgået af to sygeplejersker uafhængig af hinanden, og de har udfyldt et (blåt hhv. gult) skema for hver utilsigtet hændelse. Skemaoplysningerne er indtastet i Excel og senere overført til SAS.

Oplysningerne på de gule og blå skemaer er derefter sammenlignet. Hvis svaret på spørgsmålet om Utilsigtet hændelse (spørgsmål 2) og Type af utilsigtet hændelse (spørgsmål 3 øverste niveau) var det samme, indgik borgerjournalen med oplysningerne

umiddelbart i undersøgelsespopulationen. Hvis dette ikke var tilfældet, besluttede projektlederen ud fra en analyse af borgerjournalen og alle tre skemaer, om journalen skulle indgå i populationen og med hvilke oplysninger.

3.3.3 Behandling af udfyldte skemaer

Alle udvalgte hvide skemaer samt de blå og gule skemaer er oprenset af projektlederen, dvs. manglende åbenbar information er tilføjet (for eksempel har afkrydsning af underfeltet Ordination i spørgsmål 3 om Type af utilsigtet hændelse uden afkrydsning af feltet Medicineringsprocedure ført til at projektlederen har afkrydset dette felt) og åbenbart inkonsistente svar er rettet (for eksempel afkrydsning af svar under spørgsmål 3 uden afkrydsning af svaret "Ja" i spørgsmål 2).

Kriteriet for at en skønnet utilsigtet hændelse indgår som en utilsigtet hændelse i undersøgelsen er, at mindst to af skemaerne vedrørende en borgerjournal har sammenfaldende oplysninger om borgeren (identifikationsnummer), datoen for den "skønnede" utilsigtede hændelse og typen af hændelse (på overordnet niveau).

Hvis to eller tre skemaer er afkrydset for utilsigtet hændelse (i spørgsmål 2), men ikke har samme dato eller afkrydsning for type, har projektlederen ved gennemgang af journaler valgt, hvilke data der skal indgå i analysen. Yderligere oprensning af data er herefter sket ved iterative sammenligninger af data på de hvide, gule og blå skemaer og efterfølgende tilretning af projektlederen.

Svarene på de åbne spørgsmål har givet anledning til opstilling af en række nye svarkategorier. Svarene er derefter grupperet af projektlederen, og de er derefter indtastet i Excel.

Da undersøgelsen ikke har til formål at sammenligne de to hjemmesygeplejeområder, er alle oplysninger aggregeret for de to områdekontorer.

3.3.4 Diskussion af fremgangsmåde og skema

Det fremgår af besvarelserne, at nogle af de i de åbne felter anførte utilsigtede hændelser kunne være afkrydset i de faste rubrikker. I andre tilfælde uddyber det åbne svar den afkrydsede rubrik, og i endnu andre tilfælde vedrører det åbne svar et af de andre spørgsmål. Noteringen beror helt på screeningspsygeplejerskens skøn. I de tilfælde, hvor det har været muligt, har projektlederen tilrettet svarene.

Ved den efterfølgende kategorisering af svarene på de åbne spørgsmål har vi søgt at skelne mellem, hvem der kan tilskrives ansvaret for hændelsen. Hvor dette ikke har været muligt, har vi i stedet oprettet kategorier, der blot beskriver problemet.

3.4 Interviewundersøgelsen

Interviewundersøgelsen består af interview med ledere og plejepersonale i Hjemmesygepleje A og B. De to ledere er interviewet hver for sig, mens plejepersonalet har deltaget i et fokusgruppeinterview¹ hvert sted. Dette er begrundet i, at utilsigtede hændelser ofte handle om at begå fejl, et emne der kan være ømtåleligt, hvis både leder og personale er til stede samtidigt. Både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter deltog i fokusgruppeinterviewet, da hjemmesygeplejerskerne normalt uddele-

¹ Et fokusgruppeinterview er et mildt styret gruppebaseret interview, hvor intervieweren ud fra en skabelon fokuserer på et afgrænset emne ledet.

gerer sygeplejefaglige opgaver til social- og sundhedsassistenter men ikke til social- og sundhedshjælperne. Der deltog 4 hhv. 7 personer i hvert fokusgruppeinterview.

Fokusgruppeinterviewet er valgt som dataindsamlingsmetode til plejepersonalet, blandt andet fordi fokusgrupper er gode til at producere data, som belyser normer for grupperes praksis og fortolkningen heraf (36). Sætter man eksempelvis en gruppe af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter til at diskutere utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, vil deres normer og opfattelse af utilsigtede hændelser som en eventuel problemstilling i hjemmesygeplejen komme for dagen. Forskelle og ligheder i deltageres meninger og erfaringer vil komme tydeligere til udtryk, når interviewpersonerne har mulighed for at diskutere med hinanden end i enkeltmandsinterview. I fokusgruppeinterview er der en indirekte kontrol med hensyn til eksterne eller usande oplysninger. En ulempe ved interviewformen er, at antallet af spørgsmål må begrænses, og at veltalende respondenter kan komme til at dominere interviewet. Dette problem kan afhjælpes ved, at interviewereren formår at opmuntre deltagerne til at fortælle om og diskutere deres meninger og vurderinger, samt ved at interviewereren stimulerer til en interaktion i gruppen, der fremmer villigheden til at fortælle (37).

Vi har udviklet en semi-struktureret interviewguide for Hjemmesygepleje A hhv. Hjemmesygepleje B, se Bilag 3, som er anvendt både til solo- og fokusgruppeinterview. Interviewguiden er udviklet på baggrund af eksisterende litteratur og erfaringer om forbedring af patientsikkerhed gennem rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser (38-42) samt ud fra vores erfaringer fra journalgennemgangen. Herman et al (38) fremhæver, at det er nødvendigt at omhyggeligt definere centrale begreber som utilsigtede hændelser, registrering og rapporteringssystem allerede fra starten for at sikre et fælles udgangspunkt for en diskussion af et påtænkt rapporteringssystem.

Interviewguiden er ikke fulgt stringent, da det er væsentligt at forfølge og spørge uddybende ind til personalets egne perspektiver og udsagn. Interviewguiderne har med andre ord nærmere fungeret som en tjekliste i forhold til at få belyst de udvalgte emner.

3.4.1 Efterbehandling af interviews

Bearbejdningen af interviewdata blev indledt med en transskribering af de optagne interview. Under transskriberingen er der foretaget en mild læsevenlig bearbejdning med tilretning af sætningskonstruktioner, som kan være svære at forstå i skriftsprog. Indhold og mening er ikke berørt. Ud fra den transskriberede tekst er der foretaget en meningskondensering. Resultatet er underkastet en tværgående tematisk analyse, hvor forskellige udsagn om undersøgelsens problemstillinger fra begge hjemmesygeplejekontorer er samlet i temaer på tværs af interviewene. Til sidst er resultatet af meningskondenseringen analyseret hvert undersøgelsessted for sig. Fremgangsmåden er inspireret af Kvale (43).

Hensigten med interviewundersøgelsen var at gengive og beskrive holdninger, erfaringer og praksis, og vi har derfor undladt at inddrage teori i analysen og fortolkningen af data. Undersøgelsens resultater sammenholdes dog med resultater fra lignende undersøgelser og erfaringerne med at indføre et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i sekundærsektoren.

For at sikre de interviewedes anonymitet angiver vi ikke stilling og uddannelse i forbindelse med et citat. Alle omtales som respondenter eller interviewede. []-

parenteser i et citat angiver, at det er vores tilføjelse, hvor der har været tvivl om respondentens mening, når et citat er taget ud af en sammenhæng.

3.5 Analyse af eksisterende rapporteringssystem

Hjemmepleje B's registreringssystem for utilsigtede hændelser er papirbaseret med et fortrykt skema til hver indberetning. Der er i alt indberettet 53 hændelser i perioden, hvor vi udtog de 300 borgerjournaler i stikprøven. Alle de registrerede hændelser er gennemgået af projektlederen.

4. Resultat af journalgennemgangen

Det er første gang, der er gennemført en undersøgelse af denne karakter i Danmark, og med de forbehold for metodemæssige uhensigtsmæssigheder, der er nævnt ovenfor, giver undersøgelsen et bud på *et mindstemål* af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Ved gennemgangen af 600 journaler fra de to undersøgelsessteder blev der fundet 671 utilsigtede hændelser fordelt på 229 journaler, se skemaet i Bilag 1.

4.1 Type af utilsigtet hændelse

Antal utilsigtede hændelser varierer fra 1 til 11 pr. person. Flest personer tegner sig for mindre end tre hændelser, som det fremgår af Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Antal utilsigtede hændelser pr. person

Antal hændelser	Antal personer
1	77
2	38
3	41
4	27
5	23
6	9
7	4
8	5
9	2
10	1
11	2
Antal personer i alt	229

Der er flest utilsigtede hændelser i forbindelse med medicineringsprocedurer (35,6 %) og faldulykker (30,4%). 98 hændelser (14,6 %) er rubriceret under Andet. De utilsigtede hændelsers fordeling på type er vist i Tabel 4.2

Tabel 4.2 Typer af utilsigtede hændelser

Type af utilsigtet hændelse	Antal	Procent
3a Medicineringsprocedure	239	35.6
3b Tryksår	33	4.9
3c Sårinfektion	28	4.2
3d Urinvejsinfektion	46	6.9
3e Infektion via kateter anlagt ved gennembrud af hud	1	0.1
3f Fald	204	30.4
3g Uheld/Ulykke	22	3.3
3h Andet	98	14.6
I alt	671	100.0

Medicineringsprocedurebetingede hændelser

De 239 utilsigtede hændelser omkring medicineringsprocedurer er opdelt på: Informati-
onsformidling, ordination, dispensering, medicin indtagelse/injektion og andre medicine-
ringsfejl. Fordelingen fremgår af Bilagstabel 1, hvor man også kan se, at de fleste
specificerede hændelser (78) optræder i kategorien Medicinindtagelse/injektion, hvor
der dog er uenighed om vurderingen af yderligere 39 hændelser. Af samme tabel
fremgår, at mindst 12,1 % eksplicit har placeret ansvaret for den utilsigtede hændelse
hos lægen (markeringen Ordination) og mindst 5,4 % eksplicit har placeret det hos
plejepersonalet (markeringen Dispensering).

De mange svar på det åbne spørgsmål under Anden medicineringsfejl er vist via en
kategorisering, der er vist i Bilagstabel 2.

De væsentligste anførte typer af utilsigtede hændelser set ud fra borgerens rolle er:
a) Borgeren har ikke taget sin medicin, b) Borgeren overforbruger medicin og c)
Dossieringsæske er blevet væk eller doceret medicin i æsken er blevet væk.

De væsentligste anførte typer af utilsigtede hændelser set ud fra plejepersonalets
rolle er: a) Medicinen opbevares fejlagtigt uaf låst, b) Behandlingen er påbegyndt eller
afsluttet for sent, c) Personalet har fejlvurderet borgerens evne til selv at administrere
sin medicin, d) Manglende medicin, e) Fejl i tidspunktet for indtagelse af medicin, f)
Problem med medicinbestilling, g) Problem med at regulere behandlingen og h)
Manglende dokumentation af medicingivningen.

Tryksårsbetingede hændelser

Der var i alt registreret 33 utilsigtede hændelser med opstået eller forværret tryksår.
Tryksårene er opdelt efter grad: I, II, III og uoplyst og vist i Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Utilsigtede hændelser med tryksår fordelt på graden af tryksår

Tryksår: Grad	Antal	Procent
I	5	15.2
II	1	3.0
III	2	6.0
Uoplyst	25	75.8
I alt	33	100.0

Urinvejsinfektionsbetingede hændelser

Der er i alt registreret 46 tilfælde af utilsigtede hændelser betinget af urinvejsinfektioner
(6,9 % af samtlige hændelser). I Bilagstabel 3 er vist, at mindst 7 personer (15,2 %)
har haft kateter og mindst 16 personer (34,8 %) har lidt af inkontinens.

Faldulykker

Der er i alt registreret 204 faldulykker. Disse har kunnet opdeles efter tilstedeværelsen
af risikofaktorerne: Sløvende medicin, konfusion, inkontinens, dehydrering, dårligt syn,
dårlig gangfunktion og andet. Omfanget heraf er vist i Bilagstabel 4, hvoraf fremgår, at
der er registreret mindst 9 utilsigtede hændelser med Sløvende medicin og mindst 24
hændelser med dårlig gangfunktion.

De mange registreringer i gruppen Andet under Fald har ført til en gruppering af disse. Denne er vist i Bilagstabel 5, hvor de hyppigst forekommende hændelser er i grupperne: Problem med hjælpemiddel, apopleksi og alkohol.

Uheld/andre ulykker

Der er registreret i alt 22 tilfælde af utilsigtede hændelser af typen Uheld/ulykke, se Tabel 4.2. En ulykke er kun registreret som en utilsigtet hændelse, hvis hændelsen har medført, at sundhedsfagligt personale er tilkaldt/har været involveret.

Personalebetingede hændelser (typen "Andet")

De utilsigtede hændelser, der er registreret under typen Andet, kan i overvejende grad tilskrives personalet. De i alt 153 svar på det åbne spørgsmål er grupperet og vist i Bilagstabel 6. I det følgende knyttes der nogle kommentarer til disse hændelser. (Der er ikke angivet tal for antallet af tilfælde, da vi ikke har sikkerhed for, at de ikke optræder flere gange pr. utilsigtet hændelse. De to reviewere kan have observeret det samme, men formuleret det forskelligt, hvorfor samme forhold kan optræde dobbelt.)

Tilfældene med *Forkert journalføring* dækker over hændelser, hvor oplysninger om en borger er skrevet i en anden borgers journal.

Tilfældene med *Manglende kommunikation mellem primær og sekundær sektor* dækker over hændelser, hvor borgeren er udskrevet fra sygehus (i nogle tilfælde efter operation) uden at oplysninger om indlæggelsen videregives til hjemmeplejen, hvor borgerens "borgerbog" er ikke med hjem ved udskrivningen, og hvor der mangler medicinliste eller overflytningsrapport.

Tilfældene, hvor *Borgeren har ikke fået mad*, dækker over hændelser, hvor maden enten ikke er smurt eller bragt ud.

Tilfældene, hvor *borgeren ikke er blevet besøgt*, dækker over hændelser, hvor borgeren ikke har fået besøg på grund af forglemmelse eller ikke har fået besøg i flere dage i træk (f.eks. over en weekend). Det dækker også over hændelser, hvor hjemmeplejepersonale er gået forgæves flere gange til en borger samme dag, hvor dørtелефonen ikke har virket, hvor nøglen ikke var, hvor den skulle være og hvor en borger aktiverede nødkaldet, da vedkommende ikke havde fået besøg i nogle dage.

Tilfældene med problemer med *nøgler* til borgerens hjem dækker over hændelser, hvor nøglen er bortkommet og hvor nattevagten ikke kunne komme ind, da denne ikke vidste, hvilken nøgle det var.

Tilfældene, hvor *borgeren har ventet længe eller forgæves efter telefonisk at have tilkaldt hjælp*, dækker over hændelser, hvor borgeren har ventet fire timer på hjælp efter telefonisk anmodning, hvor der ikke svares på tryghedslinien eller hvor nødkaldet er væk.

Tilfældene med *dårlig eller manglende informationsformidling* dækker over både formidling mellem personale og borger, fra personale til personale, men også f.eks. over manglende bestilling af kørsel og manglende bestilling af lægeordineret undersøgelse.

Tilfældene med *manglende eller forkert brug af medicinsk udstyr*, dækker over hændelser, hvor forskellige former for medicinsk udstyr enten ikke er taget i brug (f.eks. på grund af forglemmelse fra personalets side), eller hvor det er anvendt forkert. Medicinsk udstyr omhandler her vekselrykmadras, kateter, kompressionsstrømper mv.

Tilfældene med *problemer med borgerens hjælpemidler* dækker over sammenbrud af kørestol, lift eller seng, mens borgeren befandt sig i hjælpemidlet.

Tilfældene med *problemer med kateter eller kateterpose* dækker over hændelser, hvor kateter er gledet ud eller er tilstoppet, og et tilfælde hvor personalet havde glemt at lukke op for kateteret, så der var afløb.

Tilfældene med *problemer med stomi eller relateret problem til stomi* dækker over hændelser, hvor problemet så at sige er opstået af sig selv, f.eks. ved at en stomiplade er løsnet.

Tilfældene, hvor *nyt sår er kommet til eller eksisterende sår er blevet større*, dækker over bl.a. hudafskrabninger og sår i hulrum.

Tilfældene, hvor *passende medicinsk udstyr ikke til rådighed*, dækker over hændelser, hvor borgeren er løbet tør for f.eks. forbindinger, eller hvor at det medicinske udstyr ikke passede sammen (f.eks. kateter og kateterpose).

Tilfældene i kategorien *Øvrige* dækker over borgerrelaterede hændelser med selvmordsforsøg, borgere der er faldet i søvn med en cigaret, eller hvor hoveddørens lås er i stykker. Det dækker også over personalerelaterede hændelser, hvor der ikke er reageret på et symptom, der har været til stede i længere tid.

4.2 Fik hændelsen følger

Det er registreret, at de utilsigtede hændelser fik følger i 231 tilfælde (34,4 %). Reviewerne var dog uenige i 172 tilfælde (25,6 %). I Bilagstabel 7 er vist, hvilke følger den utilsigtede hændelse fik for borgeren via en fordeling af svarene på Forandring af tilstand, Indlæggelse, Skadestuebesøg og Besøg af praktiserende læge. I Bilagstabel 8 er vist en grupperet opstilling af, hvilke følger der er angivet under Andet, og i det følgende knyttes der nogle kommentarer til hændelserne i de to tabeller.

Tilfældene med *Forandring af tilstand* dækker over forandringer af mere alvorlig karakter, f.eks. knoglebrud/forstuvninger, lungebetændelse, behov for smertestillende medicin, behov for sengeleje og syning af sår.

Tilfældene med *Kontakt til praktiserende læge, vagtlæge eller Falck* dækker udover den lukkede svarkategori "Besøg af praktiserende læge" telefonisk kontakt til praktiserende læge, eller at borgeren selv efterfølgende har henvendt sig til læge. Tilkaldelsen af Falck er i overensstemmelse med, at det pågældende områdekontor har en aftale med Falck om, at de kontaktes, når borgeren skal rejses op.

Tilfældene med Telefonisk kontakt eller fremmøde på sygehusafdeling eller i ambulatorium dækker over al kontakt til sygehusvæsenet.

Tilfælde med *Øget hjemmepleje* er den hyppigst anførte følge.

Tilfældene med *Bestilling af hjælpemiddel eller tilretning af eksisterende hjælpemiddel* dækker over bestilt lift eller nødkald, eller over at en reparation af en sammenbrudt kørestol eller el-seng er bestilt.

Tilfældene med *Ændring af medicineringsprocedure* dækker over, at personalet eller pårørende overtager medicindoseringen, at medicinen tilrettes, at den gøres utilgængelig for borger, eller over at personalet blot minder borgeren om at tage sin medicin.

Tilfældene med *Påbegyndelse af medicinsk behandling* omhandler dækker f.eks. over påbegyndt behandling med antibiotisk medicin.

Tilfældene med *Småskader* dækker bl.a. over blå mærker, hudafskrabninger og buler.

4.3 Hvilke årsager medvirkede til at hændelsen opstod

Ved mindst 349 af de utilsigtede hændelser har det ikke været muligt at vurdere, hvilke årsager der har medvirket til at hændelsen er opstået. For de øvrige hændelser er svarenes fordeling på årsager vist i Bilagstabel 9. Den hyppigst afkrydsede årsag er Mundtlige og skriftlige kommunikationsproblemer. De i feltet Andet angivne åbne svar er grupperet og vist i Bilagstabel 10, og i det følgende knyttes der nogle kommentarer til de hændelser i de to tabeller, der ikke blot er en uddybning af et svar på et lukket spørgsmål.

Tilfældene med *Problemer med brugen af hjælpemiddel eller manglende brug af hjælpemiddel* dækker over hjælpemidler omfattende her kørestole, rollatorer, el-senge, stålift samt nødkald. Gruppen dækker også over hændelser, hvor årsagen ikke kan tilskrives personalet, men beror på, at hjælpemidlet er i stykker, ikke er blevet brugt i den pågældende situation eller et hændeligt uheld med hjælpemidlet (f.eks. at en borger er gledet ned af bækkenstolen).

Tilfældene med *Arbejdsgangsbetingede forhold* dækker over hændelser, hvor en medvirkende årsag var fejl eller forglemmelse hos personalet. Gruppen dækker over så forskellige ting som at personalet har glemt at tænde for en vekslemadras, uorden i journalen og en ikke korrekt tilrettet armskinne.

Borgerens fysiske tilstand er i enkelte tilfælde angivet som medvirkende årsag.

4.4 Hvor er den utilsigtede hændelse opstået?

De fleste registrerede utilsigtede hændelser (87,3 %) er opstået i Hjemmesygeplejen, en mindre andel i almen praksis og i sygehusvæsenet, se Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Hvor er den utilsigtede hændelse opstået

Hvor er den utilsigtede hændelse opstået?	Antal	Procent
Hjemmesygepleje	586	87.3
Almen praksis	22	3.3
Sekundærsektoren	19	2.8
Anden	3	0.4
Uenig om hvor	34	5.1
Uoplyst	7	1.0
I alt	671	100.0

4.5 Personalekategori der var involveret i hændelsen

Ud fra oplysningerne i sygeplejjournalen har det været vanskeligt at fastslå, hvilken personalegruppe der har været involveret i den utilsigtede hændelse. Tabel 4.5 viser, at den involverede faggruppe kun har kunnet identificeres i 5 % af tilfældene.

(Det var et ønske fra de fag-professionelle at få belyst hvilke personalegrupper der var involveret i hændelsen.)

Tabel 4.5 Personalkategori

Personalkategori, der var involveret i hændelsen	Antal	Procent
Sygeplejerske	23	3.4
SOSU hjælper	11	1.6
Anden	31	4.6
Ikke oplyst	453	67.5
Uenighed om hvem	149	22.2
Uoplyst	4	0.6
I alt	671	100.0

4.6 Kan hændelsen forebygges?

Ved 106 utilsigtede hændelser (15,8 %) er registreret, at hændelsen kan forebygges, men ved 62,1 % af hændelserne har dette ikke kunnet vurderes ud fra de foreliggende oplysninger, se Tabel 4.6. Fra Ja-svarerne er der 194 forslag til, hvordan hændelsen kan forebygges, og de er grupperet og vist i Bilagstabel 11.

Tabel 4.6 Kan hændelsen forebygges?

Kan hændelsen forebygges?	Antal	Procent
Ja	106	15.8
Nej	3	0.4
Ikke muligt at vurdere ud fra dokumentationen	417	62.1
Uenighed i vurderingen	140	20.9
Uoplyst	5	0.7
I alt	671	100.0

I det følgende knyttes der nogle kommentarer til forslagene i bilagstabellen.

Tilfældene med *Revurdering af behovet for øget hjemmehjælp* dækker over forslag til forebyggelse, der handler om mere eller bedre personlig pleje, hjælp til praktiske ting eller ændrede tidspunkter for aftenbesøg.

Tilfældene med *Forbedre skriftlig kommunikation* dækker over al kommunikation mellem personale, borger, pårørende, egen læge, sygehus osv.

Tilfældene med *Forbedret håndtering af nøgler til borgerens hjem* dækker over udarbejdelse af retningslinier af for opbevaring af nøgle og retningslinier for uheld.

Tilfældene med *Instruktion i brug af hjælpemiddel, medicinsk udstyr eller anskaffelse af nyt hjælpemiddel* dækker over faste procedurer til kontrol af hjælpemidler og medicinsk udstyr, tilretning af eksisterende udstyr/hjælpemidler og kommunikation/beskrivelse af forbindelsestype mv. til personale, der skifter borgerens sår.

Tilfældene med *Generel oplysning af personalet* dækker over forslag om undervisning og opdatering af viden af generel karakter, for eksempel om sårbehandling, aflastning, trykkelinien og formidling af ny viden ifølge danske standarder.

Mange af forslagene omhandler forebyggelse af hændelser ved *medicineringsprocedurer og forskellige aspekter heraf*.

Tilfældene med *Bedre kommunikation mellem de involverede parter i medicineringsproceduren* dækker over al kommunikation mellem egen læge, plejepersonale, hjemmesygeplejerske, sygehus, apotek, borger og pårørende. Den dækker også plejepersonalets interne mundtlige og skriftlige kommunikation.

Tilfældene med *Klar ansvarsdeling mellem de involverede parter i medicineringsproceduren* omhandler egen læge, plejepersonale, hjemmesygeplejerske, sygehus, apotek, borger og pårørende.

Tilfældene med *Bedre rutiner for medicindosering* dækker over forslag til forebyggelse, der vedrører medicindoseringen, f.eks. afkrydsningssystemer og kontroltællinger, samt analyser af hvorfor borgeren ikke får sin medicin og ajourføring af medicinliste. Det anføres specielt, at der bør være klare instrukser for behandling med blodfortyndende medicin.

Tilfældene med *Analyse af medicineringsproceduren* dækker over forslag, der lægger op til at et eller flere aspekter af medicineringsproceduren bør genovervejes, f.eks. en revurdering af hvad borgeren er i stand til at påtage sig af ansvar.

Tilfældene med *Støtte borgeren i at tage sin medicin/sikre sig at borgeren tager sin medicin*, når der er personale til stede samt undervisning/information af borger eller pårørende i forbindelse med medicingivning/medicintagning omhandler bl.a. forslag om, at medicin til en borger, der ikke selv kan administrere sin medicin, skal låses inde.

I et enkelt tilfælde har det vist sig, at den samme utilsigtede hændelse er forekommet flere gange hos samme borger. De fleste af disse hændelser kunne formentlig være forebygget.

4.7 Øvrige kommentarer til forløbet

Sidst i screenings skemaet er der en rubrik til øvrige kommentarer til forløbet vedrørende hændelsen.

Kommentarerne i dette felt har været meget forskellige. Der har været en beskrivelse af den utilsigtede hændelse eller uddybende kommentarer, forslag til eventuel forebyggelse af den utilsigtede hændelse, og påpegninger af, at der er forhold ved den beskrevne utilsigtede hændelse, der er uklare, og som derfor gør det vanskeligt at beskrive hændelsen og dens årsag præcist.

Kommentarerne er grupperet efter til type af kommentar, ikke efter til indholdet af selve kommentaren.

Eksempler på uddybende kommentar til hændelsen: "Fra mistanke om blærebetændelse opstår går der 13 dage, inden behandling iværksættes". "Faldt ud af sengen om natten – lå under sengen og kunne ikke komme ud. Fik hjælp om morgenen. Blev kold og pådrog sig en lungebetændelse der førte til indlæggelse".

Eksempler på forslag til forebyggelse af en eventuel utilsigtet hændelse: "En reel udredning af borgerens rygsmerte vil nok kunne afhjælpe situationer som denne." "Men man kan da dosere fra dag til dag og insistere på indlæggelse, når borgeren taler om at begå selvmord".

Eksempler på påpegning af, at der er forhold ved den beskrevne utilsigtede hændelse, der er uklart dokumenteret: "Fejlmedicinering. Det fremgår ikke, om det er borgeren selv eller personalet, der har givet". "Det er uklart, om klienten selv har ansvaret for

medicin, og om der bliver kvitteret for den". "Borgeren indlægges med brækket knæ – der er ikke beskrevet fald, men bruddet er vel ikke kommet uden?". "Det er vanskeligt at se, hvor hændelsen er sket – men der er klare kommunikationsproblemer. Hjemmesygeplejen har tilsyneladende ikke fået besked".

5. Analyse af indberetninger til eksisterende rapporteringssystem

Der er indberettet 53 hændelser i perioden fra 19 marts 2005 til 19 september 2005 for personerne i de 300 borgerjournaler i stikprøven med utilsigtede hændelser fra Hjemmesygepleje B. 13 borgere er registreret med mere end én hændelse - fra 2 til 5. Det fremgår af rapporteringsskemaerne, at der er fulgt op på hændelserne i fire tilfælde.

31 indberetninger omhandlede medicineringsfejl, heraf 13 tilfælde hvor borgeren ikke havde taget sin medicin. En enkelt borger tegner sig dog for mange af forglemmelserne. I 4 tilfælde havde hjemmeplejen glemt at aflægge besøg, og der var noteret fald i 3 andre tilfælde.

Ved vores gennemgang af de 300 journaler fandt vi udover de rapporterede langt flere utilsigtede hændelser.

6. Resultat af interviewundersøgelsen

Resultaterne af interviewundersøgelsen er struktureret under følgende overskrifter:

- ◆ Arbejdsvilkår og rapportering i hjemmesygeplejen (en tværgående analyse af alle interview)
- ◆ Nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser (en analyse af interview med personale og ledelse i Hjemmesygepleje A)
- ◆ Erfaringer med rapportering (en analyse af interview med personale og hjemmesygepleje B)
- ◆ De samlede resultater fra interviewundersøgelsen

6.1 Arbejdsvilkår og utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

I det følgende beskrives de arbejdsvilkår i hjemmesygeplejen, som de interviewede lægger særligt vægt på i relation til utilsigtede hændelser. Det drejer sig om følgende temaer: Borgerens hjem er personalets arbejdsplads. Samspillet med sekundærsektoren. Hjemmesygeplejen – under stadig forandring.

Borgerens hjem er personalets arbejdsplads

I hjemmesygeplejen er personalets arbejdsplads samtidig borgerens hjem. Det giver arbejdsvilkår og problemstillinger, der adskiller sig fra dem, som plejepersonale ansat på sygehus eller i almen praksis arbejder under. En respondent udtrykker det således:

”Vi arbejder jo under borgerens præmisser, hvor de [borgerne] er inden-
under systemets præmisser, når det er den anden vej omkring [borgeren
er indlagt på et hospital]. Det gør en stor forskel. Borgerens hjem er jo i
virkeligheden vores arbejdsplads, og det giver jo en hel masse omkring
arbejdsstillinger og ændringer i hjemmet. Det kan være svært nogle gan-
ge for borgeren, at vi skal ind og ændre ting og sager, og hjemmet skal
laves om.”

Personalet i hjemmesygeplejen arbejder under den forudsætning, at man, som en af de interviewede udtrykker det, ikke er herre i eget hus. Et hospital er indrettet på personalets præmisser samt på varetagelsen af patienter med dårligt helbred og nedsat funktionsevne. Det er et privat hjem ikke, alligevel skal hjemmet kunne yde de funktioner, en arbejdsplads kræver, som f.eks. mulighed for korrekte arbejdsstillinger. Det, at der arbejdes i et privat hjem og ikke på en hospitalsstue, betyder også, at modtagerne af pleje betragtes som borgere og ikke som patienter. Mange klarer sig selv i det daglige, og er derfor også mere selvstændige og uafhængige, end patienter indlagt på et hospital ofte vil være:

”Der er det, at du hele tiden står i den balance mellem, at det her dels er en arbejdsplads, som skal fungere, men det er altså også borgerens hjem, og hvad er det borgeren vil være med til. Det med at vi så har en forpligtelse og et ansvar i forhold til vores faglighed, og borgeren har altså deres egen fri vilje til at vælge til og fra, og kan sige, at det her vil jeg simpelthen bare ikke have. Det er ikke noget, der skal være i mit hjem. Den problematik, den er rigtig rigtig svær.”

Da der er tale om ældre mennesker med svækket helbred, opstår der ofte situationer i hjemmesygeplejen, hvor en borgers tilstand i kortere eller længere perioder forværres i et sådant omfang, at borgeren må betragtes som patient indlagt i eget hjem. Mens en hospitalspatient er omgivet af plejepersonale hele døgnet med mulighed for hjælp til alle fornødenheder og gøremål, så vanskeliggøres hjemmesygeplejepersonalets muligheder for at overvåge patienten af, at de ikke har samme ”adresse”.

At borgerens hjem er personalets arbejdsplads, betyder ifølge de interviewede, at der ved indførelsen af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, blandt andet skal tages højde for, at sundhedsarbejdet i primærsektoren i højere grad er betinget af borgerens samtykke og samarbejde, end det er i sekundærsektoren. For eksempel kræver en øget indsats overfor fald, at borgeren tager imod tilbud om fysisk træning, lader personalet fjerne løse tæpper osv.

”Du kan godt komme ud for, at en borger siger: ”Jeg vil ikke have en hospitalsseng, eller jeg vil ikke have en lift”. Så kan vi komme ud og sige: ”Jamen desværre, så kan vi ikke være i stand til at løfte dig op af sengen, så kommer vi og hjælper dig med alt det, vi kan gøre, når du så ligger i din seng, men vi kan ikke hjælpe dig ud af sengen”. Så må vi jo gå ind og gøre det, som vi så kan gøre. Det er det, som vi prøver at sige både til hjælperne og sygeplejerskerne, der går i hjemmet, at det der er vigtigt, det er jo så, at man ikke lukker af og siger: ”Jamen, så kan vi slet ikke komme her”. At man i stedet siger, hvad kan vi så komme med? Hvad kan vi så tilbyde? Det, vi så kan tilbyde, det er: ”Vi kan ikke få dig ud af sengen, men vi kan hjælpe dig med et vaskefad, så du kan sidde i sengen og gøre dig i stand, men du kan ikke komme op, hvis du ikke vil have en lift”. Det er jo så borgerens valg, kan man sige. Men det kan godt resultere i, at borgeren så får tryksår eller hvad ved jeg. Det skal man selvfølgelig gøre borgeren klart, så der er en reel valgmulighed.”

Forekomst og forebyggelse af utilsigtet hændelser er i højere grad knyttet til plejemodtagerens livsform end det er tilfældet i sekundærsektoren. I sygehusvæsenet opstår mange utilsigtede hændelser i forløb, som patienten ikke har nogen indflydelse på, som f.eks. hændelser i relation til operationer eller diagnostiske undersøgelser. Når der forekommer utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, trækker de oftest tråde til og har betydning for den ældres livsform. Det kan f.eks. være indretningen af hjemmet, vaner i relation til indtagning af medicin eller fysisk aktivitetsniveau. Forebyggelse af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen kræver derfor ofte en forhandling med borgeren om, hvilke tiltag borgeren kan acceptere, og hvilke der er uforenelige med

borgerens livsform. Her er tale om en forhandling, hvor borgerens ret til selv at vælge må vejes mod personalets sundhedsfaglige vurdering, som beskrevet i citatet ovenfor. Det er en forhandling, hvor der er en indbygget risiko for en sygeliggørelse af den ældre, såvel som for at der opstår en utilsigtet hændelse. En respondent siger om balancen mellem borgerens ansvar for eget liv og sundhedspersonalets sundhedsfaglige ansvar for borgeren:

”Det er jo også hele vores tankeunivers. I vores hjemmepleje der tænker jeg da meget, at den borger, jeg kommer ind til, har da ansvar for sig selv. Nogen gange går der et stykke tid, før jeg får afklaret, om de ikke selv magter at tage sig af tingene. Så hele vinklen er jo, om jeg kommer ind og har fuldt ansvar fra den ene ende til den anden. Det synes jeg faktisk kun, jeg har, hvor folk ikke selv kan. Men der er jo en masse gråzoner, hvor man først på sigt finder ud af, gud det her er paradentose. Her skal vi måske ind og støtte. Vi børster da også deres tænder, men... Jeg synes, at det er vigtigt, at folk også får lov at have medbestemmelse i eget hjem. Ellers ryger vi ud i nogle situationer, som jeg synes er grænseoverskridende.”

Omkring indførelse af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, udtrykker de interviewede en frygt for, at systemet kan indebære, at personalet gøres ansvarlig for hændelser, de ikke har haft borgerens samtykke til at forebygge.

En anden konsekvens af, at borgerens hjem er personalets arbejdsplads, er, at personalet arbejder alene. Det betyder, at personalet ikke har samme mulighed for på ”sengekanten” at konsultere kollegaer eller højere uddannet personale, som det er tilfældet på et hospital, hvor arbejdet er præget af tæt interaktion og supervision. Da den enkelte medarbejder ofte tilser den samme borger over en lang periode, kan rutinen og manglen på kollegaer i hjemmet også gøre det svært at identificere nye behov og afledte u hensigtsmæssigheder i den aktuelle pleje.

”Der er både fordele og ulemper ved, at vi har de samme personer gående i årevis hos en borger. Der er ingen tvivl om, at det skaber tryghed for begge parter, men der er også det, at man har nogle blinde pletter. Hvem får øje på dem, når man ikke har andre, der kommer og kigger med? Derfor tror jeg, at hvis vi på en eller anden måde fortsætter med at have fokus omkring det her [utilsigtede hændelser] og kan dele de oplevelser, så får vi udvidet vores horisont lidt og får måske sammen nogle nye ideer til, hvad vi skal gøre, når vi f.eks. doserer.”

Det at være alene om plejen oplever de interviewede også som noget positivt, da det giver stor fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen. Arbejdet skal ikke koordineres med andre medarbejdere, og det gør det i højere grad muligt at tilgodese den enkelte borgers aktuelle behov og nemmere at prioritere akut opståede problemer. Et andet fremhævet positivt aspekt er det store kendskab til den enkelte borger, da mange ældre typisk modtager hjemmesygepleje over en længere periode. Det giver mulighed for at tænke i langsigtede løsninger:

”Omvendt så kan man også sige, at vi har nogle helt andre gode betingelser. Vi har jo virkelig mulighed for at komme til at lære disse borgere rigtig godt at kende. Vi har dem jo i årevis. Der synes jeg jo tit og ofte, at det er fantastisk at se, hvad der så egentligt er af muligheder og tilbud, når man er blevet ældre eller svag og syg. At man så i hjemmet kan magte så mange gode ting, som jeg synes, vi egentlig gør. Der er hospitalet jo anderledes fikseret på en behandling og så ud igen. Der har vi trods alt langsigtede løsninger, som vi kan sætte i gang.”

Til forebyggelse af utilsigtede hændelser har plejepersonalet mulighed for at iværksætte interventioner, der ikke bare behandler symptomet, for eksempel faldet, men også den tilgrundliggende årsag, for eksempel svimmelhed forårsaget af dehydrering, fysisk inaktivitet eller dårligt syn.

Samspillet med sekundærsektoren

Ældre mennesker har ofte flere indlæggelser end yngre, da helbredet svækkes med alderen. Arbejdsvilkårene i hjemmesygeplejen er derfor også præget af, at plejeforløbene rummer mange skift mellem primær- og sekundærsektoren. Disse skift fører ifølge de interviewede ofte til usammenhængende patientforløb med forhøjet risiko for utilsigtede hændelser. De interviewede peger på følgende faktorer som årsag til usammenhængende patientforløb og øget risiko for utilsigtede hændelser ved sektorskift: Manglende organisatoriske bindeled mellem sektorerne, manglende fælles sprog (f.eks. ved udformning af medicinlister), reduceret indlæggelsestid, manglende sygeplejerskerapporter, genoptræningsplaner og udskrivningsvarsler i forbindelse med hospitalsudskrivelser samt frit sygehusvalg. En respondent fortæller om nogle konkrete erfaringer.

”Altså, hvor der slet ikke var givet rigtige oplysninger om, hvilken medicin borgeren skulle have. Det var ikke skrevet på sedlen. Der var ingen sygeplejerapport med. Borgeren var bare sendt hjem. Og vi har haft en hændelse, hvor en borger blev indlagt og hvor sygeplejersken faktisk havde gjort rigtig meget ud af at give oplysninger til hospitalet. Det var en meget stor og tyk borger, som var meget udsat også for decubitus, og hvor der var lavet mange foranstaltninger i hjemmet for at få helet et sår, som havde været der og nu var blevet helet. Et andet sår var rigtig godt på vej til at hele, og hvor man derfor gjorde rigtig meget opmærksom på, da borgeren blev indlagt, at det var vigtigt, at man passede på, at den her hud ikke gik i stykker. Faktisk havde man lavet en meget fin beskrivelse af, hvad der skulle til for at det kunne fungere. Alligevel blev der ikke taget hånd om det på hospitalet. Sygeplejersken kontaktede hospitalet, da borgeren var indlagt og spurgte, om de nu havde sørget for, at hun fik en madras og fik at vide, at det ikke kunne lade sig gøre i en modtagelsesafdeling. Det endte med, at borgeren kom hjem med huller, men der fulgte sygeplejersken op på det ved at skrive et brev både til afdelingen og til de andre involverede parter.”

Manglen på et bindeled mellem de to sektorer, betyder, som beskrevet i citatet, at en masse information går tabt, og at personalet oplever at "starte forfra", når en patient overflyttes fra en sektor til en anden. Manglen på bindeled betyder også, at plejepersonalet i hjemmesygeplejen oplever, at de ofte har svært ved at få klar besked om basale ting, som f.eks. hvad tid en given borger vil blive udskrevet eller til hvilket hospital vedkommende er overflyttet. De interviewede oplever også, at presset på hospitalerne ofte er så stort, at borgerne udskrives meget hurtigt, og at de som en følge heraf føler sig utrygge og har store plejebestanden, når de kommer tilbage til hjemmesygeplejen. De interviewede fremhæver også, at borgerne nu i modsætning til tidligere ofte udskrives og sendes hjem i weekender, hvor bemanningen er reduceret, og hvor det ikke er muligt at skaffe evt. hjælpemidler. Ligeledes vender nogle borgere hjem uden en genoptræningsplan, som de har behov for. Det frie sygehusvalg kan ifølge de interviewede give usammenhængende patientforløb og utilsigtede hændelser, da det kræver samarbejde med flere forskellige hospitaler. I den ene hjemmesygepleje har kommunen ansat koordineringssygeplejersker til at være bindeled mellem hospitalsafdeling og hjemmesygepleje, men ordningen dækker ifølge de interviewede ikke alle indlæggelser og udskrivinger.

Manglende sammenhæng i et patientforløb er en alvorlig kilde til utilsigtede hændelser:

"Man får patienten hjem sådan lidt halvt færdig uden at vide noget, og dermed med masser af fejlmuligheder".

"Så hvis det ikke er nogle garvede sygeplejersker, der er derude i marken [hjemmesygeplejen] og som tænker, som man nu skal, så kunne der altså ske nogle rigtig grove fejl".

De interviewede fremhæver, at konsekvenserne af skift mellem sektorerne bør medtænkes i opbygningen af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i primærsektoren, hvis hensigten ikke blot er rapportering, men også forebyggelse. En respondent formulerer det på denne måde:

"Man skal huske det gab, der er mellem det primære og sekundære, fordi hvis vi oplever en utilsigtet hændelse omkring en udskriving, så er det jo vigtigt, at vi kan sende den tilbage til sygehuset, og at vi også har en eller anden dialog om, hvordan vi får rettet op på den. Hvem der handler på det."

Hjemmesygeplejen - under stadig forandring

Ældreområdet, og herunder hjemmesygeplejen, har de seneste tre årtier undergået og undergår til stadighed gennemgribende reformer (44). Aktuelt står mange hjemmesygeplejer for eksempel overfor sammenlægninger som følge af kommunalreformen samt implementering af elektronisk journalføring. Mange projekter sættes i værk i hjemmesygeplejen, og de interviewede oplever, at det kan være svært at følge alle projekter til dørs.

”Nu igen også fordi der er så mange ting i gang på en gang. Man når ikke at afslutte noget af det, før det næste kommer væltende ind over os. Alt-så, nu tænker jeg på, først hele kvalitetssikringsområdet, så IT, så ny organisation og det hele kommer bare. Man når ikke ligesom at blive færdig med noget lige i øjeblikket, før der kommer noget andet, som man skal forholde sig til. Kunne man blive færdig med én ting først og få det rigtig godt kørt ind, inden man tog hul på det næste, så tror jeg også, at der måske kom lidt mere ud af det i sidste ende.”

Et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser må kæmpe om opmærksomheden og personalets engagement side om side med mange andre projekter og tiltag i hjemmesygeplejen, ikke mindst i forbindelse med den kommende kommunalreform.

En væsentlig faktor ved implementering af et rapporteringssystem, er hjemmesygeplejens personalesammensætning.

Siden oprettelsen af social- og sundhedsuddannelserne i starten af 1990'erne er sygeplejerskernes absolutte antal såvel som deres relative andel af de ansatte i hjemmesygeplejen faldet (45). Resultatet er, at sygeplejersker erstattes med social- og sundhedsuddannet personale. Hjemmesygeplejerskerne har det overordnede sygeplejefaglige ansvar, og med den nuværende personalesammensætning er der en øget arbejdsdeling og uddelegering af sygeplejeopgaver. Social- og sundhedsassistenter varetager flere og mere komplekse arbejdsopgaver som for eksempel medicindosering og sårpleje. Udover omsorgsrettede arbejdsopgaver som praktisk og personlig hjælp til borgerens daglige liv varetager de også elementære sygeplejeopgaver, som for eksempel udlevering af doseret medicin (45). Ifølge de interviewede betyder denne udvikling, at social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere vil komme til at spille en stor rolle i rapporteringen og forebyggelse af utilsigtede hændelser. Social- og sundhedsassistenter/hjælpere tilbringer mere tid hos den enkelte borger end sygeplejerskerne, og hvor det for eksempel er sygeplejersken, der administrerer medicinen, er det ofte social- og sundhedsassistenten/hjælperen, der sørger for, at den bliver indtaget korrekt. Social- og sundhedsassistenter/hjælperes evne til at identificere, rapportere og forebygge utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, vil være af afgørende betydning for et fremtidigt rapporteringssystems succes. De interviewede fremhæver, at et afgørende element i en succes vil være, at man tager højde for, at der er tale om personalegrupper, som kun i mere eller mindre omfang er trænet i at dokumentere deres arbejde:

”Nu er det også fordi jeg tænker meget på vores medarbejdere i hjemmehjælpsgrupperne. Nogle af dem kan have svært ved at formulere sig og skrive sådan nogle ting [detaljerede rapporter], i forhold til sygeplejerskerne der er mere vant til at skulle dokumentere.”

Indførelse af et rapporteringssystem stiller således krav om en kompetence inden for dokumentation, som alle medarbejdere inden for hjemmesygeplejen ikke nødvendigvis er i besiddelse af på forhånd.

Sammenfatning

Sammenfattende vurderer personale og ledelse i de to udvalgte områdekontorer nedenstående vilkår, som væsentlige i en implementering af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i den kommunale hjemmesygepleje:

- ◆ Personalet arbejder i borgerens hjem uden mulighed for at konsultere kollegaer eller højere uddannet personale. Samspillet mellem personale og borger spiller en stor rolle i forebyggelsen af utilsigtede hændelser.
- ◆ Der er en forhøjet risiko for fejl og utilsigtede hændelser, når borgerne flyttes fra en sektor i sundhedsvæsenet til en anden. Et rapporteringssystem skal derfor facilitere og tilgodese en dialog mellem sektorerne, så hændelser der opstår i kløften mellem to sektorer også rapporteres og forebygges.
- ◆ Et rapporteringssystem skal tage højde for ændringer i personalesammensætningen, da rapportering af utilsigtede hændelser kræver en kompetence, som ikke alle medarbejdere på forhånd er i besiddelse af.

6.2 Nuværende praksis i Hjemmesygepleje A

Nedenfor beskrives Hjemmesygeplejes A's erfaringer med utilsigtede hændelser i følgende temaer: Nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser og Holdninger til et fremtidigt rapporteringssystem.

Nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser

Hjemmesygepleje A har ikke noget rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. Personalets og ledelsens opfattelse af utilsigtede hændelser bygger derfor i højere grad på personlige fortolkninger end på fælles refleksioner og beslutninger. Hjemmesygepleje A's nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser, som de er defineret i dette projekt, er karakteriseret ved, at en hændelse enten opfattes enten som en fejl og dermed en utilsigtet hændelse eller som en uundgåelig hændelse og dermed ikke som en "rigtig" utilsigtet hændelse:

"Jeg synes, at der er rigtig mange ting, som er utilsigtede hændelser, som vi aldrig kunne drømme om at indberette. For eksempel et tryksår. Det mener jeg ikke, at vi ville gøre. Sådan noget som paradentose. Jamen folks tænder kan jo begynde at blive løse. Det kan også skyldes dårlig mundhygiejne, fordi vi ikke har børstet deres tænder godt nok. Det kunne vi jo ikke drømme om at indberette som en utilsigtet hændelse. Så kan vi jo blive ved."

Uanset om der ifølge personalets opfattelse er tale om en fejl eller en uundgåelig hændelse, er praksis i Hjemmesygepleje A baseret på den enkelte medarbejders ansvarsfølelse. Det er således den enkelte medarbejders skøn og vurdering af en given hændelse, der bestemmer handlingsforløbet, herunder hvorvidt ledelsen skal inddrages.

Personalets klassificering af hændelserne i henholdsvis fejl eller uundgåelige hændelser, har betydning for opfølgningen på en given hændelse. Hændelser, der klassificeres som fejl, er typisk medicineringsfejl, hændelser opstået i sekundærsektoren, og/eller

hændelser hvor borgeren er kommet alvorligt eller lettere alvorligt til skade, f.eks. ved fald. En respondent beskriver en fejl, og det forløb der fulgte på følgende måde:

”Det betød, at borgeren lå hele natten på den her madras, hvor sygeplejersken der kommer om dagen kan se, at borgeren faktisk er blevet meget rød og meget decubitus-truet i forhold til at have ligget på den her madras, som er slukket. Den havde de så oppe for at snakke om, hvad man kan gøre. Det er en hændelse, der ret nemt kan opstå, og hvordan kan vi blive klogere? Hvordan får vi givet den viden videre til hinanden?”

Hændelser af typen fejl fører typisk til en intern diskussion i hjemmesygeplejen af det konkrete hændelsesforløb, og af hvad der kan gøres for at forebygge lignende hændelser i fremtiden. En anden respondent fortæller følgende om forebyggelse af medicineringsfejl:

”Apropos det med medicin, så har vi lært af de fejl, som vi har oplevet nogle gange. Præparaterne skifter navne. Indholdsstofferne er jo det væsentligste. Der har vi altså oplevet, at der er nogen, der har fået dobbelt medicin, fordi det er to forskellige navne. Der har vi jo så lært, at vi skal skrive indhold på i stedet for handelsnavnet.”

Ifølge de interviewede lægger ledelse og personale vægt på, at den enkelte og hjemmesygeplejen som helhed skal lære af de fejl, der forekommer. Der forventes en åbenhed hos den enkelte medarbejder, om de fejl vedkommende eventuelt begår. Der er med andre ord allerede på nuværende tidspunkt en kultur med hensyn til visse utilsigtede hændelser, som er i tråd med den kultur, der forsøges opbygget i forbindelse med indførelsen af et rapporteringssystem:

”Jeg synes, vi har en kultur herude der hedder, at vi skal altså ikke slå hinanden oven i hovedet, men vi skal lære af de fejl, vi laver, og også en forståelse af, at der sker fejl. Det gør der jo, der sker fejl alle vegne, og det der er vigtigt er, at komme frem med dem, fordi ellers kan vi ikke blive klogere.”

Forebyggelses- og læringsperspektivet træder dog i baggrunden, når der er tale om de hændelser, som personalet klassificerer som ”uundgåelige” og dermed ikke rigtig regner for utilsigtede hændelser. Det er hændelser, som forekommer relativt ofte, og hvor borgeren ikke umiddelbart kommer noget til. Det er hverdagepisoder, som den enkelte gør sit bedste for at undgå, men som ifølge de interviewede ofte er uundgåelige på grund af arbejdsvilkårene hjemmesygeplejen. En respondent formulerer problemstillingen på følgende måde:

”Nu er vi meget fokuseret på de fejl, vi laver, men det kan jo også være en borger, som har ligget for længe på en forkert madras, og hvor vi ikke har været på forkant med, at vi skulle have en trykvekslende madras in-

den, der går hul bagpå. Det er jo ligeså meget en utilsigtet hændelse, og får vi dokumenteret sådan noget? Og får vi talt om, hvad vi kan lære af det? Det gør man jo slet ikke på samme måde. Det er meget fejlene, som man er fokuseret på, men det er jo også utilsigtet. Eller borgere, der ikke får mad og drikke nok, og som taber i vægt. Der er talrige eksempler på, hvornår vi kan sætte ind tidligere end tilfældet er.”

De ”uundgåelige” hændelser er således ikke genstand for samme diskussion som fejlene, og forebyggelsen af denne type hændelser hviler derfor i høj grad på den enkelte medarbejders ansvarsfølelse og kompetence til at udføre sit arbejde.

Opfattelsen af utilsigtede hændelser, som primært bestående i deciderede fejl har også betydning for oplevelsen af forekomsten af utilsigtede hændelser i Hjemmesygepleje A. De interviewede oplever ikke utilsigtede hændelser som en problemstilling, der fylder i hverdagen. Samtidig giver de interviewede udtryk for, at de ikke er i tvivl om, at et skærpet fokus på utilsigtede hændelser sandsynligvis vil ændre denne opfattelse:

”Så jeg oplever det ikke som et problem, men jeg er da ikke i tvivl om, at der sker nogle ting, som man ikke selv opdager. Det tror jeg. Jeg tror, at et skærpet fokus på det vil gøre, at der vil være mange flere ting, som vi vil opdage, hvor man kan tænke, om det kunne være undgået.”

Den diskrepans, der kan iagttages mellem personalets oplevelse af problemstillingen og resultaterne af denne undersøgelse, skyldes formodentlig, at Hjemmesygepleje A, som beskrevet ikke identificerer eller håndterer utilsigtede hændelser systematisk.

Holdninger til et fremtidigt rapporteringssystem

Interviewpersonerne i Hjemmesygepleje A forholder sig overordnet positivt til et fremtidigt rapporteringssystem. Det er deres opfattelse, at systemet vil levere et overblik over antallet og arten af utilsigtede hændelser, som de ikke har mulighed for at få på nuværende tidspunkt. Et overblik som vil muliggøre refleksion over egen praksis og dermed åbne for en kvalitetsforbedring i plejen:

”Det ville jo give et samlet overblik over, hvor mange [hændelser] vi har til sammen i kommunen. Jeg ved måske, hvor mange fald der er nede i min egen gruppe, men jeg ved ikke hvor mange, der er i de andre grupper. Eller om der er noget fælles ved dem, som man kan forebygge.”

De interviewede mener, at et fremtidigt rapporteringssystem vil muliggøre læring, blandt andet gennem mønstergenkendelse. De interviewede har dog også en række krav til et fremtidigt rapporteringssystem. For det første ønsker de mulighed for hurtig feedback. Nyttens af rapporteringen skal hele tiden være tydelig for den enkelte medarbejder, blandt andet ved lokale opgørelser af hændelser og ved klar respons til medarbejdere involveret i en hændelse:

”Jeg kan godt føle, at vi kommer en anelse for langt væk. Hvis nogen af mine kollegaer ser et eller andet, jeg har lavet forkert, så vil jeg vældig

gerne have, at de kommer og fortæller mig det. Så man er klar over, hvad man har gjort galt. Efter vi har haft fokus på utilsigtede hændelser, tænker jeg meget over, hvem der sidst har været hos en af mine borgere. Så må man lige sige, at de skal være opmærksomme, fordi jo mere man finder ud af, at her har jeg et svagt punkt, jo hurtigere kan man rette op på det. Hvis det først skal syvogtyve veje omkring og bliver noget generelt, så har det ikke samme betydning. Jeg synes, det er vigtigt, at vi går til hinanden og siger: "Du skal lige være opmærksom på det her"."

Et rapporteringssystem skal med andre ord kunne indfri personalets forventninger om lokal frem for central læring. For det andet mener de interviewede, at der bør være en bagatelgrænse for, hvilke hændelser der skal rapporteres, og hvordan de skal rapporteres. Et rapporteringssystem skal have et veldefineret begrebsapparat og et sæt af kriterier for, hvad og hvordan der skal indberettes. Det hænger sammen med, at de interviewede frygter, at rapporteringen vil tage uhensigtsmæssigt meget tid. Den tid, der bruges på at registrere utilsigtede hændelser, går fra den tid, personalet har med borgerne. Der skal derfor være et rimeligt forhold mellem den tid, rapporteringen kræver, og den nytte systemet producerer for såvel borger som personale. Hvis ikke systemet har en bagatelgrænse og dermed tager højde for den begrænsede tid, vil resultatet, ifølge de interviewede være, at personalet selv foretager prioriteringen:

"Altså, i hvert fald tror jeg, at man ville kunne komme til at graduere det. Jeg tror, at man så selv ville tage nogle valg og sige: "Nej, det her skal vi indberette. Det her kan vi godt lade være med", hvis det bliver et tids-spørgsmål. Det tror jeg faktisk godt kunne have en betydning."

Det er dog ikke lige til at definere en bagatelgrænse. Nogle hændelser forekommer så hyppigt, at personalet har vænnet sig til dem.

De interviewede er ikke optaget af, om rapporteringen vil indebære, at den enkelte kan blive hængt ud som uansvarlig - internt i hjemmesygeplejen eller i dagspressen. Det kan der være flere grunde til, men formodentlig skyldes det de interviewedes kendskab til systemet i sekundærsektoren, hvor ansvarliggørelse af enkeltpersoner ikke er en del af rapporteringen af utilsigtede hændelser.

Sammenfatning

Hjemmesygepleje A's nuværende praksis i relation til utilsigtede hændelser samt holdning til et fremtidigt rapporteringssystem kan sammenfattes på følgende måde:

- ◆ Utilsigtede hændelser identificeres og håndteres ikke systematisk, men afhænger af den enkelte persons kompetence og ansvarsfølelse. Den opsporing, forebyggelse og læring, der allerede finder sted, gælder kun udvalgte og ikke alle utilsigtede hændelser.
- ◆ Personalet vurderer overordnet et fremtidigt rapporteringssystem positivt, da det vil muliggøre læring og forbedring af plejen.

- ◆ Personalet ønsker et fremtidigt rapporteringssystem med hovedvægt på lokal læring i form af hurtig feedback til medarbejdere involveret i en hændelse samt hyppige lokale opgørelser af forekomst og art af hændelser. Systemet skal desuden have et veldefineret begrebsapparat og et sæt af kriterier for, hvad og hvordan der skal indberettes, således at tiden til rapportering står i rimeligt forhold til nytten.
- ◆ Personalet er ikke optaget af, om et rapporteringssystem vil indebære en risiko for at blive hængt ud som uansvarlig internt i hjemmesygeplejen eller i dagspresse,.

6.3 Erfaringer med rapportering i Hjemmesygepleje B

I det følgende beskrives Hjemmesygeplejes B's erfaringer med indførelsen af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. Erfaringerne som de er udtrykt ved interviewene samler sig i følgende temaer: Tilegnelse af ny praksis, Større ansvarsfølelse og øget kvalitet og Plads til forbedringer.

Tilegnelse af ny praksis – en kontinuerlig proces

Personale og ledelse i Hjemmesygepleje B fremhæver to problemer i forbindelse med rapporteringssystemets indførelse. For det første har de skulle lære at se på velkendte situationer med nye øjne, mere præcist lære at fastlægge visse situationer som utilsigtede hændelser. For det andet har de skullet lære at dokumentere utilsigtede hændelser, og ikke som tidligere blot sørge for at udbedre det hændte og forebygge en eventuel gentagelse.

De interviewedes opfattelse af, hvad der udgør en utilsigtet hændelse, har betydning for, hvilke hændelser de vil registrere. Ledelsesmæssigt er det i Hjemmesygepleje B besluttet, at der skal registreres fem forskellige typer af utilsigtede hændelser (sårintektioner, fald, medicin håndtering, tryksår og uheld/ulykker). De interviewede oplever dog, at der kan være en diskrepans mellem deres egne erfaringer med arbejdet i hjemmesygeplejen, og hvad de opfordres til at rapportere som utilsigtede hændelser:

”Jeg tror, at vi har grint en anelse af det, fordi hvad er en utilsigtet hændelse? Fordi det er faktisk et svært begreb at præcisere. Så jeg tror nok, vi har trukket lidt på smilebåndet i starten. Fordi det mange gange er svært at beskrive. Specielt hvis man skal komme med løsningsforslag til, hvordan det kan undgås.”

En anden respondent siger:

”Man kan på en måde sige, at [hændelserne] ikke så er utilsigtede. De er uundgåelige. Man skulle registrere dem som uundgåelige [i stedet].”

Begrebet utilsigtede hændelser ligger nogen gange langt fra personalets opfattelse af og erfaring med den samme type begivenheder. En væsentlig del af arbejdet med at implementere rapporteringssystemet, har derfor bestået i at klæde medarbejderne på til at kunne vurdere, hvornår en hændelse er utilsigtet. En af de interviewede beskriver problemstillingen således:

”Det der er svært er at få en forståelse blandt medarbejderne om, hvornår det er en fejl, der er alvorlig nok til, at den skal indberettes. Der er det nemmere at sige, at I skal indberette, når det er et fald. Fordi det bliver set på forskelligt af den enkelte medarbejder derude, hvornår en ting er alvorlig. Jamen, kommer jeg ud i et hjem, og han sidder på gulvet. Jeg ved ikke, om han er faldet eller gledet ud af sin stol, eller om han har sat sig ned stille og roligt. Hvordan skal den enkelte hjælper så vide, om det skal indberettes? Så det er nok også for at gøre det lettere for medarbejderne, at vi siger, at der skal indberettes hver gang. Hvordan vi ligesom kommer ud af det, og kan få den enkelte medarbejder til at lave en vurdering af, om det her er et fald eller ej, det er en stor opgave. Det samme med medicin. Sådan nogen ting, som at man observerer, at der er nogen, der har fået et sår, eller der er infektion i et sår, eller der er ved at blive dannet et tryksår, det er lidt nemmere. Det er mere reelle ting, der bliver dokumenteret.”

I Hjemmesygepleje B har man for at minimere behovet for individuel fortolkning udstukket nogle retningslinjer, der kan indebære, at hændelser, som ikke nødvendigvis er det, rapporteres som utilsigtede, jf. eksemplet med fald. Samtidig har retningslinjer af denne type den effekt, at systemets opfattelse af utilsigtede hændelser er i overensstemmelse med personalets opfattelse. En væsentlig faktor i de interviewedes motivation til at rapportere er således, at de har en klar opfattelse af, hvad de skal betragte som utilsigtede hændelser, og at denne opfattelse desuden spiller sammen med deres erfaringer fra hverdagen i hjemmesygeplejen.

Både ledelse og personale peger på, at løsningen af et problem er i centrum, ikke en efterfølgende rapportering, der derfor kan blive glemt.

”Jeg tror, vi er sådan skruet sammen, at vi ser et problem og så løser vi det, mere end vi beskriver det.”

En kollega tilføjer:

”Jeg har heller ikke selv været med til at udfylde ret mange, og jeg kan egentligt heller ikke begrunde hvorfor. Nok også fordi jeg foretrækker at handle [frem for at beskrive] og så er der jo handlet på det, og så glemmer jeg simpelthen at udfylde det stykke papir, fordi hvad skal det så til for? Problemet er løst.”

Som det fremgår af udsagnene, oplever de interviewede, at de nye krav om rapportering tager tid fra den tid, de har med borgeren - uden at det nødvendigvis kommer denne til gode. Indførelsen af rapporteringssystemet medførte en ny tidskrævende praksis, hvis værdi ikke altid var tydelig for de interviewede - blandt andet fordi de mente, at de altid havde søgt at forebygge utilsigtede hændelser:

”[For eksempel hvis] borgeren bliver dårligere til at gå eller er svimmel. Så går man selvfølgelig ind og laver nogen tiltag her og nu på den enkelte borger. Han skal måske til læge. Han skal måske have noget andet medi-

cin, eller hvad det kunne være. Have et gangstativ. Der skal måske flyttes nogle møbler. Det kan man gå ind og gøre, men det er jo ikke anderledes end tidligere. Der registrerede man det i patientens journal, og så satte man nogle ting i gang.”

Hvis personalet skal være motiveret for at prioritere den tid, det tager at rapportere en utilsigtet hændelse, skal værdien af rapporteringen være tydelig.

”Det er nok der, hvor man går ind og stiller nogen krav til medarbejderne om en dokumentation, som de måske ikke synes er nødvendig. Der ligger meget arbejde for deres områdeleder. For at fortælle dem, hvorfor det er vigtigt, og hvorfor de skal gøre det. Jeg ved i de grupper, hvor det har fungeret godt, så er det virkelig fordi, at lederen har gjort et kæmpe benarbejde. Vedkommende har virkelig været inde og fortælle, hvor vigtigt det er, og hvorfor de skal gøre det. Så kan det fungere, men i de områder, hvor man siger, at det har vi ikke fået undervisning i, det har vi aldrig fået at vide, så kan man bare lægge det fra sig, og så gør man som man vil. Så det er ledelsen vil jeg sige. Det er igen og igen og igen [at fortælle hvorfor rapporteringen er vigtig]. Det er introduktionen [til rapportering og kliniske vejledninger]. Vi har det med, når vi får nye medarbejdere, vi har nogle medarbejdere uddannet til at lave speciel introduktion. Få fortalt hvor vigtigt det er. Det skal de have [at vide], og det er hele tiden.”

Tilegnelsen af en ny dokumentationspraksis er ikke noget, der foregår over en vis periode og derefter er lykkedes én gang for alle. Som følge af hyppige utilsigtede hændelser må de interviewede løbende vælge mellem at bruge tid på at rapportere eller på at udføre en plejeopgave. Personalet konfronteres hele tiden med et valg mellem ny og gammel praksis, hvor værdien af den nye praksis enten ikke er kendt eller betvivles. Personalet må derfor kontinuerligt opmuntres til og mindes om at rapportere utilsigtede hændelser. Når fokus på opgaven falder, så falder antallet af rapporteringer også. En respondent udtrykker det således:

”Hvis der er fokus på det, og vi holder fast i det, så kører det. Vi har haft et utrolig travlt forår her og til dels også sidste efterår, og jeg ved, at jeg ikke har fået mange indberetninger ind, så lige nu er der fokus på noget andet. Så daler det. Det gør det. Alle vore hjemmehjælpere har jo haft strejke her i foråret. Efterfølgende har der været meget fokus på deres arbejdsmiljø. Så der har fokus flyttet sig lidt. Så daler det, det gør det. Også fordi vi skulle flytte, så har der jo været utrolig mange ting også omkring den proces.”

Sigtet om at skabe læring og forebygge frem for at straffe enkelt personer er blevet optaget relativt hurtigt og smertefrit af både personale og ledelse i Hjemmesygepleje B. Begge omtaler problematikken, og fortæller hvordan de interviewede til at starte med var lidt bange for at hænge andre eller sig selv ud, men at der ikke har været problemer, siden det blev tydeligt, at ord og handling hang sammen. Angsten for at blive

hængt ud har ikke været et problem ved implementeringen af rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser i Hjemmesygepleje B.

Større ansvarsfølelse og øget kvalitet

Besværlighederne ved den nye praksis brydes med oplevelsen af, at rapporteringssystemet og andre kvalitetssikringstiltag i Hjemmesygepleje B har medført forbedringer i form af en øget patientsikkerhed og bedre risikostyring. Omfang og art af utilsigtede hændelser er blevet synliggjort, og det har givet anledning til bedre kliniske vejledninger.

”Jeg troede i forhold til medicinhåndteringen, at der ikke forekom ret mange fejl, men blev klogere. Det væltede ind med fejlregistreringer, og derfor har der også været ret stor fokus på undervisningen i medicinhåndtering af vores nyansatte personale.”

Omkring medicinhåndteringen har man indført et system, hvor social- og sundhedsassistenten/hjælperen skal signere en medicinbog, når vedkommende har set, at borgeren har taget sin medicin (i de tilfælde hvor borgeren ikke selvstændigt kan administrere medicinen).

”Altså hjælperne de er blevet meget opmærksomme på, at de har et ansvar i forhold til at give medicinen. Det er en uddelegeret opgave, men jeg har et ansvar. Er det her rigtigt? De kan også kalde mig og sige: ”Ved du hvad, der står torsdag på den æske her, men det er onsdag i dag”. En kollega supplerer: ”Der står ni tabletter, men der er kun otte i æsken. Altså, vi har fået flere besøg på den bekostning, men det er jo fint.”

Rapporteringen af utilsigtede hændelser, udarbejdelsen af kliniske vejledninger og gentagne undervisningsforløb har skabt en større ansvarsfølelse blandt medarbejderne samt forbedret procedurerne på en række områder. En respondent udtrykker det på følgende måde:

”Jeg tror, at der generelt er blevet sat mere fokus på hele vores organisation i forhold til kvalitetssikring. I starten da var det jo virkelig en pukkel at komme over. Folk kunne ikke se noget formål med det, men jeg tror da, at 90 % i dag synes, at de har fået et utrolig godt materiale, hvor de kan gå ind se, hvordan vi lige nøjagtigt gør i forhold til forskellige ting. Det er uanset, om du er nathjemmehjælper, eller om du er leder af afdelingen. Man kan gå ind og tage bogen og se, hvad var det lige, vi skulle gøre her. Vi er blevet meget mere ansvarsbevidste. Det tror jeg da, det hænger sammen. Sådan lidt ejerfornemmelse. Der er jo mange, der har været med i processen.”

Man må her være opmærksom på, at indførelsen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser blot har været et element i en række af kvalitetssikringstiltag, der er indført på grund Hjemmesygepleje B's deltagelse i et regionalt akkrediteringsprojekt.

”Det er lidt svært at skelne [mellem hvilke af tiltagene, der har givet den positive effekt]. Hvis vi tager sår. Vi har en sygeplejerske, der simpelthen har en sårfunktion. Hun har samtidig udviklet nogle retningslinjer og procedurer for, hvordan såret skal behandles, sådan så det bliver ens for alle. Førhen var det nok meget den enkelte sygeplejerske, som havde sin egen ide om, hvordan man skulle behandle sådan et sår. Hvad der så er hvad, om det så er det eller indberetningen af fejl og utilsigtede hændelser, det er nok lidt svært at afgøre.”

Plads til forbedringer – fokusér og giv feedback

Både ledelse og personale udtrykker klare ønsker om, at rapporteringsprocessen optimeres, hvis alle fortsat skal være motiveret for at rapportere utilsigtede hændelser.

Effektivisering af rapportskrivningen

På nuværende tidspunkt rapporterer medarbejderne utilsigtede hændelser på separate papirskemaer, hvorefter skemaerne samlet afleveres til områdelederen. Både ledelse og personale påpeger, at processen kan effektiviseres betydeligt, hvis den elektroniske patientjournal indeholder mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Så kan medarbejderen rapportere en eventuel hændelse samtidig med, at medarbejderen ajourfører patientens journal. Herved vil rapporteringen i højere grad indgå i personalets arbejdsrutiner. En elektronisk lagring af data vil overflødiggøre ledelsens nuværende arbejde med indtastning af hændelserne. Som systemet er nu, fremgår det ikke af patientjournalen, hvor mange hændelser den enkelte borger har været udsat for. Hændelserne rapporteres på separate skemaer og bliver ikke nødvendigvis samtidigt indført i borgerjournalen. Det indebærer for eksempel, at gentagen rapportering om fald hos en given borger ikke automatisk bliver synlig for alle involverede.

Optimering af mulighederne for kontinuerlig lokal databearbejdning og projektopfølgning

Systemets nuværende udformning giver meget ringe muligheder for hurtig og relevant feedback til personale og ledelse på de indkomne rapporteringer. Personalet har efter 1½ år med systemet endnu ikke set opgørelser af antallet og arten af registrerede utilsigtede hændelser eller iværksatte handlinger og effekter heraf. Rapporteringssystemets organisering indebærer, at udarbejdelsen af månedlige eller halvårlige oversigter er for tids- og ressourcekrævende til en høj prioritering af deres udarbejdelse. Feedback-elementet har været underprioriteret i implementeringen af systemet, og personalet, som samler og bearbejder rapporteringerne, har ikke følt sig godt nok klædt på til at varetage funktionen. Udvalgt personale har senere (efter interviewet) været på kursus i, hvordan man udnytter den viden, som rapporteringssystemet frembringer. Feedback i form af oversigter, der giver personalet mulighed for at følge udviklingen over tid i forskellige typer hændelser, er, essentiel for personalets fortsatte motivation til investering af tid og kræfter til rapportering af utilsigtede hændelser.

Hjemmesygepleje B har svært ved at finde tid og ressourcer til at evaluere den øgede indsats, de har igangsat. Resultatet er, at de ikke har dokumentation for, om

indsatsen har haft den tiltænkte effekt, og om det er hensigtsmæssigt at fortsætte den. Det er således ikke nok, at rapporteringen af utilsigtede hændelser udpeger områder, hvor en øget indsats er nødvendig. Det er lige så vigtigt at skabe mulighed for, at en større forebyggende indsats evalueres.

Fokuseret rapportering

Forekomsten af utilsigtede hændelser som fald og medicineringsfejl er høj i Hjemmesygepleje B. Ledelse og personale tvivler derfor på, at det er muligt at kræve en konstant kontinuerlig rapportering af alle hændelser frem for en periodevis rapportering.

“Vi har talt om, om vi måske skal gøre det, at vi siger, at vi har det [en type utilsigtet hændelse] som fokusområde i en bestemt periode. Så dokumenterer vi kun fald i de her måneder, og så stopper vi, ellers kan vi jo blive ved at skrive, at vi har mange fald. Så tager vi simpelthen essensen af det, og så tager vi et andet indsatsområde på et andet tidspunkt.”

Det er vanskeligt at opretholde en konstant høj rapportering af alle hændelser, bl.a. som følge af at der er mange af dem. De interviewede mener, at man vil opnå et bedre billede af den faktiske forekomst af hændelser, hvis man efter en indkøringsperiode registrerer en enkelt type hændelse over en bestemt periode, i stedet for at forsøge at registrere alle typer hændelser til alle tider.

Sammenfatning

Sammenfattende er det Hjemmesygepleje B's erfaring, i de 1½ år de har registreret utilsigtede hændelser, at:

- ◆ Personalets motivation til at rapportere er bestemt af en klar opfattelse af, hvad de skal betragte som utilsigtede hændelser, og at denne opfattelse er i tråd med deres egne erfaringer fra hverdagen i hjemmesygeplejen.
- ◆ Tilegnelse af en ny dokumentationspraksis er en kontinuerlig proces
- ◆ En angst for at komme til at hænge sig selv eller andre ud ved at registrere utilsigtede hændelser har ikke været en væsentlig barriere for implementeringen af et rapporteringssystem.
- ◆ Rapporteringen af utilsigtede hændelser, udarbejdelsen af kliniske vejledninger, gentagne undervisningsforløb mm. har skabt en større ansvarsfølelse blandt medarbejderne samt øget patientsikkerheden og kvaliteten i plejen.
- ◆ Et rapporteringssystem kræver en effektiv rapportskrivning, god brug af IT, uddannelse og tid til kontinuerlig lokal databearbejdning samt evaluering af større forebyggende indsatser.

6.4 Konklusion

Interviewundersøgelsens overordnede formål har været at undersøge, hvilke krav og problemer et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser rejser i hjemmesygeplejen. Det er sket ved at give stemme til dem, der formodentlig kender hjemmesygeplejen bedst, nemlig medarbejderne.

I undersøgelsen har vi søgt at belyse, hvilke arbejdsvilkår der er særlige for hjemmesygeplejen sammenlignet med sekundærsektoren, og hvilke forhold som vil være af betydning ved indførelsen af et rapporteringssystem. De interviewede peger på, at utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen har en anden karakter end i sekundærsektoren. Hændelserne trækker ofte tråde til og har implikationer for borgerens livsform. Utilsigtede hændelser opstår og forebygges således i højere grad i et samspil med borgeren, end det er tilfældet i sekundærsektoren. En del af de utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen opstår som en konsekvens af de skift mellem sektorerne i sundhedsvæsenet, som borgerne gennemgår ved hospitalsindlæggelse og udskrivning fra hospital. Der er derfor ifølge de interviewede behov for et rapporteringssystem, der tilgodeser og faciliterer en dialog mellem sektorerne, og derigennem forebygger hændelser der opstår i kløften mellem disse. De interviewede peger også på personalesammensætningen i hjemmesygeplejen, der gør, at det ikke kan tages for givet, at alle personalegrupper har formel kompetence til at dokumentere deres arbejde.

Undersøgelsen har også søgt at belyse nuværende praksis med hensyn til utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen, og hvilke holdninger medarbejderne har til et fremtidigt rapporteringssystem. Det fremgår af interviewene, at identifikation og forebyggelse af utilsigtede hændelser afhænger af enkeltpersoners kompetence og ansvarsfølelse. Den opsporing, forebyggelse og læring, der allerede finder sted, gælder kun udvalgte utilsigtede hændelser. Det fremgår også af interviewene, at holdningen til et fremtidigt system til rapportering og læring overvejende er positiv, men de interviewede stiller krav om, at systemet har hovedvægt på lokal læring i form af feedback til den enkelte og lokale opgørelser af forekomst og art af hændelser til områdekontoret.

Endelig har undersøgelsen søgt at belyse et hjemmesygeplejekontors erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelser. Den viser, at det er en kontinuerlig proces at skabe en fælles forståelse af, hvad der skal betragtes som en utilsigtet hændelse, og det samme gælder dokumentationspraksis. Mulighed for en effektiv rapportskrivning, kontinuerlig lokal databearbejdning og dermed feedback til personalet er forudsætninger, når medarbejderne skal motiveres til rapportering. Der lægges vægt på, at den viden som rapporteringen af utilsigtede hændelser producerer, spredes og anvendes lokalt - ikke bare centralt. Der lægges desuden vægt på evaluering af den forebyggende indsats, der iværksættes som konsekvens af rapporteringen. Det er en mere generel erfaring, at rapportering af utilsigtede hændelser, udarbejdelse af kliniske vejledninger, gentagne undervisningsforløb samlet har skabt en større ansvarsfølelse blandt medarbejderne og øget patientsikkerheden og kvaliteten i plejen.

7. Diskussion

Der har været tale om en pilotundersøgelse, og den har haft både positive og negative sider. Den har givet meget ny viden, men datafangst og data har i en vis udstrækning været mangelfuld. I det følgende ser vi nærmere på nogle af vores erfaringer omkring undersøgelsen.

Det er her på sin plads at minde om, at diskussionen skal ses i lyset af, at nærværende rapport er en pilotundersøgelse, og der kun er gennemført få interview. Resultaterne i de foregående afsnit er således ikke en definitiv beskrivelse, men et kvalificeret indlæg til debatten om indførelse af et system til rapportering af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen.

7.1 Generelt

Hjemmesygeplejejournaler som datagrundlag

Borgerjournalen er hjemmesygeplejens vigtigste arbejdsredskab til formidling af observationer om borgeren. Journalerne har dog ikke til formål at dokumentere utilsigtede hændelser. Når det alligevel sker, som det er konstateret ved journalgennemgangen, drejer det sig om udvalgte hændelser. Det antal utilsigtede hændelser, vi har registreret, er således kun et udsnit af samtlige utilsigtede hændelser i den kommunale hjemmesygepleje.

Arbejdsbetingelserne i borgerens hjem

Borgeren, der modtager hjemmesygepleje, er en aktiv samarbejdspartner. Rammerne for hjemmesygeplejen er borgerens hjem. Medarbejderen er alene om arbejdsopgaverne, og det kan derfor være svært at afgøre, om en utilsigtet hændelse kan tilskrives hjemmesygeplejen eller borgeren. Disse arbejdsbetingelser gør det også vanskeligt at afgøre, hvad der har været medvirkende årsager til en utilsigtet hændelse.

Journalføring i hjemmesygeplejen

Sygeplejejournalen indgår i den opdatering og rapportering, som sygeplejersker foretager ved vagtskifte og som har til formål at koordinere sygeplejen på tværs af vagter (30). Sygeplejejournaler produceres således med et andet formål i sekundærsektoren end i primærsektoren, som denne undersøgelse omhandler.

Sygeplejejournalerne i primærsektoren giver ikke umiddelbart de oplysninger, der skal til for at identificere utilsigtede hændelser. Da vi af ressourcemæssige grunde ikke har studeret de patientmapper, der findes i hvert hjem, der får besøg af hjemmesygeplejen, er sygeplejejournalen den bedste dokumentation vi har. Oplysningerne er efterfølgende søgt kvalificeret ved hjælp af interview af ledere og personale.

7.2 Metodeproblemer

Undersøgelsen er et pilotstudie for utilsigtede hændelser, og den benyttede metode er behæftet med en række svagheder.

For at kvalificere screeningen for utilsigtede hændelser gennemgik projektlederen i første fase af projektet 45 af de gennemgåede journaler. I to journaler havde revieweren (en sygeplejerske) overset en medicineringsfejl. I en journal havde projektlederen overset en sårinfektion, som alle reviewerne havde fundet. Ellers var der overensstemmelse i vurderingen i journalgennemgangen. Vi må således konstatere, at der allerede i projektets første fase er overset utilsigtede hændelser.

Sygeplejerskerne var uenige om tilstedeværelse eller art af utilsigtede hændelser i 86 journaler i Hjemmepleje A og i 113 journaler i Hjemmepleje B. Disse journaler blev derefter gennemgået af projektlederen, der foretog den endelige dataoprensning på hovedkategorier, f.eks. Medicineringsprocedure, men ikke på underopdelte data.

I bilagstabellerne i Bilag 2 er alle utilsigtede hændelser opdelt på, om begge reviewere har været enige eller uenige i deres udsagn.

Der er konstateret en betydelig interobservatørvariation, der kan skyldes for højt tempo ved screeningen, utilstrækkelig instruktion af reviewerne samt forskellige individuelle vurderinger, evt. baseret på en alt for ufuldstændig dokumentation. Interobservatørvariationen kan også skyldes at dokumentationen er så ufuldstændig, at (for) meget lades op til screeningsygeplejerskernes fortolkning.

Udformning af screeningskemaet

Hovedkategorierne i screeningskemaet ligger tæt op ad skemaer brugt i internationale rapporteringer - og ad det rapporteringskema der bruges i områdekontor B. Der er udarbejdet en instruks til udfyldelse af screeningskemaet, men alligevel viser det sig, at en række af de hændelser, der blev anført under de åbne besvarelser, kunne være krydset af i en lukket svarkategori.

Hvad viser journalscreeningen?

Hvad angår arten af utilsigtede hændelser er medicineringsproceduren og faldulykker ligesom i sygehussektoren de oftest forekommende.

Journalføringen i hjemmesygeplejen giver ringe mulighed for at belyse, hvilke faggrupper der er involveret i de utilsigtede hændelser og hvilke processer der ligger bag.

Vores undersøgelse er ikke velegnet til at belyse, om hændelserne kunne være forebygget, da der er tale om en retrospektiv undersøgelse. En belysning heraf kræver en prospektiv undersøgelse, hvor forholdene omkring hændelserne undersøges og dokumenteres så tæt på hændelsen som muligt, for eksempel ved hjælp af kerneårsagsanalyser.

Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen set i forhold til utilsigtede hændelser i sekundær sektor

Sundhedspersonalet har nu i to år haft pligt til at rapportere udvalgte utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen anfører i sin årsrapport for 2005 (46), at der er indberettet 11.401 utilsigtede hændelser til amterne/H:S, og at 9.096 af disse er sendt videre til Sundhedsstyrelsen. En tredjedel af hændelserne omhandlede medicinering (3.666), mens 1.830 rapporter omhandlede fald eller risiko for fald og 527 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med mangelfuld information.

Det er på de samme områder vi finder mange utilsigtede hændelser i vores pilotundersøgelse, hvilket giver anledning til overvejelser om læring på tværs af sektorerne.

Samtidig peger det i retning af, at det er disse tre typer, af hændelser, der i første omgang bør rapporteres, hvis man indfører et rapporteringssystem i hjemmesygeplejen.

Hvad kan hjemmesygeplejen lære af sekundær sektors arbejde med rapportering af utilsigtede hændelser

Det er vigtigt, at et rapporteringssystem for hjemmesygeplejen er afpasset systemerne i sekundærsektoren, så man sikrer den bedst mulige håndtering af problemer i overgangen mellem de to sektorer samt den bredest mulige læring.

Man bør tidligt i processen definere "bagatelgrænser" for rapporteringen, således at indberetningerne opleves som relevante. Rapporteringsproceduren skal være enkel, og den skal på en simpel måde være indbygget i det daglige arbejde. Rapporteringen må ikke komme før borgerkontakten.

Erfaringerne fra både sekundærsektoren og vores pilotundersøgelse understreger vigtigheden af feedback. De, der rapporterer hændelserne, skal også opleve, at rapporteringen har en konsekvens i form af læring og forbedret kvalitet i behandlingen af borgerne.

Her er der behov for en yderligere afdækning af arbejdsgangene i hjemmesygeplejen, så man sikrer det bedst mulige rapporteringsflow (lokalt-regionalt-nationalt) og en optimering af tilbagemeldinger til de medarbejdere, der rapporterer utilsigtede hændelser.

Er den benyttede metode velegnet?

Man kan formentlig ved bedre uddannelse af reviewerne, de sygeplejersker der screener sygeplejeturnalerne, og en udvidelse og forbedring af screeningskemaet opnå bedre data i en undersøgelse som denne. Uden en sådan indsats vil vi ikke anbefale en gentagelse af undersøgelsen med den her benyttede metode.

7.3 Anbefalinger

Umiddelbart kan man med udgangspunkt i den nuværende situation tage fat på et enkelt problemområde f.eks. faldscreening, og med udgangspunkt heri forbedre den skriftlige kommunikation og påbegynde undervisning og opdatering af personalet. Med hensyn til udarbejdelse og implementering af et rapporteringssystem i hjemmesygeplejen bør følgende forhold iagttages:

- ◆ Et rapporteringssystem for hjemmesygeplejen bør indarbejdes i det eksisterende for sekundærsektoren
- ◆ Der bør indledes med obligatorisk registrering af (højst) tre hændelseskategorier med relevans for hjemmesygeplejen
- ◆ Der bør skabes konsensus om, hvad der forstås ved utilsigtede hændelser
- ◆ Rapporteringsproceduren bør være enkel
- ◆ Der bør hurtigt gives feed back til den der indberetter
- ◆ Der bør foretages yderligere afdækning af arbejdsgange i hjemmesygeplejen.

Litteratur

1. Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Århus Amt, Sundhedsministeriet, DSI Institut for Sundhedsvæsen. Utsigtede hændelser på danske sygehuse: Pilotundersøgelse udført i et samarbejde mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Århus Amt, Sundhedsministeriet og DSI Institut for Sundhedsvæsen. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2001.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N.Engl.J.Med.* 1991; 324(6):370-6.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med.J.Aust.* 1995; 163(9):458-71.
4. Institut for Pensions- og Ældrepolitik. Kvalitetsstandarder i hjemmeplejen - eksempler på god praksis. Odense: Socialministeriet, Institut for Pensions- og Ældrepolitik; 2002.
5. Devoteam Fischer & Lorenz. Kortlægning af praksis for medicinbehandling i den kommunale hjemmepleje. Version 1.1. [S.I.]: Devoteam Fischer & Lorenz; 2002.
6. Meldgaard S. Fatale fejl. *Sygeplejersken* 2002; 102(43):26-8.
7. Christensen PR. Forslag til et sikrere system med bedre overvågning: hjemmesygeplejens medicineringsproblemer. *Sygeplejersken* 1980; 80(3):16-8.
8. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.
9. Lipczak H, Schiøler T. Rapporteringssystemer. I: Pedersen BL, Mogensen T (red.). Patientsikkerhed - fra sanktion til læring. København: Munksgaard; 2003: 95-109.
10. Tucker AL. A case study of operational failure in home healthcare. *J.Healthc.Qual.* 2004; 26(3):38-43.
11. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J.Nurs.Care Qual.* 2004; 19(3):209-17.
12. Bergquist S. Pressure ulcer prediction in older adults receiving home health care: implications for use with the OASIS. *Adv.Skin Wound.Care* 2003; 16(3):132-9.
13. Langemo DK, Olson B, Hanson D, Burd C, Cathcart-Silberberg T, Hunter S. Prevalence of pressure ulcers in five patient care settings. *J.Enterostomal.Ther.* 1990; 17(5):187-92.
14. Madigan EA, Tullai-McGuinness S. An examination of the most frequent adverse events in home care agencies. *Home.Healthc.Nurse* 2004; 22(4):256-62.

15. Bowles KH, Cater JR. Screening for risk of rehospitalization from home care: use of the outcomes assessment information set and the probability of readmission instrument. *Res.Nurs.Health* 2003; 26(2):118-27.
16. Schantz M. Infections and falls: fighting roadblocks to positive outcomes. *Caring*. 2004; 23(11):44-7.
17. Iversen JK. A combined incident and quality management report. *Home Health Care Manage.Prac.* 1997; 9(6):67-78.
18. Shaughnessy PW, Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, Kramer AM et al. Improving patient outcomes of home health care: findings from two demonstration trials of outcome-based quality improvement. *J.Am.Geriatr.Soc.* 2002; 50(8):1354-64.
19. Dlugacz YD, Stier L, Greenwood A. Changing the system: a quality management approach to pressure injuries. *J.Healthc.Qual.* 2001; 23(5):15-9.
20. Ratliff CR. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly. Principles of care. *Adv.Nurse Pract.* 2003; 11(7):47-54.
21. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Frampton G, Salkeld G, Clemson L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am.J.Occup.Ther.* 2001; 55(6):641-8.
22. Gallagher B, Corbett E, Freeman L, Riddoch-Kennedy A, Miller S, Smith C et al. A fall prevention program for the home environment. *Home.Care Provid.* 2001; 6(5):157-63.
23. Moffa-Trotter ME, Anemaet WK. Home care for hip fracture survivors and fallers: The "Be HIP" Program. *Top.Geriatr.Rehabil.* 1996; 12(1):46-58.
24. Emr K, Ryan R. Best practice for indwelling catheter in the home setting. *Home.Healthc.Nurse* 2004; 22(12):820-8.
25. Cecil C. The spectrum of infection control in home health care. *Home Health Care Manage.Prac.* 1998; 10(3):1-8.
26. Friedman MM. The Joint Commission's National Patient Safety Goals: implications for home care and hospice organizations. *Home.Healthc.Nurse* 2003; 21(7):481-8.
27. Soini H, Routasalo P, Lagstrom H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur.J.Clin.Nutr.* 2004; 58(1):64-70.
28. Carroll A. Hand washing for health-care workers in domestic care settings. *Br.J.Community Nurs.* 2001; 6(5):217-23.
29. Oot-Giromini BA. Pressure ulcer prevalence, incidence and associated risk factors in the community. *Decubitus.* 1993; 6(5):24-32.
30. Svenningsen S. Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag; 2004.
31. Dansk Sygeplejeråd. Retningslinier for føring og opbevaring af sygeplejeregistre. København: Dansk Sygeplejeråd; 2004.
32. Lov om hjemmesygeplejerskeordninger. Datasammenskrivning nr. 15010 af den 1. februar 1993 - senest ændring: Lov nr. 242 af den 1. maj 2002. 2002.

33. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
34. Tewes M, Lichtenberg AM, Thoms M, Brems K. Mangelfulde sygeplejelogner. Sygeplejersken 1994; 94(35):6-9.
35. Thoms M, Brems K, Tewes M, Lichtenberg AM. Sygeplejelogner i bedring. Sygeplejersken 1998; 98(4):20-4.
36. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag; 2002.
37. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. London: Sage Publications; 1997.
38. Hermann N, Andersen HB, Schiøler T, Madsen MD, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002.
39. Madsen MD, Andersen HB, Østergaard D. Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002.
40. Madsen MD. Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg Amt. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2004.
41. Madsen MH. Rapportering af utilsigtede hændelser - en diskussion af grundlaget for bedre patientsikkerhed [Speciale]. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab; 2005.
42. Lipczak H. Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
43. Kvale S. Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
44. Højlund H, La Cour A. Standardiseret omsorg og lovbestemt fleksibilitet. Nordiske Organisationsstudier 2001; 3(2):91-117.
45. Vinge S, Kramhøft K, Bøgh A. Hjemmesygeplejen i Danmark. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
46. Sundhedsstyrelsen. Årsrapport 2005 DPSD Dansk Patient-Sikkerheds-Database - en udredning fra Sundhedsstyrelsen. 2006.

Bilag 1 Screeningskema

1. Identifikation
a. Patient nr.: _____
b. Udfyldt af, (initialer) _____
c. Udfyldt dato _____

2. Utilsigtet hændelse
 Nej → (Stop, skema er færdigt!)
 Ja **Dato** _____

3. Type af Utilsigtet hændelse
(Obs Kun 1 type pr skema)

3a. Medicineringsprocedure
Hvilke(n)

- a. Informationsformidling
- b. Ordination
- c. Dispensering
- d. Med.indtagelse/injektion
- e. Anden medicineringsfejl

3b. Tryksår
Hvilken grad? (Kun 1 kryds)

- I
- II
- III
- IV

3c. Sårinfektion

3d. Urinvejsinfektion
Tilstedeværelse af risikofaktorer

- a. Kateter
- b. Inkontinens

3e. Infektion via kateter anlagt ved gennembrud af hud

3f. Fald
Tilstedeværelse af risikofaktorer

- a. Sløvende medicin
- b. Konfusion
- c. Inkontinens
- d. Dehydrering
- e. Dårligt syn
- f. Dårlig gangfunktion
- g. Andet: _____

3g. Uheld/Ulykke

3h. Andet:
Beskriv

4. Fik hændelsen følger

Nej
 Ja

Hvis Ja, hvilke(n)

- a. Forandring af tilstand
- b. Indlæggelse
- c. Skadestuebesøg
- d. Besøg af praktiserende læge
- e. Andet:

Beskriv

5. Hvilke årsager medvirkede til at hændelsen opstod

- a. Ikke muligt at vurdere ud fra dokumentation
- b. Utilstrækkelig information af pt. eller pårørende
- c. Manglende viden hos personalet
- d. Fejlskøn
- e. Kommunikationsproblemer (mundtl./skriftl.)
- f. Uklar ansvarsfordeling
- g. Utilstrækkelig dækning med hjælpemidler
- h. Utilstrækkelig dækning med Med. Udstyr
- i. Fejlvurdering af patient
- j. Andet: _____

Evt. kommentarer

6. Hvor er den utilsigtede hændelse opstået? (Kun 1 kryds)

- Hjemmesygepleje Sek. sektor
 Almen praksis Anden

7. Personalkategori

Der var involveret i hændelsen

(Kun 1 kryds)

- Sygeplejerske SOSU hjælper
 SOSU assistent Anden
 Ikke oplyst

8. Kan hændelsen forebygges?

- JA

Beskriv hvordan:

- NEJ

- Ikke muligt at vurdere ud fra dokumentation

9. Øvrige kommentarer til forløbet?

Bilag 2 Tabeller

I dette bilag bringes en række tabeller, som specificerer en række forhold, der er omtalt i Kapitel 4 (Resultat af journalgennemgangen). Der er tale om tabeller, der omhandler utilsigtede hændelser af typerne "medicineringsprocedure", "urinvejsinfektion" og "fald", samt tabeller der specificerer følger af og medvirkende årsager til hændelsen.

Alle tabeller er karakteriseret ved, at det i hvert tilfælde har været muligt at afkrydse flere forhold. Det er for eksempel ved hændelser af typen "Medicineringsprocedure" muligt at afkrydse for Informationsformidling, Ordination, Dispensering, Medicinindtagelse/injektion og Anden medicineringsfejl. Markeringer opfatter vi som "ja, til stede" og manglende markering som "nej, ikke til stede", medmindre det pågældende felt slet ikke skal udfyldes.

Da hvert skema er vurderet af to reviewere, og disse ikke altid har været enige om tilstedeværelsen af et givet forhold, har vi i hver tabel valgt at anføre samtlige svar for de utilsigtede hændelser tabellen omhandler. Tabellernes søjler angiver derfor: Enighed om at forholdet har været til stede, enighed om at forholdet ikke har været til stede og uenighed om forholdet har været til stede. Den sidste søjle er således et udtryk for interobservatørvariationen.

Kategorien "Andet" er benyttet i så mange tilfælde, at vi har fundet det rimelig at foretage en kategorisering af de oplysninger, der er angivet. Disse kategorier er for de relevante spørgsmål vist i selvstændige tabeller.

I Bilagstabel 1 er vist, hvorledes de utilsigtede hændelser af typen Medicineringsprocedure er fordelt på led i proceduren.

Bilagstabel 1 Enighed om utilsigtet hændelse fordelt på led i medicineringsproceduren i absolutte tal og procent

N=239	Antal			Procent		
	Enighed om		Uenighed	Enighed om		Uenighed
	Ja	Nej		Ja	Nej	
Informationsformidling	11	212	16	4.6	88.7	6.7
Ordination	29	191	19	12.1	79.9	7.9
Dispensering	13	174	52	5.4	72.8	21.8
Medicinindtagelse/injektion	78	122	39	32.6	51.0	16.3
Anden medicineringsfejl	118	32	89	49.4	13.4	37.2

Den store forekomst af hændelser i kategorien "Anden medicineringsfejl" har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 2.

Bilagstabel 2 Specifikation af hændelser, der er beskrevet som Anden medicineringsfejl i Medicineringsproceduren

Patient har glemt, eller af anden årsag, ikke taget sin medicin
Problemer med reguleringen af behandlingen
Manglende dokumentation
Patienten overforbruger, bevidst eller ubevidst, af sin medicin
Når patienten har adgang til medicin der skulle være låst væk
Behandling enten opstartet eller nedtrappet for sent
Personalet har fejlvurderet patientens evne til at tage medicinen selv eller af anden årsag ikke givet patienten sin medicin
"Manglende medicin"
Fejl i tidspunktet for indtagelsen af medicinen
Problemer med medicinbestillingen
Doseringsæsker er blevet væk eller doseret medicin i medicinæsker er blevet væk
Manglende medicinindtagelse af varierende årsager

Bilagstabel 3 Enighed om utilsigtet hændelse fordelt på risikofaktorer for urinvejsinfektion i absolutte tal og procent

N=46	Antal			Procent		
	Enighed om		Uenighed	Enighed om		Uenighed
	Ja	Nej		Ja	Nej	
Kateter	7	35	4	15.2	76.1	8.7
Inkontinens	16	25	5	34.8	54.3	10.9

Bilagstabel 4 Enighed om utilsigtet hændelse ved fald fordelt på risikofaktorer

N=204	Antal			Procent		
	Enighed om		Uenighed	Enighed om		Uenighed
	Ja	Nej		Ja	Nej	
Sløvende medicin	9	150	45	4.4	73.5	22.1
Konfusion	3	182	19	1.5	89.2	9.3
Inkontinens	6	175	23	2.9	85.8	11.3
Dehydrering	1	192	11	0.5	94.1	5.4
Dårligt syn	.	195	9	.	95.6	4.4
Dårlig gangfunktion	24	100	80	11.8	49.0	39.2
Andet	25	118	61	12.3	57.8	29.9

Den store forekomst af hændelser i kategorien "Andet" ved fald har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 5.

Bilagstabel 5 Specifikation af hændelser, der er beskrevet som Andet under Tilstedeværelse af risikofaktorer ved fald

Svimmelhed/anæmi
Neuropati
Sukkersyge (herunder IDDM, svingende BS og diabetes)
Problem med hjælpemiddel
Infektion eller sår på fødder eller ben, samt brækkede arme eller ben
Uhensigtsmæssig indretning af borgerens hjem
Apopleksirelateret
Alkoholrelateret hændelse
Dårlig lungefunktion
Nuværende eller almen svækkelse
Parkinson

Den store forekomst af hændelser i kategorien "Andet" under Type af utilsigtet hændelse har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 6.

Bilagstabel 6 Specifikation af hændelser der er beskrevet som Andet under Type af utilsigtet hændelse

Forkert journalføring
Manglende kommunikation mellem primær og sekundær sektor
Patienten har ikke fået mad
Patienten er ikke blevet besøgt
Problemer med nøglerne til patientens hjem
Patienten ventet længe eller forgæves efter telefonisk at have tilkaldt hjælp
Dårlig eller manglende informationsformidling
Manglende eller forkert brug af medicinsk udstyr
Problemer med patientens hjælpemidler
Problemer med kateter eller kateterpose
Patienten er ikke hjulpet i seng
Problemer med stomi eller relateret problem til stomi
Nyt sår er kommet til, eller eksisterende sår er blevet større
Passende medicinsk udstyr ikke til rådighed

Bilagstabel 7 Enighed om følge af utilsigtet hændelse fordelt på kategori

N=671	Antal			Procent		
	Enighed om		Uenighed	Enighed om		Uenighed
	Ja	Nej		Ja	Nej	
Forandring af tilstand	65	483	123	9.7	72.0	18.3
Indlæggelse	33	615	23	4.9	91.7	3.4
Skadestuebesøg	18	644	9	2.7	96.0	1.3
Besøg af praktiserende læge	42	566	63	6.3	84.4	9.4
Andet	134	340	197	20.0	50.7	29.4

Den store forekomst af hændelser i kategorien "Andet" under Følge af utilsigtet hændelse har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 8.

Bilagstabel 8 Specifikation af hændelser der er beskrevet under andet under Fik hændelsen følger

Øget hjemmepleje
Bestilling af et hjælpemiddel til patienten eller tilretning af eksisterende hjælpemiddel
Telefonisk kontakt med egen læge eller patienten er selv gået op til egen læge
Ændring af medicineringsprocedure
Telefonisk kontakt eller fremmøde på sygehusafdeling eller ambulatorium
Etablering af nødkald
Kontakt til eller besøg af vagtlæge
Falck tilkaldt
Opstart af lægeordineret behandling
Henvisninger eller telefonisk kontakt til øvrige sundhedsprofessionelle
Sutureret sår
Småskader

Bilagstabel 9 Enighed om årsager der medvirkede til at hændelsen opstod fordelt på kategori

N=671	Antal			Procent		
	Enighed om		Uenighed	Enighed om		Uenighed
	Ja	Nej		Ja	Nej	
Ikke muligt at vurdere ud fra dokumentation	349	151	171	52.0	22.5	25.5
Utilstrækkelig information af patienter eller pårørende	10	642	19	1.5	95.7	2.8
Manglende viden hos personalet	17	618	36	2.5	92.1	5.4
Fejlskøn	10	624	37	1.5	93.0	5.5
Kommunikationsproblemer (mundtlige/skriftlige)	59	545	67	8.8	81.2	10.0
Uklar ansvarsfordeling	17	634	20	2.5	94.5	3.0
Utilstrækkelig dækning med hjælpemidler	13	634	24	1.9	94.5	3.6
Utilstrækkelig dækning med medicinsk udstyr	5	659	7	0.7	98.2	1.0
Fejlvurdering af borger	15	619	37	2.2	92.3	5.5
Andet	29	597	45	4.3	89.0	6.7

Den store forekomst af hændelser i kategorien "Andet" under Medvirkende årsager til en utilsigtet hændelse har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 10.

Bilagstabel 10 Specifikation af hændelser der er beskrevet under andet under Hvilke årsager medvirkede til at hændelsen opstod

Problemer med brugen af hjælpemiddel eller manglende brug af hjælpemiddel
Dårligt eller manglende fodtøj
Fejl eller forglemmelser hos personalet
Øvrige
Patientens fysiske tilstand
Indlæggelse eller anden kontakt med sekundær sektor
Problemer med det medicinske udstyr
Patienten har muligvis indtaget alkohol

Den store forekomst af forslag til forebyggelse af hændelser har medvirket til, at der efterfølgende er foretaget en yderligere gruppering af de åbne svar med hjælp fra oplysningerne i tekstfeltet, se Bilagstabel 11.

Bilagstabel 11 Muligheder for forebyggelse af utilsigtede hændelser

Revurdering af behovet for øget hjemmehjælp
Bedre hygiejne
Forbedre skriftlig kommunikation
Forbedret håndtering af nøgler til patientens hjem
Instruktion til patient og/eller personale i brug af eksisterende hjælpemiddel
Nyt hjælpemiddel eller tilretning af eksisterende hjælpemiddel
Instruktion af personale i brug af medicinsk udstyr
Generel oplysning af personalet
Bedre kommunikation mellem de involverede parter i medicineringsproceduren
Bedre rutiner omkring medicindosering
Analyse af medicineringsproceduren
Støtte patient i at tage sin medicin/sikre sig at patienten tager sin medicin når der er personale til stede
Klar ansvarsdeling mellem de involverede parter i medicineringsproceduren
Undervisning/information af patient eller pårørende i forbindelse med medicingivning/-tagning
Ajourføring af medicinliste
Medicinen låses inde
Bedre rutiner omkring egen læges ordination
Øvrige medicineringshændelser

Bilag 3 Interviewguide til hhv. Hjemmesygepleje A og B

Interviewguide områdekontor A: Leder af områdekontor & fokus-gruppeinterview med sundhedspersonale

1. Introduktion

Præsentation af Annegrete Juul Nielsen & Anne Marie Lyngsø, DSI og projektet

Praktisk: Båndoptager, referat, tavshedspligt, anonymitet, tid, ordstyrer, tilkendegive uenighed

Interviewets struktur (deltagerpræsentation, begrebsafklaring, temaer, semistruktureret)

Eventuelle spørgsmål

2. Præsentation

Alder, køn, stilling, tid i stilling

3. Begrebsafklaring

Utilsigtet hændelse: En utilsigtet hændelse defineres som en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Når vi i det følgende diskuterer utilsigtede hændelser omfatter det således hændelser med såvel kendte som ukendte komplikationer og egentlige fejl. Eksempelvis registreres som minimum sårintektioner, fald, medicinhåndtering, tryksår og uheld/ulykker som utilsigtede hændelser i hjemmesygepleje i Hjemmepleje A, hvor et rapporteringssystem allerede er indført.

Rapporteringssystem: Et system bestående af aktiviteterne dataindsamling, regelmæssig dataanalyse, tilbagemelding til rapportører og andre interessenter samt formulering, implementering og evaluering af målrettede forebyggelsestiltag. Eksempelvis er der følgende retningslinjer for rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser i sekundær sektor:

- ◆ Formålet er at højne patientsikkerheden gennem indsamling, analyse og formidling af viden om utilsigtede hændelser
- ◆ Systemet er fortroligt, ikke sanktionerende, lokalt forankret og med central vidensformidling
- ◆ Sundhedspersonalet har oplysningspligt, sygehusejerne har handlepligt og Sundhedsstyrelsen har formidlingspligt
- ◆ Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om hvilke utilsigtede hændelser der skal rapporteres (medicinhåndtering; operativ/invasiv relaterede hændelser; andre alvorlige hændelser med stor sandsynlighed for gentagelse).

Når vi i det følgende diskuterer rapporteringssystem vil vi tage udgangspunkt i at et rapporteringssystem til hjemmesygeplejen højst sandsynlig vil blive baseret på de samme principper som det i sekundær sektor. Det er tilfældet i vores anden projektkommune, som allerede på nuværende tidspunkt har indført et system til rapportering af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Mottoet i Hjemmepleje B er *Det er ikke interessant hvem der har begået en fejl, men hvad man kan lære af den*. Det fælles udgangspunkt for diskussionen er således, at der i Danmark er tradition for at rapporteringssystemer til utilsigtede hændelser er baseret på et lærings- frem for et disciplineringsprincip.

4. Interviewguide

OBS "Ex." kan bringes på banen såfremt interviewpersonerne ikke selv nævner dem

<p>Nuværende praksis i relation til en utilsigtet hændelse</p>	<p>Beskriv forløbet omkring en konkret utilsigtet hændelse. Hvordan blev hændelsen håndteret? Ex. blev patienten orienteret, blev hændelsen indført i journalen, blev der skrevet rapport, blev der taget kontakt til pårørende, læge, andre</p> <p>Beskriv forløbet omkring en anden konkret utilsigtet hændelse, der havde et anderledes forløb</p> <p>Hvem talte du/I med om hændelsen? Ex. leder, kollegaer, familie</p> <p>Hvordan oplevede du/I at kollegaerne håndterede det?</p> <p>Hvordan oplevede du/I patienten og evt. pårørendes reaktioner?</p> <p>Fik hændelsen konsekvenser? Ex. flere tilsyn, ændret praksis, rapportering til patientklagenævnet</p> <p>Var der noget som du/I godt kunne have tænkt dig/jer havde været anderledes i forløbet? Ex. opbakning fra ledelsen, ændring af praksis - forebyggelse</p>
<p>Personalets vurdering af patientsikkerheden i hjemmesygepleje</p>	<p>Oplever du/I utilsigtede hændelser som et problem i hjemmesygeplejen? Hvorfor - hvorfor ikke?</p> <p>Hvor ofte vurderer du/I at der forekommer utilsigtede hændelse?</p> <p>Variere praksis omkring håndtering af hændelser? Hvorfor – hvorfor ikke?</p> <p>Hvor alvorlige vurderer du/I at hændelserne typisk er?</p>

	<p>Hvad oplever du/I typisk som årsager til utilsigtede hændelser? Ex. personalets kompetencer, hjemmesygeplejens organisering</p> <p>Hvad kan der efter din/jeres vurdering gøres for at forbedre patientsikkerheden i hjemmesygeplejen?</p>
<p>Personalets holdninger og ønsker til et fremtidigt rapporteringssystem</p>	<p>Hvis vi forestiller os at der indføres rapporteringspligt og et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen,</p> <p>Hvad kan give anledning til tilbageholdenhed med at rapportere utilsigtede hændelser? Ex. organisatoriske forhold, frygt for sanktioner/presse, faglig stolthed, manglende patientsikkerhedskultur.</p> <p>Hvad kan fremme rapportering af utilsigtede hændelser? Ex. organisatoriske forhold osv.</p> <p>Hvad vejer tungest person- og organisatoriske aspekter?</p>

Interviewguide områdekontor B: Leder af områdekontor & fokus-gruppeinterview med sundhedspersonale

1. Introduktion

Præsentation af Annegrete Juul Nielsen & Anne Marie Lyngsø, DSI og projektet
Praktisk: Båndoptager, referat, tavshedspligt, ordstyrer, anonymitet, tilkendegive uenighed

Interviewets struktur (deltagerpræsentation, temaer, semistruktureret)

Eventuelle spørgsmål

2. Præsentation

Alder, køn, stilling, tid i stilling

3. Interviewguide

OBS "Ex." kan bringes på banen såfremt interviewpersonerne ikke selv nævner dem

Indførelse af et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser	Fortæl om forløbet med at organisere og implementere et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen (<i>kun Leder</i>) Hvordan blev ideen om og indførelsen af rapporteringssystemet modtaget blandt personale og patienter? Hvordan og af hvem er rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser blevet introduceret på jeres områdekontor? Er du/I fortrolige med systemet på nuværende tidspunkt? Hvorfor – hvorfor ikke? Hvor lang tid har det taget at blive det? vad fremmer rapporteringen af utilsigtede hændelser? Hvad hæmmer rapportering af utilsigtede hændelser?
Nuværende praksis i relation til rapportering og registrering af en utilsigtet hændelse	Beskriv forløbet omkring en konkret utilsigtet hændelse. Start med en beskrivelse af hændelsen og beskriv så det forløb der fulgte efter i forbindelse med rapporteringen. Hvem og hvad medvirkede? Var dette forløb typisk / normalt? Hvordan afgjorde I om det var en utilsigtet hændelse? Hvad gjorde du/I før, du/I havde et system til rapporte-

	<p>ring af utilsigtede hændelser i en situation svarende til den du/I lige beskrev?</p> <p>Hvilke konkrete forskelle gør rapporteringssystemet i den beskrevne situation?</p> <p>Hvordan bruger du/I den viden som rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser frembringer? Beskriv nogle konkrete forløb</p> <p>Beskriv forløbet omkring en anden konkret utilsigtet hændelse med et anderledes forløb</p>
<p>Personalets vurdering af patientsikkerheden i hjemmesygepleje</p>	<p>Oplever du/I utilsigtede hændelser som et problem i hjemmesygeplejen? Hvorfor - hvorfor ikke?</p> <p>Hvor ofte vurderer du/I at der forekommer utilsigtede hændelse?</p> <p>Hvor alvorlige vurderer du/I at hændelserne typisk er?</p> <p>Variere praksis omkring håndtering af hændelser? Hvorfor – hvorfor ikke?</p> <p>Hvad oplever du/I typisk som årsager til utilsigtede hændelser? Ex. personalets kompetencer, hjemmesygeplejens organisering</p>
<p>Personalets holdninger og ønsker til rapporteringssystemet</p>	<p>Oplever du/I nogle positive konsekvenser ved at indføre et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser? I relation til hhv. patient, hjemmesygepleje, personale og sygeplejen som helhed</p> <p>Oplever du/I nogle negative konsekvenser af indførelsen af systemet? I relation til hhv. patient, hjemmesygepleje, personale og sygeplejen som helhed</p> <p>Kan der efter din/jeres vurdering gøres noget for yderligere at forbedre patientsikkerheden i hjemmesygeplejen?</p>

Bilag 4 Styregruppe

Projektets styregruppe har haft repræsentation af følgende organisationer:

- Sundhedsstyrelsen
- Dansk selskab for patientsikkerhed
- Forbundet af offentligt ansatte
- Dansk sygeplejeråd
- Apotekerforeningen
- De samvirkende invalideorganisationer
- Kommunernes Landsforening

Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen

En pilotundersøgelse på to regionale
hjemmeplejekontorer

Sundhedspersonalet har nu i to år haft pligt til at rapportere udvalgte utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Alene i 2005 blev der rapporteret 11.401 hændelser. En række rapporter har medført iværksættelse af initiativer til forbedringen af patientsikkerheden.

Denne rapport undersøger patientsikkerheden i to områdekontorer i den kommunale hjemmesygepleje. Ved gennemgang af i alt 600 journaler over en seks måneders periode fandt vi i alt 671 tilfælde af utilsigtede hændelser. Hændelserne fordelte sig på 229 borgere; dvs. en borger havde i perioden 38 % risiko for at opleve en utilsigtet hændelse. De fleste utilsigtede hændelser forekom under medicineringsproceduren, 35,6 % og som faldulykker, 30,4 %.

Rapporten indeholder tillige to fokusgruppeinterview og to interview med lederne af områdekontorerne. Interviewene fremhæver, at personalet har borgerens hjem som arbejdsplads, og at de ikke i den konkrete situation har mulighed for sparring med kolleger. Holdningen hos personalet til indførelse af et rapporteringssystem (i lighed med det i sekundær sektor) var overvejende positiv, men der stilles krav om feedback og fokus på lokal læring.

Rapporten anbefaler, at et rapporteringssystem for hjemmesygeplejen indarbejdes i det der eksisterer for sekundær sektor, for at sikre muligheder for håndtering af problemer der opstår ved sektorovergange, og for at sikre bredest mulig erfaringsudveksling. Det anbefales, at man i lighed med sekundær sektor identificerer tre risikoområder med særlig relevans for hjemmesygeplejen.

Hvad selve rapporteringsproceduren angår, er det afgørende, at den kan indarbejdes i det daglige arbejde med borgeren – rapportering må ikke komme før borgerkontakten.