



Utsigtede hændelser i den kommunale plejesektor

Mette Lundsby Jensen
Kirstine Zinck Pedersen

Dansk Sundhedsinstitut
Februar 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

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

Dansk Sundhedsinstitut

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 978-87-7488-640-2 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2681

Design: DSI

Forord

I løbet af 2010 gøres det lovpligtigt for ansatte i den primære plejesektor at rapportere utilsigtede hændelser. Dermed kommer patientsikkerhedsordningen til også at omfatte kommunale sundhedsydelse. Lovændringen sætter for alvor de utilsigtede hændelser på dagsordenen for primærsektoren. Men hvordan forstår personalet denne nye opgave? Hvad ser de som utilsigtede hændelser, og hvor og hvornår forekommer de?

Det er spørgsmål som disse, vi undersøger i denne rapport, hvor plejepersonalets, ledernes og borgernes oplevelse af, hvordan og hvorfor utilsigtede hændelser opstår i primærsektoren, er i fokus. Rapporten er et nyttigt redskab for de, som er involverede i patientsikkerhed i plejesektoren, og for beslutningstagere der arbejder med rapportering af utilsigtede hændelser i plejesektoren.

Rapporten er udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) for Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden, der også har finansieret undersøgelsen. Læge Hans Trier fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed har bistået med faglig assistance i relation til specifikke patientsikkerhedsbegreber og har bistået ved pilotobservationerne.

I rapportens datagrundlag indgår interview og observationer i Egedal Kommune, og vi vil gerne takke Egedal Kommune for velvilligt og imødekommende at have svaret på spørgsmål om kommunen og arbejdet med utilsigtede hændelser. Desuden har kommunen også ydet en del administrativt arbejde, uden hvilket denne rapport ikke kunne have været skrevet.

DSI ønsker at takke deltagerne i observationer, fokusgrupper og interviews. Herudover vil vi gerne takke sygefaglig konsulent Lisbet Rostgaard Andersen, Egedal Kommune, for koordinering og hjælp med svar på spørgsmål i relation til projektet.

Konstitueret vicedirektør Charlotte Bredahl Jacobsen har foretaget internt review af rapporten.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé.....	7
1. Indledning	9
1.1 Baggrund	9
1.2 Formål	10
1.3 Metodiske begrænsninger	10
1.4 Opbygning af rapporten.....	11
2. Metode.....	13
2.1 Litteraturgennemgang	13
2.2 Indsamling af empiri i Egedal Kommune.....	13
3. Litteraturstudie.....	17
3.1 Søgekriterier	17
3.2 Utilsigtede hændelser i et bredt perspektiv	17
3.3 Utilsigtede medicineringshændelser	18
3.4 Fald	20
3.5 Plejepersonalets holdninger til og rapportering af utilsigtede hændelser	21
3.6 Opsummering på litteraturstudiet	23
4. Opfattelsen af utilsigtede hændelser	25
4.1 Den formelle definition	25
4.2 Et svært begreb	26
4.3 Personalets måder at definere utilsigtede hændelser	27
4.4 Opsummering på opfattelsen af utilsigtede hændelser.....	31
5. Forskellige kategorier af utilsigtede hændelser	33
5.1 Medicinering	33
5.2 Samarbejde og sektorovergange	37
5.3 Fald	40
5.4 Tryksår og sårpleje.....	41
5.5 Hjælpe midler	41
5.6 Glemte borgere.....	42
5.7 Borgere der vandrer	43
5.8 Andre hændelser.....	43
5.9 Opsummering af forskellige kategorier af utilsigtede hændelser	43
6. Årsager til utilsigtede hændelser	45
6.1 Tidspres og ressourcemangel	45
6.2 PDA og manglende fleksibilitet	45

6.3	Problemer med de tekniske systemer	46
6.4	Dokumentation som en risikofaktor	47
6.5	Afbrydelser i arbejdet	48
6.6	Særlige forhold ved plejesektoren.....	49
6.7	Opsummering af årsager til utilsigtede hændelser	51
7.	Forebyggelse af utilsigtede hændelser	53
7.1	Arbejdsdeling.....	53
7.2	Kommunikation og samarbejde	53
7.3	Dokumentation	55
7.4	Medicineringsprocedurer	56
7.5	Opsummering af forebyggelse af utilsigtede hændelser	57
8.	Rapportering af utilsigtede hændelser	59
8.1	Omfang af rapporteringer i Egedal Kommune	59
8.2	Introduktion til rapportering	59
8.3	Barrierer for rapportering	61
8.4	Effekter af rapportering af utilsigtede hændelser.....	64
8.5	Opsummering af rapportering af utilsigtede hændelser.....	65
9.	Diskussion	67
9.1	Derfor er det svært at vide, hvad en utilsigtet hændelse er	67
9.2	Årsager til utilsigtede hændelser.....	69
9.3	Derfor er det vanskeligt at rapportere utilsigtede hændelser	70
10.	Konklusioner og anbefalinger.....	75
10.1	Anbefalinger	75
	Litteratur	77
	Bilag 1: Vurdering af undersøgelsesmetoder	81
	Bilag 2: Retningslinjer for utilsigtede hændelser i Egedal Kommune.....	83
	Bilag 3: Eksempel på interviewguide til fokusgruppe med plejepersonalet	93
	Bilag 4: Eksempel på interviewguide med teamleader.....	95
	Bilag 5: Eksempel på interviewguide med borger	97
	Bilag 6: Søgeord og søgetermer.....	99
	Bilag 7: Danske kommuners erfaringer med rapporteringssystemer	105
	Bilag 8: Oversigt over begrebet utilsigtede hændelser	107

Resumé

Denne rapport viser, at utilsigtede hændelser er vanskeligt begreb, som personalet i hjemmeplejen og på plejecentre finder svært tilgængeligt og uvant at arbejde med. Det er desuden vanskeligt for både plejepersonale og ledere at vide, hvilke hændelser der skal opfattes som utilsigtede. Rapporten konkluderer samtidig, at det er vigtigt, at personalet får feedback på deres rapporter, så de kan se anvendeligheden af at rapportere, og at systemet bør baseres på eksisterende datasystemer, så det bliver nemt at arbejde med. Rapporten er baseret på en undersøgelse af Egedal Kommune, der har indført en forsøgsordning med registrering af utilsigtede hændelser i den primære plejesektor.

Opfattelsen af utilsigtede hændelser

I dag registrerer plejepersonalet næsten udelukkende fejl i forbindelse med håndteringen af medicin som utilsigtede hændelser. Det skyldes, at de er håndgribelige og nemme at påvise. Denne fokus på håndteringen af medicin øger risikoen for, at plejepersonalet ikke har fokus på utilsigtede hændelser og fejl i forbindelse med andre hændelser, som eksempelvis borgere der falder, borgere der får tryksår, og borgere der vandrer eller bliver glemt. Desuden omtaler plejepersonalet samarbejdet med andre aktører i sundhedsvæsenet som eksempelvis de praktiserende læger og hospitalerne som områder, hvor der ofte opstår utilsigtede hændelser.

Vi har fundet fire karakteristika ved en hændelse, som er vigtige for, om plejepersonalet opfatter den som utilsigtet: 1) At personalet er involveret i hændelsen, 2) at det er noget, der ikke sker hver dag, 3) at det har konsekvenser for borgeren, og 4) at det kan forhindres i at opstå igen. Det varierer meget, hvilke og hvor mange af disse karakteristika personalet mener, skal være til stede, for at der er tale om en utilsigtet hændelse. Det varierer ikke kun fra person til person, men den samme person kan også variere sin brug af de fire karakteristika fra situation til situation.

Årsager til utilsigtede hændelser

Tidspres, stress hos personalet og meget stringent tilrettelagte arbejdsdage, hvor det ikke er muligt for plejepersonalet at disponere over tiden, fremstår som nogle af årsagerne til utilsigtede hændelser. Desuden identificerer plejepersonalet mere eksplicite årsager som afbrydelser i arbejdet og problemer med IT-systemerne.

Plejepersonalet peger ydermere på nogle særlige forhold ved arbejdet i plejesektoren, som kan øge risikoen for utilsigtede hændelser. Det drejer sig bl.a. om borgernes selvbestemmelsesret og det at arbejde i borgernes hjem. Når plejepersonalet eksempelvis påpeger, at et løst tæppe øger risikoen for, at borgeren falder, er det borgerens egen vurdering, om tæppet skal fjernes.

Rapportering af utilsigtede hændelser

Fra 2010 bliver det lovpligtigt at rapportere utilsigtede hændelser i plejesektoren. I interviewene med plejepersonalet nævner de en række barrierer for indførelsen af et rapporteringssystem på plejeområdet. De påpeger, at der kan være en række praktiske forhold, som afgør, om en hændelse bliver rapporteret. Fx kan det betyde noget, om der er travlt, om rapporteringssystemet er let tilgængeligt, om den ansatte er tryk ved at rapportere og føler sig beskyttet mod sanktioner, samt om rapporteringen føles meningsfuld. Dette peger på, at der skal afsættes tid til rapportering i hverdagen, og at systemet i så høj grad som muligt bør kobles til kommunens allerede fungerende datasystemer. Desuden er det væsentligt for plejepersonalet, at de modtager tilbagemeldinger på deres rapporteringer, og at de kan

stole på, at de ikke bliver stillet til ansvar for de utilsigtede hændelser, de rapporterer. Det er vigtigt at tage hensyn til denne type barrierer, hvis et rapporteringssystem skal implementeres ensartet.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Sygehusvæsenet har siden 2004 været underlagt et lovkrav om rapportering af utilsigtede hændelser i forbindelse med patientbehandling (1). I foråret 2009 blev der vedtaget et lovforslag om ændring af sundhedsloven (udvidet patientsikkerhedsordning) (2). Loven træder i kraft i sidste halvår af 2010, når der foreligger et nyt rapporteringssystem. Lovændringen betyder en udvidelse af patientsikkerhedsordningen til også at omfatte kommunale sundhedsydelse. Pligten til at rapportere utilsigtede hændelser vil dermed komme til at gælde, uanset hvor hændelsen forekommer.

Det kan være svært at definere utilsigtede hændelser, og definitionen af begrebet er også et væsentligt tema i rapporten. I lovgivningen defineres en utilsigtet hændelse som:

"... En begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder."

Det afgørende for reglerne om rapportering er, at der er tale om en utilsigtet hændelse i forbindelse med en sundhedsydelse. Denne øvelse kompliceres af, at den kommunale plejesektor opererer under helt anderledes organisatoriske rammer end sygehusene. Den kommunale plejesektor involverer plejehjem og borgernes egne boliger. Dette medfører, at forhold og erfaringer omkring utilsigtede hændelser i sygehussektoren ikke umiddelbart kan overføres til den primære plejesektor.

Udviklingen af initiativer til forebyggelse og rapportering af utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor kræver derfor, at vores viden suppleres med mere indgående studier af forekomsten, arten og forståelsen af utilsigtede hændelser inden for de særlige organisatoriske rammer, der karakteriserer kommunale sundhedsydelse. En undersøgelse foretaget af Dansk Sundhedsinstitut i 2006 (3) tog et første spadestik i den retning. Undersøgelsen viste på baggrund af en gennemgang af sygeplejefejljournaler i to kommuner, at utilsigtede hændelser såsom medicineringsfejl udgør et regelmæssigt forekommende fænomen også inden for hjemmesygeplejen. Undersøgelsen omfatter imidlertid kun hjemmesygeplejen, og den har desuden ikke fokus på, hvor og hvordan utilsigtede hændelser opstår. Heller ikke andre danske studier har set nærmere på disse spørgsmål inden for hjemmesygeplejen eller andre dele af den kommunale plejesektor, herunder plejehjem og hjemmeplejen.

Når der skal rapporteres utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor, er det vigtigt at vide, hvordan og hvorfor utilsigtede hændelser forekommer i plejen. Det er vanskeligt for plejepersonalet at have øget fokus på utilsigtede hændelser, som de ikke ved, hvordan de skal få øje på. Samtidig er det svært for beslutningstagere og involverede i patientsikkerhed at bedømme, om rapporteringerne af utilsigtede hændelser er valide, hvis der ikke findes beskrivelser af hændelserne i plejen.

Rapporten skal belyse plejepersonalets, ledernes og borgernes oplevelse af, hvordan og hvorfor utilsigtede hændelser opstår i plejen. Rapporten vil derfor være et nyttigt redskab for de, som er involverede i patientsikkerhed i plejesektoren, og for beslutningstagere der arbejder med rapporteringer af utilsigtede hændelser i plejesektoren.

1.2 Formål

Denne pilotundersøgelse har som hovedformål at belyse de kvalitative forhold, der ligger bag forekomsten af utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor. Undersøgelsens problemformulering lyder:

Hvad forstår de involverede parter ved begrebet utilsigtede hændelser, og hvor og hvordan oplever parterne, at de utilsigtede hændelser opstår?

Undersøgelsen besvarer følgende arbejdsspørgsmål:

- ◆ Hvordan definerer de forskellige involverede parter utilsigtede hændelser?
- ◆ Hvilke kategorier af utilsigtede hændelser forekommer i plejesektoren?
- ◆ Hvorfor og hvordan opstår utilsigtede hændelser?
- ◆ Kan de utilsigtede hændelser, ifølge de involverede parter, forebygges?
- ◆ Er der nogen særlige udfordringer i forbindelse med en fremtidig rapportering af utilsigtede hændelser?

Undersøgelsen kan på den måde bidrage til at afklare, hvilke kategorier af utilsigtede hændelser der forekommer, samt hvilke former for usikkerheder personalet i plejesektoren oplever i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Undersøgelsen skal hjælpe til at præcisere definitionen af begrebet utilsigtede hændelser, så det bliver muligt at benytte begrebet mere handlingsorienteret i det fremtidige arbejde med utilsigtede hændelser i plejesektoren. Herudover giver rapporten mulighed for at komme med et bud på mulige hændelseskategorier for utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor.

1.3 Metodiske begrænsninger

Det er ikke inden for rammerne af en pilotundersøgelse muligt at foretage en dybdegående systematisk kortlægning af omfanget og arten af utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor.

Undersøgelsen er en pilotundersøgelse, hvilket betyder, at det empiriske materiale i form af interviews og observationer er forholdsvis begrænset. Derfor skal undersøgelsens konklusioner forstås som et delperspektiv, der tager udgangspunkt i de personer og enkeltstående situationer, som undersøgelsen omfatter. Desuden er undersøgelsen et casestudie, hvilket betyder, at konklusionerne drages på baggrund af forholdene i Egedal Kommune.

At der kun refereres til Egedal kommune betyder endvidere, at det ikke vil være muligt at evaluere kommunens sikkerhedskultur eller mere specifikt indsatsen i forbindelse med rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. I stedet vil fokus være på en beskrivelse af kulturen og rapporteringssystemet for at få et indblik i arbejdsprocesser og dilemmaer i praksis. Det skal hertil bemærkes, at fokus for undersøgelsen ikke er rapporteringssystemet, men i højere grad de ansattes beskrivelser af utilsigtede hændelser, forskellige hændelseskategorier samt årsager til og forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Undersøgelsens konklusioner kan dog godt fungere som et indlæg i en mere generel debat om utilsigtede hændelser i plejesektoren, og kan også bruges som inspiration i forbindelse med indføringen af rapporteringssystemer i sektoren i løbet af 2010. Blot skal man have undersøgelsens begrænsninger in mente.

Lovgivningen, der påbyder den primære plejesektor at rapportere utilsigtede hændelser, er forankret i sundhedsloven. Det betyder, at de utilsigtede hændelser, der skal rapporteres, skal være relateret til sundhedsydelser. I hjemmeplejen og på plejecentrene udfører personalet både ydelser, der hører under service og sundhedslovgivningen. Personalet skelner ikke til dagligt imellem, om de udfører en service- eller sundhedsydelse, og det er derfor ikke praktisk muligt for plejepersonalet at vurdere, om en hændelse er 'relateret til en sundhedsydelse'. Da rapporten skal gøre begrebet mere praktisk anvendeligt, vil der derfor heller ikke være denne distinktion i rapporten.

Et oprindeligt formål med pilotundersøgelsen var at vurdere, hvordan den metodiske opsætning egner sig til at belyse emnet. Resultaterne af denne vurdering kan ses i bilag 1.

1.4 Opbygning af rapporten

Rapporten er opbygget med en række indledende afsnit, der består af denne indledning, et afsnit om metode og en beskrivelse af litteraturen på området. Herefter følger et afsnit, hvor opfattelsen af utilsigtede hændelser beskrives og diskuteres, både i forhold til de skrevne definitioner og som de utilsigtede hændelser opleves i plejesektoren. I afsnit 5 har vi kategoriseret og beskrevet forskellige kategorier af utilsigtede hændelser, som også eksemplificeres og diskuteres. Afsnit 6 indeholder eksempler på en række årsager til utilsigtede hændelser, som beskrives og diskuteres. De følgende afsnit handler om forebyggelse og rapportering af utilsigtede hændelser. De sidste to afsnit er et generelt diskuterende afsnit, som fremhæver de vigtigste problemstillinger, og et konkluderende afsnit der kommer med en række anbefalinger i forhold til utilsigtede hændelser i plejesektoren.

2. Metode

For at besvare undersøgelsens problemformulering er den eksisterende litteratur på området blevet gennemgået, og der er blevet foretaget observationer og interviews i plejesektoren i Egedal Kommune, som er blevet udvalgt til case-kommune i denne undersøgelse. Denne metodiske tilgang vil blive præsenteret i dette afsnit.

2.1 Litteraturgennemgang

Der er foretaget en litteraturgennemgang med henblik på at belyse danske og internationale erfaringer med forekomsten af utilsigtede hændelser inden for dele af den kommunale plejesektor, dvs. plejecentre, hjemmepleje og hjemmesygepleje. Litteraturen på området er forholdsvis begrænset, hvorfor gennemgangen er suppleret med indsamling af erfaringer fra enkelte danske kommuner, der har erfaringer med rapporteringen af de utilsigtede hændelser. Beskrivelsen kan give indtryk af de første erfaringer med den praktiske rapportering af utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor.

2.2 Indsamling af empiri i Egedal Kommune

Egedal Kommune er udvalgt som case-kommune, af flere årsager. For det første ønskede vi en kommune, som i forvejen havde fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser, således at begrebet ikke var ukendt for de ansatte i plejesektoren. Dog ønskede vi på den anden side ikke, at der var en for fasttømret holdning til utilsigtede hændelser. Rapporteringssystemet i Egedal Kommune bevirker, at alle er blevet introduceret til utilsigtede hændelser, mens den begrænsede mængde rapporteringer betyder, at det dog stadig er de færreste, som har været direkte involveret i en rapportering.

Egedal Kommune har valgt at fremstå ikke-anonymiseret, mens det medvirkende plejepersonale og borgere er anonymiseret i analysen. I de tilfælde, hvor enkeltstager fremhæves i løbet af analysen, optræder borgerne anonymiseret, og de fremhæves kun i de tilfælde, hvor vi vurderer, at de ikke kan genkendes. Som beskrevet består indsamlingen af empiri af observationsstudier og kvalitative interviews. Indsamlingen af empiri har fundet sted i august og september 2009. Rapporten har været til godkendelse i Egedal Kommune blandt ledere og plejepersonale. Denne godkendelse førte kun til meget få rettelser i rapporten.

Empirien fra denne undersøgelse vil desuden blive benyttet i ph.d. stipendiat Kirstine Zinck Pedersen afhandling.

2.2.1 Beskrivelse af Egedal Kommune

Egedal Kommune ligger i Region Hovedstaden ca. 30 kilometer fra København. Kommunen har godt 40.000 indbyggere, heraf modtager knap 1000 borgere enten hjemmepleje eller hjemmesygepleje. Der er 120 plejeboliger og syv aflastningsboliger på plejecentrene. I kommunen er der i alt syv plejecentre, seks udkørende teams herunder et hjemmesygeplejeteam samt fem teams, der varetager hjemmepleje.

2.2.2 Rapportering af utilsigtede hændelser i Egedal Kommune

Ved kommunesammenlægningen i 2007 implementerede kommunen et system for rapportering af utilsigtede hændelser i plejesektoren. Skemaerne ligger elektronisk og hentes ned af de enkelte enhe-

der, der som oftest printer dem ud og udfylder dem i hånden. Det plejepersonale, som enten er involveret eller har opdaget hændelsen, udfylder enten alene eller sammen med sin nærmeste leder hændelseskemaet. Skemaerne afleveres løbende centralt, hvor de arkiveres. Der er blevet udleveret retningslinjer til lederne om, hvordan man skal reagere på hændelserne. Desuden er der lavet brochurer til plejepersonalet omkring rapporteringssystemet (se bilag 2).

Rapporteringsskemaet er udformet sådan, at man besvarer følgende: Hvor skete hændelsen, hvordan skete hændelsen, hændelsestype, en beskrivelse af hændelsen samt formodede årsager til hændelsen (se bilag 2).

2.2.3 Observationer

Der er foretaget tre observationer i plejesektoren i Egedal Kommune. En observatør, Kirstine Zinck Pedersen, har fulgt plejepersonalets daglige rutiner i løbet af ét vagtskifte. Følgende observationer er blevet foretaget:

- ◆ Observation af social- og sundhedsassistent på et plejecenter
- ◆ Observation af social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen
- ◆ Observation af sygeplejerske i hjemmesygeplejen.

Alle observationer er blevet foretaget på en almindelig dagvagt.

Desuden er der blevet foretaget to pilotobservationer, hvor læge Hans Trier og ph.d. stipendiat Kirstine Zinck Pedersen sammen har fulgt henholdsvis en social- og sundhedsassistent på et plejecenter og en social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen. Begge pilotobservationer er foretaget andre steder og med andet plejepersonale end de egentlige observationer. Grundet pilotobservationernes brug af to observatører havde de i udgangspunktet udelukkende til formål at oplære projektmedarbejderne i at have øje for utilsigtede hændelser i plejesektoren. Dog viste det sig, at der forekom en række interessante observationer, som vil blive benyttet i analysen i det omfang, at de er uafhængige af den forstyrrende effekt to observatørers tilstedeværelse kan have for plejepersonalet.

Grundet observationsstudiets begrænsede omfang udgør det ikke undersøgelsens primære datagrundlag, men er udført med henblik på at opnå en indsigt i arbejdsgange, funktioner og roller. Herunder de generelle betingelser, hvorunder plejeydelser udføres på hhv. plejecentre og i borgernes private hjem. Hermed er observationerne desuden med til at belyse i hvilke situationer og i forbindelse med hvilke arbejdsgange, der kan opstå risiko for utilsigtede hændelser. I analysen vil observationerne fungere som beskrivelser af arbejdssituationer, som på forskellige måder er interessante for forståelsen af utilsigtede hændelser i plejesektoren.

Desuden er observationerne benyttet som input til udviklingen af interviewguides for personale og borgere. Der foretages herudover en afsluttende vurdering af, hvorvidt observationsstudier egner sig til indsamling af empiri om utilsigtede hændelser.

2.2.4 Interviews

For at svare på spørgsmålene opridset under formålet er der blevet gennemført forskellige typer interviews med hovedaktørerne i den kommunale plejesektor: Ledere, plejepersonale og borgere. I udarbejdelse af interviewguides er de overordnede spørgsmål og temaer gået igen for hver gruppe, men den enkelte guide er blevet tilpasset deltagernes særlige rolle og situation.

Der er blevet gennemført følgende *fokusgruppeinterviews* med plejepersonalet i Egedal Kommune:

- ◆ Fokusgruppeinterview med personale på plejecenter, hvor der deltog to social- og sundhedsassistenter og to sygehjælpere.
- ◆ Fokusgruppeinterview med personale i hjemmeplejen, hvor der deltog to social- og sundhedsassistenter og tre social- og sundhedshjælpere.
- ◆ Fokusgruppeinterview med personale i hjemmesygeplejen, hvor der deltog fem sygeplejersker.

Fokusgruppeinterviewene har til formål at afdække personalets forståelse af utilsigtede hændelser og deres opfattelse af hændelsernes karakter og forekomst. Fokusgruppeinterviewene er blevet styret efter en semistruktureret interviewguide, og der er desuden blevet indlagt enkelte øvelser, som har haft til opgave at få personalet til at reflektere over typer og forståelser af utilsigtede hændelser (se bilag 4).

Der findes en teamleder på hvert plejecenter og for hvert af de udkørende teams. Ud over fokusgruppeinterviewene er der blevet foretaget individuelle interviews med teamlederne for det interviewede plejepersonale. Der er således foretaget:

- ◆ interview med en teamleder for et plejecenter
- ◆ interview med en teamleder for et hjemmeplejeteam
- ◆ interview med teamlederen for hjemmesygeplejen.

Disse interview har bl.a. til formål at afdække mere overordnede mønstre i utilsigtede hændelsers opståen og muligheder for at forebygge dem. Også her har vi udarbejdet interviewguides til formålet, men interviewguiden har udelukkende styret indholdet for interviewet og ikke rækkefølgen (se bilag 4).

Desuden er der blevet foretaget to borgerinterviews med henholdsvis en borger på et plejehjem, og en borger der modtager hjemmepleje. Disse interviews kompliceres af, at borgerne kan have svært ved at forholde sig til abstrakte begreber som sikkerhed eller utilsigtede hændelser, hvorfor der mere generelt blev spurgt ind til borgernes oplevelse af plejeydelserne (se bilag 5). Interviewene bidrager kun i meget begrænset omfang til besvarelserne af undersøgelsens arbejdsspørgsmål.

I rapporten foretages en afsluttende vurdering af, hvorvidt de forskellige interviews egner sig til indsamling af empiri om utilsigtede hændelser (se bilag 1).

3. Litteraturstudie

Generelt må det konstateres, at der findes en meget begrænset mængde dansk og nordisk litteratur om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i plejesektoren. Udvalget af udenlandsk litteratur er bredere, men det synes stadig at være et underbelyst område sammenlignet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i hospitalssektoren. I det følgende vil vi gennemgå de studier, som omhandler patientsikkerhed og utilsigtede hændelser generelt i plejesektoren samt de studier, der omhandler delområder såsom medicineringshændelser og fald. I forbindelse med gennemgangen af utilsigtede hændelser generelt vil vi desuden kort beskrive en række resultater fra de projekter, som forskellige danske kommuner allerede nu har igangsat i forhold til rapportering af utilsigtede hændelser.

Litteraturgennemgangen besværliggøres af, at utilsigtede hændelser er et uklart begreb, som kan defineres på mange forskellige måder (se afsnit 4). Det betyder fx, at utilsigtede hændelser i nogle undersøgelser henviser til "alle afvigelser fra planen med plejen", mens andre undersøgelser henviser til de hændelser, som resulterer i uønskede effekter for borgerne.

Definitionen af utilsigtede hændelser har naturligvis stor betydning for studiernes udfald, hvorfor nogle af resultaterne kan være svære eller endog umulige at sammenligne. Vi har derfor valgt at præsentere de enkelte artiklers resultater enkeltvis.

3.1 Søgekriterier

Litteratursøgningen er opdelt i en international samt nordisk/dansk del. Der er foretaget systematiske søgninger i databaser, i danske og nordiske litteratur-/bestandsdatabaser samt i udvalgte tidsskrifter og på udvalgte hjemmesider. For beskrivelse af søgeord og søgetermer henvises til bilag 6.

Relevante artikler blev udvalgt ved gennemgang af abstracts og fremskaffet. Relevant materiale i tidsskrifter og på hjemmesider blev printet og gennemgået. Der blev foretaget citationsanalyse af udvalgt litteratur, og den fundne relevante litteratur blev fremskaffet og gennemgået.

3.2 Utilsigtede hændelser i et bredt perspektiv

Det væsentligste danske studie, som omhandler utilsigtede hændelser i plejesektoren, er rapporten *Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen*, som blev udgivet af DSI i 2006 og er en pilotundersøgelse af patientsikkerheden i den kommunale hjemmepleje. Undersøgelsen består af en litteraturgennemgang, journalgennemgange af sygeplejefjournaler samt fokusgruppeinterviews med ledere og plejepersonale. Formålet med undersøgelsen er primært at belyse omfanget og arten af utilsigtede hændelser i den kommunale hjemmepleje.

Der er foretaget en gennemgang af i alt 600 sygeplejefjournaler på to områdekontorer for hjemmesygepleje i forskellige dele af landet. Fokus for gennemgangen var medicineringsprocedurer, tryksår, infektioner, fald og ulykker.

Gennemgangen af journalerne blotlagde 671 utilsigtede hændelser i 229 journaler, hvoraf der er mellem 1 og 11 hændelser pr. journal. Hændelserne fordeler sig sådan, at de fleste enten er medicineringsfejl (36 %) eller faldulykker (30 %). Infektioner tegner sig til omkring 12 %, tryksår 5 %, ulykker 3 % og andet 15 %. Kategorien 'andet' dækker primært over hændelser, som kan tilskrives personalet, herunder manglende journalføring, manglende kommunikation, glemte borgere, manglende og forkert brug af medicinsk udstyr mm.

I forbindelse med 16 % af hændelserne er det vurderet, at hændelsen kunne forebygges. Mens det i under 1 % af tilfældene vurderes, at de ikke kunne forebygges. De resterende hændelser kan enten ikke vurderes ud fra dokumentationen, eller der er uenighed om, hvorvidt de kunne forebygges (3).

I rapporten *Patientsikkerhed i primærsektoren – tværfaglig analyse af medicineringsfejl i et lokalområde* beskrives et patientsikkerhedsprojekt, hvor en projektgruppe nedsættes for at lave tværgående kerneårsagsanalyser af medicineringsfejl. Gruppen arbejdede med 47 hændelser, hvoraf de hyppigste var forkert dosering, forkert administration og forveksling af præparater (4).

Grundet den begrænsede mængde danske studier på området har vi valgt at se nærmere på nogle af de patientsikkerhedsprojekter, som to kommuner har arbejdet med, endnu før lovgivningen træder i kraft i 2010. Data er fremskaffet via telefonopringninger til de gældende kommuner. For en nærmere beskrivelse af arbejdet med utilsigtede hændelser i de to kommuner henvises til bilag 7.

I 2008 havde Helsingør Kommune 1301 borgere i eget hjem samt 928 borgere på plejecentre/træningscentre, som fik hjælp med medicin (Der er i alt 7 plejehjem og et træningscenter med døgnpladser i kommunen). Der blev i løbet af 2008 rapporteret 335 utilsigtede medicineringshændelser fordelt på 188 borgere. Af disse var 147 hændelser fordelt på 81 borgere i eget hjem. Næsten halvdelen af hændelserne omhandler, at en dosis medicin ikke blev givet. Den mest hyppige årsag til hændelserne var problemer med den praktiske anvendelse af retningslinjer.

Rapporteringerne for fald er kun foretaget for pleje- og træningscentre. Ud af de 928 borgere, som er på pleje- eller træningscenter, er der i alt blevet rapporteret 278 fald fordelt på 133 borgere i 2008. Fald i beboerstuen er hyppigst og herefter følger fald på badeværelset.

I Åbenrå Kommune blev der i 2004 rapporteret 1077 hændelser. Af disse var 741 medicineringshændelser, 307 fald, 16 andet, 8 tryksår og 5 uheld/ulykker. Af de mange medicineringshændelser er den største hændelseskategori, at borgeren enten ikke får eller ikke tager sin medicin.

3.2.1 Udenlandsk litteratur om utilsigtede hændelser i et bredt perspektiv

I forhold til udenlandsk litteratur om utilsigtede hændelser i plejesektoren, er de fleste studier opdelt i temaer, således at de enten omhandler medicineringshændelser eller fx fald. I litteratursøgningen til rapporten fandt vi kun en enkelt amerikansk undersøgelse, der ligesom de beskrevne danske resultater omhandler alle typer af hændelser.

I en amerikansk retrospektiv undersøgelse af rapportering af utilsigtede og uforudsete hændelser i et plejehjem med 703 beboere opgøres der 3390 utilsigtede hændelser over et år. Af disse var 52 % fald, 42 % tilskadekomster som ikke var faldrelateret og 5 % medicinrelaterede hændelser. Af de 2032 rapporterede fald resulterede 658 i skader, hvoraf de fleste omhandlede blå mærker og flænger. 3 % af faldene resulterede i frakturer. Af de ikke fald-relaterede tilskadekomster omhandlede 96 % blå mærker og flænger. Af de 180 rapporterede medicin-relaterede hændelser omhandlede 72 % doseringsfejl eller administrationsfejl, mens 28 % omhandlede utilsigtede medicineringsreaktioner. Af de sidstnævnte var udslæt den mest almindelige reaktion (5).

3.3 Utilsigtede medicineringshændelser

Som beskrevet i det ovenstående er der en overvægt af medicineringshændelser i resultaterne fra de gennemgåede kommuners systemer til rapportering af utilsigtede hændelser. Medicinering af plejehjemsbeboere og brugere af hjemmeplejen er en kompliceret proces, som kan skabe risiko for utilsigtede hændelser, bl.a. fordi de fleste ældre kombinerer mange former for medicin, samt at arbejdsopstillinger omkring medicinering involverer mange forskellige personer og arbejdsprocesser. En række un-

dersøgelser omhandler det, man med en samlebetegnelse kunne kalde utilsigtede medicineringshændelser i plejesektoren. Der er imidlertid en stor variation i tilgangen til og definitionen af medicineringshændelser. Nogle undersøgelser definerer utilsigtede hændelser som alle de uoverensstemmelser, der måtte være i forbindelse med medicineringen, mens andre fx udelukkende omhandler de medicineringsfejl, som har direkte konsekvenser for borgeren. Der er også forskel på, hvorvidt undersøgelserne omhandler eventuelle uoverensstemmelser i medicin håndteringen, hvilket primært er plejepersonalets område, eller hvorvidt de omhandler potentiel uhensigtsmæssig medicinordination, hvilket primært er lægens område. Sidstnævnte har vi dog afgrænset os fra.

3.3.1 Danske undersøgelser om medicineringshændelser

Som allerede beskrevet er medicinerung den hændelseskategori, som oftest optræder i forbindelse med de danske kommuner, som allerede har indført rapporteringssystemer. Der findes imidlertid også andre kilder til at belyse risikoen for medicineringshændelser på ældreområdet i Danmark.

I Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionernes tilsyn med de danske plejehjem blev det i 2008 konstateret, at alle målepunkter vedrørende medicin håndtering var overholdt i 63 % af stikprøverne. I 9 % af stikprøverne var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæskerne og antallet på medicineringskemaet. Desuden var der fejl som manglende overensstemmelse mellem ordination på etikette på medicinglas og ordination ifølge medicinskema, medicin med overskredet holdbarhedsdato samt medicinbeholdere uden navn og CPR-nummer (6).

I 2003 blev der i forbindelse med plejehjemstilsynet rapporteret 952 uoverensstemmelser mellem plejehjemmenes og lægernes medicinlister ud af 5408 ordinerede præparater. Der var fuld overensstemmelse mellem plejehjemmenes og lægernes medicinlister i 82 % af tilfældene. Uoverensstemmelserne medicinlisterne imellem omhandlede primært dosis, administrationsform, indholdsstof samt at præparater fandtes på den ene liste, men ikke på den anden. Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorvidt beboerne fejlmedicineres, men alene at der ikke er fuld overensstemmelse mellem medicinlisterne (7).

I 2005 blev en lignende undersøgelse gennemført i hjemmeplejen i Røde Kro. 89 hjemmeplejemodtagers medicinlister blev sammenlignet med de praktiserende lægers medicinlister med det resultat, at under halvdelen stemte overens. Der var uoverensstemmelser på 51 medicinlister (8).

3.3.2 Udenlandske undersøgelser om medicineringshændelser

To spørgeskemaundersøgelser viser, at de mest almindelige medicineringsfejl vedrører, at beboerne undlader at tage deres medicin, tager medicinen forkert, tager en forkert dosis, eller at beboeren får den forkerte medicin (9; 10).

Den ene undersøgelse viser desuden, at 5 % af borgerne har haft utilsigtede effekter i form af bl.a. sløvhed, depression, søvnløshed, svimmelhed, diarré, udslæt mm. Den hyppigst angivne årsag (21 %) var, at de blev udskrevet fra hospitalet uden at have forstået, hvordan de skulle tage deres medicin. Af andre væsentlige årsager kan nævnes: begrænset kognitiv kapacitet, uklare eller konfliktende medicinske instrukser, medicin udskrevet fra flere forskellige kilder, eller lægen havde givet mundtlig forklaring til patienten uden at instruere sygeplejersken (11).

Den anden undersøgelse konkluderer, at de fleste fejl skete under medicinadministrationen (47 %) eller dokumentation (38 %). Undersøgelsen viste desuden, at det var plejepersonalet, som primært var involveret i fejlene (12).

I et amerikansk kohortestudie på et plejehjem, blev der identificeret 546 utilsigtede medicineringshændelser i løbet af 28.839 beboermåneder, hvilket svarer til 1,89 pr. 100 beboermåneder. Herudover var der 188 hændelser, som blev kategoriseret som potentielle medicineringshændelser.

Af de reelle hændelser, som blev identificeret, blev én kategoriseret som fatal, 31 (6 %) som livstruende, 206 (38 %) som alvorlige og 308 (56 %) som betydelige. Medicineringshændelserne omhandler en lang række forskellige utilsigtede effekter. 27 % vedrører neuropsykiatriske forhold (såsom sløvhed, forvirring og hallucinationer). Herefter er fald med 12 % den næst hyppigste effekt af fejlmedicinering. Andre hændelser omhandler dermatologiske og allergiske reaktioner, blødninger, infektioner, væggtab mm. I alt 51 % af de utilsigtede medicineringshændelser blev vurderet til at være forebyggelige. Der var en tendens til, at de mest alvorlige hændelser oftere end de mindre alvorlige var forebyggelige (13).

Overgange mellem sekundær og primær sektor er ofte årsag til utilsigtede hændelser. Et amerikansk studie undersøger specifikt de medicineringsuoverensstemmelser, som opstår i overgange mellem plejehjem og hospitalsindlæggelser. 122 indlæggelser er fulgt, og det opgøres, at der i gennemsnit sker ændringer i medicinering 3,1 gang pr. patient ved overgang fra plejehjem til hospital og 1,4 gang pr. patient fra hospital til plejehjem. Ud af 71 overgange, som blev gennemgået, opstod der utilsigtede medicineringshændelser grundet ændringerne i medicinering i 14 (20 %) af tilfældene. Risikoen for en utilsigtet medicineringshændelse opgøres herefter til 4,4 % per lægemiddel, som ændres i forbindelse med overgange. De fleste medicineringsændringer, som fører til de utilsigtede hændelser, sker på hospitalet (8/14), men de utilsigtede hændelser opstår primært på plejehjemmet (14).

3.4 Fald

I rapporter fra de danske kommuner er fald den anden store kategori af utilsigtede hændelser. I det følgende refereres et udvalg af de artikler, som omhandler faldhyppighed samt risikofaktorer i forbindelse med fald i plejesektoren.

Der er ikke foretaget nyere (efter 1999) videnskabelige undersøgelser af fald og faldrisiko på plejehjem eller i hjemmeplejen i Danmark. En undersøgelse af skadestuehenvendelser fra ældre over 65 viser imidlertid, at hver tredje skadestuehenvendelse i denne aldersgruppe skyldes fald. Undersøgelsen er foretaget på Hvidovre Hospitals skadestue i en periode på tre måneder i 2001 og inkluderer 535 ældre. Af de 582 skadestuehenvendelser, som skyldtes fald, førte 32 % til fraktur. Indlæggelsesfrekvensen på faldhenvendelserne var 39 % (15).

I den udenlandske litteratur findes der en del opgørelser over faldulykker, særligt på plejehjem.

En tysk undersøgelse af fald hos ældre over 65 år blev foretaget i henholdsvis 2002 og 2004. I 2002 inkluderede undersøgelsen 3923 patienter og 1252 plejehjemsbeboere. Faldraten var 4,7 på hospitalsafdelinger og 4,5 på plejehjem per 1000 beboerdage. Det svarer cirka til et fald hver 7. måned per beboer. I 2004 deltog 39 hospitaler og 29 plejehjem med henholdsvis 4451 patienter og 2374 plejehjemsbeboere. Faldraten var i 2004 4,2 på hospitalsafdelinger og 5,1 på plejehjem per 1000 patient-/beboerdage. Studiet peger desuden på, at de meget behandlingskrævende patienter/beboere falder oftere end de resterende (16).

En spansk faldundersøgelse inkluderede 98 plejehjemsbeboere, som blev indskrevet i løbet af 2007 på et enkelt plejehjem i Sevilla. Der blev rapporteret i alt 121 fald på 460 beboermåneder – og mere end halvdelen af disse var knyttet til kun 10 % af beboerne. Incidensraten konkluderedes på den baggrund at være 26,3 per 100 beboermåneder. Det svarer til et fald ca. hver 4. måned per beboer. Det konkluderedes desuden, at risikoen for at falde stiger med antallet af tidligere fald (17).

En canadisk faldundersøgelse på et plejehjem med 335 beboere viser over en periode på et år, at 53 % af beboerne faldt mindst en gang. I alt blev 792 fald registeret for 177 beboere. Gennemsnittet af fald for alle beboere var 2,4. Det svarer til et fald hver 5. måned per beboer. Ud af de 792 rapporterede fald resulterede 210 (27 %) i fysiske skader. 23 af disse skader (11 %) førte til hospitalsindlæggelse. Alder og demens blev identificeret som risikofaktorer (18).

Et svensk studie af risikofaktorer ved fald blandt plejehjemsbeboere på 21 plejehjem omfatter 2263 rapporter af fald. Studiet peger på, at der er korrelation mellem fald og frakturer (brud) samt mellem faldrisiko og brug af kørestol, sikkerhedsbælter og sengeheste. Desuden viser studiet, at der er korrelation mellem frakturer og brug af sovepiller, samt mellem faldrisiko og brug af antidepressiv medicin (19).

En amerikansk spørgeskemaundersøgelse har undersøgt årsager til fald. Undersøgelsen er baseret på 477 besvarelser af 55+-årige og interviews med 31 sundhedsudbydere. 39 % af de adspurgte ældre var faldet mindst én gang det sidste år. Der blev identificeret 30 forskellige årsager til fald. De hyppigste årsager var balance, vejret, uopmærksomhed, medicinske forhold, indendørs forhindringer, uden-dørs forhindringer, snuble, svimmelhed, attitude og muskelsvaghed – i den nævnte rækkefølge (20).

Kun få studier omhandler faldrisiko i hjemmene. Dog undersøger et finsk studie faldrisiko blandt hjemmeboende ældre på 85 år eller derover. Studiet inkluderede 555 ældre over en periode på 11 måneder. Data indsamledes af plejepersonale via spørgeskemaer, kliniske tests samt telefoninterviews. 273 (49 %) af de ældre oplevede mindst et fald. Studiet viser, at der er korrelation mellem fald og en række faktorer – eksempelvis depression. Desuden tog de, som var faldet, i gennemsnit mere medicin, end de som ikke var faldet. Herudover havde de, som før var faldet, større sandsynlighed for at falde igen (21).

3.5 Plejepersonalets holdninger til og rapportering af utilsigtede hændelser

En række undersøgelser omhandler plejepersonalets holdninger til utilsigtede hændelser og til rapportering af utilsigtede hændelser.

I den tidligere refererede DSI rapport omkring utilsigtede hændelser i hjemmeplejen er der udover journalgennemgangen fortaget individuelle interviews med ledere og fokusgruppeinterviews med plejepersonale (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) i to hjemmesygeplejegrupper. De udtaler, at der gør sig særlige vilkår gældende i hjemmesygeplejen i sammenligning med hospitalerne, idet sundhedspersonalets arbejdsplads er borgerens hjem. Derfor indgår der ofte en forhandling i forhold til de sikkerhedsforanstaltninger, som man kan indføre for at mindske risikoen for utilsigtede hændelser. Der er desuden altid en gråzone mellem, hvad der er borgerens ansvar, og hvad der er sundhedspersonalets ansvar. Herudover arbejder sundhedspersonalet alene, hvilket på den ene side kan betyde, at der opstår nogle 'blinde pletter' i forhold til patientsikkerheden, men som til gengæld betyder, at der kan tænkes langsigtet. Desuden fremhæves sektorovergange som en meget stor fejlkilde i forbindelse med utilsigtede hændelser. I forhold til evt. indføring af et fremtidigt rapporteringssystem fremhæves det, at der sker mange andre organisatoriske forandringer i hjemmesygeplejen, som kæmper om personalets tid, og at der kan være udfordringer i forhold til skriftlig formidling for nogle af personalegrupperne.

Det ene af de to områdekontorer har på tidspunktet for undersøgelsen som en del af et amtsligt akkrediteringsprojekt indført et system til rapportering af utilsigtede hændelser. Denne hjemmesygeplejegruppe beskriver, at det har været en udfordring at få afstemt, hvad der skal forstås som utilsigtede hændelser. Personalet opfattelse er, at der ofte er tale om uundgåelige hændelser frem for utilsigtede. Derfor har det været en proces at få skabt en fælles forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er.

Desuden er holdningen, at rapporteringen tager tid fra borgeren, uden at værdien af rapporteringen er tydelig. Dog har det været med til at sætte kvalitetssikring på dagsordenen.

Rapporten beskriver, at den anden hjemmesygeplejegruppe, som ikke allerede har indført et rapporteringssystem, allerede har en kultur, hvor de taler om og lærer af fejl. Dette drejer sig imidlertid kun om hændelser, som bliver opfattet som fejl, der kunne være undgået, såsom medicineringsfejl, hændelser i forbindelse med sektorovergange eller hændelser, hvor borgeren kommer alvorligt til skade. Her diskuterer man efterfølgende, hvad der kan gøres for at forebygge disse hændelser i fremtiden. Mindre hændelser, og hændelser som opfattes som uundgåelige, bliver ikke i samme grad diskuteret. Trods det, at der allerede findes en sikkerhedskultur, er denne hjemmesygeplejegruppe alligevel overvejende positivt indstillet overfor et fremtidigt rapporteringssystem, bl.a. fordi det vil kunne medføre læring i forbindelse med mønstergenkendelse. Gruppen lægger dog vægt på nødvendigheden af hurtig feedback, og at systemet skal have konsekvenser for læring (3).

I en kvalitativ canadisk undersøgelse om patientsikkerhed i hjemmeplejen når man frem til mange af de samme resultater, som i den ovenfor beskrevne DSI-undersøgelse. I interview med 20 nøglepersoner i hjemmeplejen samt en rundborde diskussion finder man en generel enighed om, at det konventionelle institutionelle patientsikkerhedsperspektiv ikke passer på hjemmeplejen. Det skyldes de særlige vilkår, som hjemmepleje udøves under. Herunder at plejepersonalet er 'gæster i folks hjem', at hjemmene ikke er designet til sygehjælp, at klienten og dennes families autonomi er i centrum, dvs. at plejepersonalet kan komme med forslag til forbedring af sikkerheden, men det er klientens beslutning, hvorvidt disse følges. Herudover nævnes det, at de ansatte er isolerede i deres arbejde, hvilket komplicerer kommunikationsprocesserne og besværliggør læringsperspektivet (22).

En engelsk/amerikansk spørgeskemaundersøgelse inkluderede 367 sygeplejersker og 636 sygeplejerskehjælperes opfattelse af patientsikkerhedskultur på 26 plejehjem i Ohio. Studiet viser, at omkring 60 % mener, at ledelsen aktivt viser, at patientsikkerhed er en toprioritet, og at sikkerhedsmål er klart italesat. Dog finder ca. 40 % det svært at skabe forandringer i forhold til patientsikkerheden, og kun omkring halvdelen har oplevet, at ledelsen har diskuteret forebyggelse af utilsigtede hændelser med de ansatte. Desuden er kun to ud af fem blevet informeret om, hvad der sker som resultat af rapporteringerne. Og en ud af fem føler sig straffet ved rapportering af utilsigtede hændelser, mens to ud af fem føler, at rapportering af hændelser er et personligt angreb. Alligevel har 60 % af hjælperne og 80 % af sygeplejerskerne rapporteret mindst en hændelse indenfor den sidste måned (23).

Et amerikansk studie har undersøgt barrierer for rapportering af medicinfejl på plejehjem. Undersøgelsen inkluderede 104 plejehjemsansatte, som besvarede en spørgeskemaundersøgelse. Plejepersonalet repræsenterede fire forskellige personalegrupper og var ansat på fire amerikanske plejehjem. Studiet viste, at organisatoriske barrierer såsom et manglende rapporteringssystem, manglende information om, hvordan man rapporterer fejl samt manglende feedback efter rapportering, betragtedes som barrierer, som det var nemmest at ændre på. Derimod betragtedes individuelle barrierer såsom frygt for disciplinære foranstaltninger, frygt for at blive skyldiggjort samt frygt for retssager som de sværeste at ændre (24).

I en canadisk undersøgelse har 31 sundhedsprofessionelle deltaget i et symposium omhandlende utilsigtede hændelser i hjemmeplejen. Deltagerlisten bestod bl.a. af plejepersonale, administrativt personale, ledere, politikere og praktiserende læger med tilknytning til hjemmepleje. Der spørges bl.a. til, hvordan utilsigtede hændelser kan forebygges, samt hvilke policy initiativer der bør iværksættes. De primære overordnede temaer, der identificeres som væsentlige, er 1) uddannelse, vidensdeling og 'best practices', 2) kommunikation, samarbejde og systemintegration, 3) målinger og dataindsamling, 4) rapportering, standardisering af definitioner og akkreditering. Når der spørges til, hvilke policy initi-

ativer, der specifikt er brug for, har implementeringen af et system til rapportering af utilsigtede hændelser første prioritet (25).

I Sverige har Landstings Förbundet foretaget en undersøgelse af 37 ansatte i hjemmesygeplejens opfattelser af patienternes sikkerhed. Resultaterne af interviewene opdeles i syv forskellige områder, indenfor hvilke der findes potentielle risici for patientsikkerheden. Det drejer sig om 1) informationsoverførelse mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører, 2) samordnet pleje, 3) samarbejde og ansvarsfordeling, 4) lægemiddelshåndtering og delegering, 5) dokumentation og journalhåndtering, 6) kompetence og kompetenceudvikling, 7) arbejdsbelastning og arbejdsmiljø (26).

3.6 Opsummering på litteraturstudiet

På baggrund af resultaterne fra DSI rapporten om utilsigtede hændelser i hjemmeplejen samt erfaringerne fra henholdsvis Helsingør og Åbenrå, kan man konkludere, at der særligt er tale om to hændelseskategorier, som rapporteres som utilsigtede hændelser: medicinering og fald.

Opsummerende kan det siges, at medicin håndteringen uden tvivl er et område, som indeholder patientsikkerhedsmæssige risici. I de undersøgelser, hvor det har været formålet at undersøge omfanget af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering, har det vist sig, at mange borgere bliver berørt af medicineringsfejl i en eller anden form. Hændelserne opstår både i forbindelse med dosis, administration, indholdsstof mv., og forekommer både i selve plejesektoren, men i høj grad også i forbindelse med sektorovergange.

Desuden står det klart, at faldulykker er udbredt blandt ældre mennesker. Flere studier konkluderer, at faldulykkerne ofte er relateret til borgernes sundhedstilstand. De ældre, der falder, falder ofte mere end én gang, og hændelserne er ofte relateret til medicinforbrug eller andre sundhedsrelaterede ydelser.

I relation til plejepersonalets opfattelse af utilsigtede hændelser kan det konkluderes, at der gør sig nogle særlige forhold gældende i plejesektoren i forhold til hospitalssektoren, når det angår utilsigtede hændelser. Særligt i forhold til hjemmeplejen skal det bemærkes, at plejepersonalet arbejder i borgerens hjem, og at de ofte arbejder alene, hvilket skaber særlige vilkår for udførelsen af plejeopgaverne samt for de eventuelle utilsigtede hændelser, der måtte opstå. Desuden viser de gennemgåede studier, at der findes en række udfordringer for patientsikkerheden, særligt på områder som omhandler kommunikation, samarbejde og overgange.

4. Opfattelsen af utilsigtede hændelser

Utilsigtede hændelser er et vanskeligt tilgængeligt begreb. Et af formålene med denne rapport er at undersøge, hvad plejepersonale, ledere og borgere forstår ved utilsigtede hændelser i plejesektoren.

Selve definitionen af utilsigtede hændelser er interessant, fordi plejepersonalet nu skal til at rapportere utilsigtede hændelser. Et øget fokus på utilsigtede hændelser i plejesektoren samt indførelsen af et rapporteringssystem forudsætter, at plejepersonalet har en klar og konsistent forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er.

Dette afsnit beskriver, hvordan både plejepersonale og teamledere definerer og opfatter utilsigtede hændelser i det praktiske arbejde. Det første afsnit omhandler den formelle definition af utilsigtede hændelser og tydeliggør, at heller ikke litteraturen har et entydigt svar på, hvad en utilsigtet hændelse er. Efterfølgende illustrerer vi på baggrund af interview med plejepersonale og teamledere, at utilsigtede hændelser også er et svært begreb at benytte i praksis. Det sidste afsnit præsenterer fire konkrete faktorer, som spiller ind i plejepersonalets måde at definere utilsigtede hændelser på i det daglige arbejde.

Dette afsnit fokuserer altså på generelle problemstillinger ved definitionen af utilsigtede hændelser. De konkrete problemstillinger, der opstår i brugen af begrebet i forbindelse med eksempelvis medicinering, fald og rapportering, behandler vi i afsnit 5.

4.1 Den formelle definition

Den amerikanske rapport *To Err is human* var i 2000 med til at sætte utilsigtede hændelser på dagsordenen. Her lyder definitionen:

"An injury resulting from a medical intervention, or in other words, it is not due to the underlying condition of the patient. While all adverse events result from medical management, not all are preventable" (27).

I den ændring af sundhedsloven, som betyder, at primærsektoren omfattes af rapporteringspligten, defineres utilsigtede hændelser som følger:

"Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. (...) eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder." (28)

På patientsikkerhed.dk definerer Dansk Selskab for Patientsikkerhed utilsigtede hændelser som:

"En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme" (29).

I både *To err is human* og sundhedsloven indebærer definitionen, at hændelsen ikke skyldes patientens sygdom. Denne betingelse er ikke nødvendig i definitionen fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Definitionerne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Sundhedsloven er bredere end fra *To err is human*, idet de også omfatter *risiko* for skade. Herved er både egentlige hændelser, der ikke med-

førte skade, fordi patienten var robust og nærhændelser, der blev forhindret ved et tilfælde omfattet af definitionen.

I Egedal Kommune har de udarbejdet en pjece til plejepersonalet. Her tager de i indledningen udgangspunkt i sundhedslovens definition af utilsigtede hændelser, og det er derfor formelt denne definition, som ligger til grund for Egedal Kommunes arbejde med patientsikkerhed. Det er dog vanskeligt at være opmærksom på en teoretisk definition i det daglige arbejde. Selvom teamlederne nævner folderen i interviewene, er der ingen af dem, der henviser til Sundhedsstyrelsens definition, når de bliver bedt om at definere utilsigtede hændelser. Interviewene viser, at det ikke ligger i hverken plejepersonalets eller teamledernes bevidsthed, at hændelsen skal være uafhængig af borgerens sygdom for at kunne karakteriseres som en utilsigtet hændelse.

4.2 Et svært begreb

Egedal Kommune har indført et system til rapportering af utilsigtede hændelser (se afsnit 2.2.2), hvor 63 hændelser er rapporteret i 2008. Dette system bevirker, at de ansatte alle er blevet præsenteret for begrebet utilsigtede hændelser, selvom det dog er de færreste, der har rapporteret en hændelse. Det er kun få ansatte, der har brugt begrebet i hverdagen.

Gennem interviewene med plejepersonale og teamledere bliver det tydeligt, at utilsigtede hændelser opfattes som et forholdsvist uklart begreb, der kan defineres på mange forskellige måder. Dette kommer både til udtryk i de generelle diskussioner om begrebet og i de mange diskussioner om, hvilke hændelser i hverdagen der kan kaldes 'en utilsigtet hændelse'. En af besværlighederne ved begrebet er selve ordet 'utilsigtet', som synes uvant for nogle af interviewpersonerne. Teamlederen for hjemmeplejen fortæller:

"Utilsigtede hændelser er måske i min verden noget, hvor der sker en hændelse, som ikke er med vilje. Utilsigtet er for mig et ord, som jeg ikke er vant til at bruge. Jeg er måske mere vant til at bruge udtrykket "ikke er med vilje" eller "ikke var tænkt sådan"."

I fokusgruppeinterviewet med sygeplejerskegruppen kommer en lignende frustration omkring begrebet til udtryk. Her illustreret ved en diskussion om hvorvidt utilsigtede hændelser er det samme som fejl.

Sygeplejerske 1: "Er det fejl vi skal registrere, eller hvad er det vi skal registrere? Er det bare – det ved jeg godt, I ikke vil have vi siger – er det bare fejlene, eller hvad er det, der gør, at det bliver en utilsigtet hændelse? For der er jo så mange ting, som man hele tiden retter op på. Et plaster der falder af osv. Det forvirrer os, at man ikke bare kalder en spade for en spade. Er det en fejl, eller er det ikke en fejl? Hvorfor skal vi kalde det en utilsigtet hændelse, hvis det er en fejl, vi kan rette op? Vi kommer jo ingen steder ved at lave om på ordene for at få det til at lyde godt."

Sygeplejerske 2: "For mig er en utilsigtet hændelse en direkte fejl, og jeg vil godt bruge ordet fejl – en misforståelse. Når vi bruger sådan et gammelt ord som utilsigtet, så er vi ude i noget dom og anklage. En fejl det kan jeg bedre leve med. Jeg har sørme lavet en fejl. Det var ikke lige meningen."

Sygeplejerske 3: "Jeg vil godt bruge ordet fejl, så ville jeg vide, hvad jeg skulle registrere Det er ok at lave fejl. Det andet virker så omstændeligt."

Sygeplejerske 4: "Det er ok at lave fejl, det gør vi jo".

Diskussionen er et tegn på, at personalet er usikre på forholdet mellem fejl og utilsigtede hændelser, og de har en fornemmelse af, at sidstnævnte bliver benyttet som et finere ord for fejl. Jævnfør *Region Hovedstadens handlingsplan for patientsikkerhed 2008-2010* kan utilsigtede hændelser forstås som et bredere begreb end fejl, idet det både indeholder direkte fejl samt hændelser, som personalet ikke har haft indflydelse på (se bilag 8).

Ud over at selve ordlyden af begrebet utilsigtet hændelse kan virke forvirrende på plejepersonalet, er der andre ting, som gør det svært at gå til. Plejepersonalet nævner i den forbindelse flere gange, at begrebet er meget bredt og kan rumme næsten alting. Herudover er det meget umålbart og i sidste ende individuelt, hvad der i situationen opfattes som en utilsigtet hændelse. Også de interviewede teamledere, som i højere grad end plejepersonalet har beskæftiget sig med begrebet, udtrykker en vis usikkerhed over for, hvad begrebet egentlig indebærer. En teamleder for et plejecenter udtrykker det således:

"Nogle gange synes folk, at det kan være svært, fordi det både kan være fx fejlmedicinering og samarbejdsproblemer. Det er sådan et meget diffust begreb. Jeg tænker da også nogle gange, hvad er det egentlig – en utilsigtet hændelse?"

Senere beskriver samme temaleder igen usikkerheden:

"Det er jo død besværligt at afgøre, om noget er en utilsigtet hændelse, og jeg kan også godt se, at det er lidt mærkeligt, at jeg har det sådan, når det er mig, der skal sørge for, vi får dem udfyldt og sendt videre."

Når plejepersonalet taler om definitionen af utilsigtede hændelser, eller når de skal afgøre, hvorvidt et nævnt eksempel på en hændelse skal gå under betegnelsen 'en utilsigtet hændelse', så bliver det hurtigt til et spørgsmål om, hvorvidt de ville mene, at det var noget, som skulle rapporteres som en utilsigtet hændelse. Det bliver med andre ord et spørgsmål om, hvad det giver mening at rapportere, hvad der lader sig rapportere og ikke mindst, hvad der er tid og overskud til at rapportere.

I et interview med en sygeplejerske beder vi hende om at afgøre, om det er en utilsigtet hændelse, hvis der er doseret forkert til en borger, men det opdages, inden borgeren får medicinen. Efter at have diskuteret lidt for og imod ender sygeplejersken med konkludere: "Det er sådan lidt efter temperament. Hvilken situation står du i? Hvor travlt har du? Og hvad er der ellers på programmet?"

Det er derfor vigtigt at fastholde, at definitionen af utilsigtede hændelser i sidste ende er tæt knyttet til rapporteringen af utilsigtede hændelser og ikke mindst til den afgrænsning af begrebet, der nødvendigvis må følge med, hvis et rapporteringssystem skal fungere i en travl hverdag.

Nedenfor opsummeres nogle af de forskellige definitioner af utilsigtede hændelser, plejepersonalet benytter. Det skal bemærkes, at de samme personer ofte – bevidst eller ubevidst – skifter forståelse af begrebet i løbet af et interview.

4.3 Personalets måder at definere utilsigtede hændelser

Vi har fundet fire forskellige faktorer, som er på spil i plejepersonalets forståelse af en utilsigtet hændelse. De to første faktorer handler om årsagen til hændelsen. Enten ser de hændelsen som en konsekvens af personalets handlinger, eller også ses den som en 'unormal' hændelse, der afviger fra hverdagen. Andre måder at definere utilsigtede hændelser på er, at der skal være risiko for, at hændelsen kan skade borgeren, og det skal være muligt at påvirke denne risiko, så skaden kan forebygges bedre.

Disse fire faktorer i definitionen af en utilsigtet hændelse vil vi analysere nærmere i de følgende afsnit.

4.3.1 *Utilsigtede hændelser som personalets ansvar*

Forståelsen af utilsigtede hændelser som noget, der på den ene eller anden måde er plejepersonalets ansvar, er den forståelse, som i størst udstrækning kommer til udtryk i interviewene. Denne holdning udtrykkes via formuleringer som: "Det skal have noget med os at gøre" (social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen) eller "Utilsigtede hændelser er noget vi gør, som ikke er med vilje" (social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen). En sygeplejerske udtrykker det således:

"En utilsigtet hændelse er en handling, der ikke stemmer overens med ordination. Hvis vi går ud og gør noget andet, end det vi har fået besked på. Det som ikke er aftalen. Og der så opstår en fejl til gene for borgeren, så snakkede vi om, at det er en utilsigtet hændelse. Så den går fra os til borgeren."

Et af de eksempler, som bliver diskuteret igen og igen igennem interviewene, omhandler borgere, der falder i deres egen bolig (i såvel plejehjem som hjemmepleje). Litteraturstudiet viser, at fald står som en stor hændelseskategori i forhold til utilsigtede hændelser i plejesektoren. Empirien fra dette studie viser dog, at fald ikke altid bliver betragtet som en utilsigtet hændelse. I fokusgruppeinterviewet med sygeplejerskerne opstår en typisk diskussion omkring fald. Der bliver spurgt til, hvorvidt fald er en utilsigtet hændelse eller ej, og diskussionen tager følgende form:

Sygeplejerske 1: "Fald er ikke en utilsigtet hændelse, men et uheld. Det kan være, at borgeren er klodset, falder over et gulvtæppe eller er beruset."

Sygeplejerske 2: "Men er vi ikke i stand til at forudse det? Er det ikke det, vi er trænet til, lige så vel som at vi skal forudse urinvejsinfektioner."

Sygeplejerske 1: "Hvis det er en borger med Parkinson, eller hvis de har gulvtæpper i hjemmet, hvor vi har sagt, at de gulvtæpper skal væk, men de siger, at dem vil de gerne have liggende, så kan vi jo ikke gøre noget. Vi kan informere om, at de kan falde i tæppet, men vi kan ikke fjerne dem."

Sygeplejerske 2: "Det kan godt være, at vi har gjort alt, hvad vi kunne, men fejlen eller den utilsigtede hændelse er jo alligevel sket. At vi har gjort, hvad vi kunne, gør det vel ikke mindre til en utilsigtet hændelse."

Sygeplejerske 1: "Jamen, det er jo ikke vores ansvar."

Sygeplejerske 2: "Så snakker vi vel fejl, hvis ansvaret skal være vores."

Som det fremgår af ovenstående citat, er det spørgsmålet om ansvar, der er på spil i denne diskussion. Skal plejepersonalet være 'skyld i' hændelsen, for at den er utilsigtet, eller kan utilsigtede hændelser tænkes uafhængigt af plejepersonalets ansvar. Diskussionen, om plejepersonalet er i stand til at forudse fald, er imidlertid et eksempel på, at heller ikke dette skel er let at definere.

Hvis utilsigtede hændelser defineres som noget, plejepersonalet er involveret i, bliver fald, når borgeren er alene, således oftest ikke betragtet som en sådan. Senere beskriver en sygeplejerske:

"Hvis fald skal være en utilsigtet hændelse, så er det fald på baggrund af noget, vi har været involveret i, og så er det en helt anden ting, der skal indberettes. Så er det jo fx, at de har fået forkert medicin, at de har fået deres sovepille om morgenen, så de har været omtåget i løbet af dagen. Så er det i princippet ikke faldet, men medicinhændelsen."

4.3.2 *Utilsigtede hændelser som afvigelser fra 'det normale'*

Over for opfattelsen af utilsigtede hændelser som noget plejepersonalet er skyld i står opfattelsen af utilsigtede hændelser som uregelmæssigheder, der afviger fra den normale hverdag. "En utilsigtet hændelse er noget, der ikke hører til den normale dagligdag. Det er noget, der afviger fra normalen" (social- og sundhedsassistent, plejecenter). "Utilsigtede hændelser er vel alt, hvad der sker i løbet af en dag, som ikke er planlagt" (sygeplejerske), eller bare "det som vi ikke regner med sker" og "det som vi ikke forventer" (teamleder, plejecenter). Som beskrevet involverer denne opfattelse ikke nødvendigvis plejepersonalet, og den står derved i kontrast til utilsigtede hændelser defineret som personalets ansvar. Derfor ses denne definition også typisk som alternativ til ovenstående forståelse, hvor personalets ansvar er det afgørende kriterium. Dog skal det understreges, at den enkelte interviewperson kan skifte mellem de to forståelser i løbet af et interview. Således har mange af dem ikke lagt sig fast på én måde at definere utilsigtede hændelser på.

Forskellen på de to definitioner kan illustreres med fald-eksemplet fra før. Når en utilsigtet hændelse forstås som en uregelmæssighed, er det ikke længere afgørende, om plejepersonalet er involveret i hændelsen. Det afgørende er, om faldet afviger fra normalen, dvs. hvorvidt det er en borger, som ikke plejer at falde. En social- og sundhedsassistent siger i en diskussion om fald:

"Nu har jeg lige haft en borger, der faldt temmelig tit, hende lavede jeg altså ikke en hændelse på, hver gang hun faldt(...) Jeg tænker ikke sådan utilsigtet hændelse på samme måde med et fald (...) Hvis jeg kommer ind til x-borger om morgenen, og han er faldet, så er det en utilsigtet hændelse, for han er jo ikke vant til at falde." (social- og sundhedsassistent)

Det samme gælder, når demente borgere forlader det plejecenter, de opholder sig på. Teamlederen fra plejecentret beskriver det således: "Hvis det er en enkelt gang, at en borger går, så opfatter jeg det som en utilsigtet hændelse. Hvis det sker gentagende gange, så opretter vi det inde i deres journal, som sætter fokus på det." (social- og sundhedshjælper)

4.3.3 *Utilsigtede hændelser der indebærer en risiko for at skade borgeren*

En anden faktor, som er på spil i definitionen af utilsigtede hændelser, er hændelsens konsekvenser for borgeren. Der er bred enighed om, at hændelsen på én eller anden måde skal indebære en risiko for borgeren, men hvorvidt det er en utilsigtet hændelse, hvis denne risiko bliver afværget, inden det får konsekvenser for borgeren, bliver diskuteret blandt plejepersonalet.

I fokusgruppen med plejepersonalet på et plejecenter diskuteres det, hvorvidt det skal opfattes som en utilsigtet hændelse, hvis medicin, som skulle gives på ét tidspunkt, udskydes til senere, fx fordi borgeren sover. En social- og sundhedsassistent har denne holdning:

"For at det er en utilsigtet hændelse, skal der være en risiko for borgeren. Hvis man fx skyder vanddrivende medicin til om aftenen, så skal borgeren rende på toilettet om natten. Så er der risiko for, at de falder. Man bliver nødt til at tænke over, hvad det er. Er der en risiko forbundet ved det? Eller om det bare er nogle Panodiler. Så er det noget andet."

Teamlederen fra hjemmeplejen har en lignende argumentation:

"Jamen utilsigtede hændelser skal vel tages op, hvis den kan være eller har været til skade for borgeren. Altså, det kan godt være borgeren ikke er blevet dårlig af at have fået to Pinex ekstra, men det kan jo godt være, at det på lang sigt vil føre til noget dårligt, sådan tænker jeg det."

De to citater viser for det første, at flere af de interviewede mener, at en utilsigtet hændelse involverer en risiko for borgeren. For det andet viser citaterne også, at selvom de kan blive enige om et sådan

kriterium, så er det stadig individuelt, hvad der i situationen kan betragtes som risikofyldt. Mens social- og sundhedsassistenten er af den holdning, at to hovedpinetabletter er uden risiko for borgeren, mener teamlederen, at to hovedpinetabletter ekstra på længere sigt kan føre til noget dårligt.

En sygeplejerske udtrykker konsekvensen for borgeren som en måde at afgrænse utilsigtede hændelser på, således at begrebet ikke bliver for bredt:

"Det skal have en konsekvens. For ellers kan alt jo være en utilsigtet hændelse. 80 % af sygeplejen er utilsigtet. Du kommer ud med et formål, og så udvikler situationen sig, og så finder du ud af en anden måde at tackle tingene på."

Hvorvidt en afværget risiko er en utilsigtet hændelse, diskuterer personalet i hjemmeplejen. Fx hvis man glemmer en borger, for derefter at komme i tanke om det og køre ud til denne. En social- og sundhedsassistent mener, at målet jo så er nået, hvorfor det ikke ville tælle som en utilsigtet hændelse. En anden siger: "Det skulle vel registreres som en utilsigtet hændelse, for ellers lærer vi jo ikke noget af det".

4.3.4 *Utilsigtede hændelser som forebyggelse og læringspotentialer*

Når det er svært for plejepersonalet at definere, hvorvidt der er tale om en utilsigtet hændelse eller ej, ender diskussionen ofte ud i en afvejning af, hvorvidt den utilsigtede hændelse har læringspotentialer. Det gælder fx i nedenstående tilfælde, hvor en teamleder overvejer spørgsmålet om, hvorvidt fald skal betragtes som en utilsigtet hændelse:

"Hvis vi for eksempel får et nødkald ind – fru Hansen ligger på gulvet, og hun er faldet i eget hjem, og hun er alene – det betragter jeg ikke som en utilsigtet hændelse, men hvis en borger falder, fordi at det personale, der er derude, ikke ved, at borgeren ikke kan støtte på sine ben, så er det en utilsigtet hændelse, for så er der et dokumentationsbrist et eller andet sted – så det kommer meget an på situationen hele tiden." (sygeplejerskernes teamleder)

Efter lidt tænkepause fortsætter teamlederen:

"Og så sidder jeg og tænker både-og, fordi hvis det nu er, at fru Hansen har 117 løse tæpper, så kunne det være, man skulle ind og se på, om det er optimalt at have så mange løse tæpper, når fru Hansen går så dårligt, som hun gør. Her har vi en vigtig opgave i det forebyggende arbejde."

På samme måde beskriver en social- og sundhedshjælper fra hjemmeplejen en situation, hvor en ældre kvinde ikke vil have, at plejepersonalet smider for gammelt mad ud. Til spørgsmålet om, hvorvidt dette skal betragtes som en utilsigtet hændelse, svarer social- og sundhedshjælperen:

"Jeg kan jo ikke være herre over, om hun spiser noget, som er for gammelt. Det tror jeg ikke, jeg vil tage som en utilsigtet hændelse. Det er det måske. Men jeg tror ikke, at jeg ville gå ind og registrere det. Vi kan jo kun råde og vejlede hende. Men så skal man begynde at vende det om. For jo det kan man måske nok gøre noget ved, men det kræver, at vi har tiden til at give råd og vejledning og hjælpe den enkelte til at forstå. Det har vi ikke."

I begge de ovenstående tilfælde er udgangspunktet for argumentationen, at der ikke er tale om en utilsigtet hændelse, fordi personalet ikke er involveret i hændelsen, men efter lidt overvejelse kommer interviewpersonerne frem til, at man henholdsvis "skulle ind og se på, om det var optimalt" og "det kan man måske godt gøre noget ved". Dvs. at hændelserne efter nærmere overvejelse opfattes som værende forebyggelige, og noget man kan lære af, og at de dermed muligvis bør betragtes som utilsigtede hændelser på trods af, at personalet ikke direkte har ansvaret for hændelsen.

Andre måder at udtrykke dette på lyder: "Det drejer sig om, om vi kan handle på det og undgå det og gøre det bedre." (teamleder, plejecenter), "Jeg synes, det er noget med at have fokus på situationer, hvor vi kan gøre tingene nemmere, så det bliver mere funktionelt." (teamleder, sygeplejerskerne), "En utilsigtet hændelse det må være en, man kan forebygge. Den skal kunne forebygges, også selvom vi ikke lige ved, hvordan man gør det lige nu. Man skal kunne gøre noget ved det." (social- og sundhedsassistent, plejecenter)

Én af teamlederne udtaler, at stort set alle de utilsigtede hændelser, som de oplever, kunne have været undgået. Dette er formodentlig forårsaget af tendensen til, at personalet har rapporteret de hændelser, som de føler, der kan gøres noget ved.

4.4 Opsummering på opfattelsen af utilsigtede hændelser

Undersøgelsen tydeliggør, at utilsigtede hændelser ofte fremstår som et uklart og svært definerbart begreb for såvel plejepersonale som ledere i plejesektoren i Egedal Kommune. Både plejepersonalet og lederne er usikre på forholdet mellem fejl og utilsigtede hændelser, og de har en fornemmelse af, at sidstnævnte blot er et finere ord for fejl.

I udgangspunktet anså såvel personale som ledelse primært utilsigtede hændelser som noget, der opstår i medicinhåndteringen, men gennem interviewene stod det klart, at der opstår mange andre former for utilsigtede hændelser i plejepersonalets hverdag. Ser man nærmere på italesættelsen af utilsigtede hændelser igennem interviewene, træder der flere forskellige forståelser af begrebet frem. Begrebet synes således primært at blive defineret ud fra en eller flere af følgende betingelser:

1. En utilsigtet hændelse er en hændelse, som plejepersonalet er involveret i, årsag til eller som kan siges at være personalets ansvar.
2. En utilsigtet hændelse er en hændelse eller en uregelmæssighed, der afviger fra hverdagen.
3. En utilsigtet hændelse er en hændelse, der skader borgeren eller er til risiko for borgeren.
4. En utilsigtet hændelse er en hændelse, som indeholder et læringspotentiale eller kan forebygges.

Undersøgelsen tydeliggør nødvendigheden af at definere klart, hvad der skal forstås ved utilsigtede hændelser i plejesektoren, idet et landsdækkende system til rapportering af utilsigtede hændelser skal implementeres i 2010.

Derudover spiller pragmatiske årsager som tid og overskud til at rapportere ind på, hvad plejepersonalet mener, skal gælde som en utilsigtet hændelse. Det ligger personalet på sinde, at de i hverdagen bruger meget energi på at yde den bedst mulige pleje, og bestræbelserne på at undgå at lave fejl og utilsigtede hændelser kan ikke adskilles fra hverdagens fokus på at yde en generel god pleje.

5. Forskellige kategorier af utilsigtede hændelser

Beskrivelsen af forskellige kategorier af utilsigtede hændelser hjælper til at tydeliggøre, hvordan, hvor og i hvilke situationer hændelserne optræder i den primære plejesektor. Indsamlingen af empirien har ført til identifikation af forskellige kategorier af utilsigtede hændelser. Vi har medtaget såvel de hændelser, som personalet mener, skal karakteriseres som utilsigtede hændelser samt de hændelser, hvor det er svært at afgøre, hvorvidt der er tale om sådanne. Hermed giver kapitlet et overblik over risiko-områderne inden for plejesektoren uden dog at tage stilling til, hvilke uregelmæssigheder der falder ind under betegnelsen utilsigtede hændelser.

Empirien viser, at utilsigtede hændelser primært finder sted i forbindelse med medicinering, i form af fald samt i overgange mellem forskellige sektorer/institutioner. Herudover peger empirien på en række mindre hændelseskategorier.

5.1 Medicinering

Medicinering af borgerne og håndteringen af medicin er et særligt risikoområde i plejesektoren. Det skyldes, at medicineringen betyder koordinering af mange forskellige arbejdsopgaver og faggrupper. Derudover er flere af sundhedsvæsenets dele involveret, herunder apoteker og praktiserende læger. Området er også forholdsvist stærkt reguleret af såvel formelle som uformelle regler og procedurer. Igennem interviews og observationer i plejesektoren i Egedal Kommune fremstår særlig tre områder indenfor medicinering, som særligt risikobetonede. Det drejer sig om medicindosering, medicinindtagelse samt dokumentation af medicineringen.

5.1.1 Medicinering som definitionen på utilsigtede hændelser

De ansattes umiddelbare opfattelse af utilsigtede hændelser er, at det udelukkende indebærer medicineringsfejl. Dette gør sig gældende i hele plejesektoren. Medicineringsfejl er ifølge de ansatte nemme at forholde sig til og mere målbare end andre typer fejl. En sygeplejerske udtaler:

”Det [medicineringsfejl] er målbart, du kan reelt gå ind og se, om borgeren skal have to eller tre tabletter. Vi kan også svinge i en sårpleje, men det er lidt mere legalt, om vi vælger at bruge det ene eller det andet præparat. Det er ikke det samme, om man vælger at tage to eller tre tabletter.”

Desuden fokuserer de ansatte på, at medicineringsfejl kan have nogle meget alvorlige eller endog fatale konsekvenser, hvorfor det virker naturligt at have fokus på denne dimension. Til et spørgsmål om, hvorfor de umiddelbart har nemmest ved at opfatte medicineringsfejl som en utilsigtet hændelse, fremkom følgende dialog:

Social- og sundhedsassistent 1: ”Det har været oppe i pressen. Det kan jo ende med dødsfald. Det er måske hele proceduren omkring medicin, som gør, at vi er så obs. lige på det.”

Social- og sundhedshjælper 1: ”Der er jo også lavet en medicinhandling, og det skal vi bare gå ud fra, så der er jo ikke så meget at spille om, for vi kan jo ikke selv vælge. Det er mere håndgribeligt. Det her passer ikke, så ringer jeg til assistenten, og så må hun sige, om det er en fejl eller ikke er en fejl.”

Dialogen illustrerer, at de ansatte både fokuserer på alvoren i medicineringsfejl, bevågenheden i befolkningen og det faglige fokus. Desuden er hændelserne i forbindelse med medicinering mere målbare

re og mere håndgribelige for personalet, fordi der findes en lang række procedurer for deres handlinger. Der er altså allerede et system til at afgøre, hvad der falder udenfor normal procedure, hvilket gør, at personalet i det specifikke tilfælde ikke selv skal afgøre, hvorvidt noget skal opfattes som en utilsigtet hændelse.

Desuden kan opfattelsen af, at det primært er medicineringsfejl der skal opfattes som utilsigtede hændelser også skyldes, at der primært har været fokus på denne hændelseskategori i Egedal kommune. Såfremt rapporteringssystemet i forbindelse med den nye lovgivning bliver en mere integreret del af de ansattes hverdag, kan man håbe på, at der vil opstå et yderligere fokus på andre hændelseskategorier.

5.1.2 Medicindosering

Doseringen foretages altid af enten sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter og indebærer, at borgerens forskellige præparater doseres i doseringsæsker med rum til henholdsvis morgenen, middagens, aftenens og nattens medicin. På plejehjemmene i Egedal doseres der til en uge ad gangen, mens der i hjemmeplejen doseres til 14 dage ad gangen. Ofte modtager borgerne mange forskellige præparater, hvor nogle fx skal gives morgen, nogle om aftenen, nogle tre gange om dagen, nogle kun om tirsdagen, nogle inden maden osv.

Udover kompleksiteten ved selve doseringen, kan der også ligge et udredningsarbejde i forhold til at finde ud af, hvorvidt den medicin, som er modtaget fra apoteket, stemmer overens med det, der står på borgerens medicinskema. Nogle gange er apoteket løbet tør for fx 10 mg tabletter og vedlægger i stedet 5 mg tabletter. Det betyder, at det antal tabletter, der skal doseres, ikke kommer til at passe med det, der står på medicinskemaet, og personalet må tjekke ekstra grundigt, inden medicinen gives til borgeren. I en af observationerne er vi ude for, at sygeplejersken ikke kan få en kollegas dosering til at stemme, fordi der ligger 12 tabletter i morgen-rummet, hvor der ifølge medicineringskemaet kun skal ligge 11. Efter lidt detektivarbejde finder sygeplejersken ud af, at et af præparaterne er givet i 2x5 mg frem for 1x10 mg.

En anden problemstilling i forhold til levering af medicin er, at der i nogle tilfælde leveres præparater med et andet produkt navn end det, der står på medicinskemaet, men med samme indholdsstof. På borgerens medicinskema står indholdsstoffet i parentes, men ikke altid. I en af observationerne er Pamol byttet ud med Pinex. Dette er et af de mere almindelige produkter, men samme problemstilling kan gøre sig gældende med mindre kendte indholdsstoffer, hvilket kan stille relativt store krav til social- og sundhedsassistenterne samt sygeplejerskerne.

Desuden kan der være en række praktiske problemstillinger omhandlende doseringsprocessen. En risikofaktor omhandler her størrelserne på doseringsæskerne, der til tider er tæt på at være for små eller er for små. Det betyder, at de kan være svære at lukke, eller at der må bruges to æsker for en dag. Desuden bliver det i observationerne bemærket, at der ofte er meget lidt plads at dosere på. Således måtte personalet bl.a. tage borgerens håndvask i brug som afsætningsplads på et plejecenter, fordi pladsen var så trang.

Det har også betydning for risikoen for utilsigtede hændelser, hvordan oplysninger om medicinen er skrevet. En social- og sundhedsassistent fortæller, at hvis de skriver på medicinskemaet, at et præparat skal gives hver 2. dag i det samme skema, som indeholder oplysninger om, hvor mange tabletter af hvert præparat der skal gives, så er der risiko for, at hver 2. dag kan blive tolket som 2 tabletter. Derfor skriver de nu disse oplysninger et andet sted.

En særlig problemstilling omhandler overgange fra hospital til plejesektor, hvor den efterfølgende medicindosering ofte er særlig kompliceret, fordi borgeren har ny medicin med fra hospitalet og ubrugt medicin hjemme. Denne problemstilling vil blive særskilt behandlet i afsnit 5.2.

Den komplicerede doseringsproces med de mange indbyggede risikofaktorer fører ifølge plejepersonalet jævnligt til uregelmæssigheder. I fokusgrupperne med de ansatte, bliver der alle steder givet eksempler på, at der i vid udstrækning forekommer doseringsfejl. En social- og sundhedshjælper udtaler:

"Ofte kommer vi ud for, at så mangler der en pille der, eller så mangler der en pille der, eller så stemmer det ikke overens med medicinskemaet. Der er jo hele tiden nogle småting."

Der findes imidlertid en række procedurer, som skal sikre, at disse uregelmæssigheder opdages, inden medicinen gives videre til borgeren. En af disse omhandler, at de, som udleverer medicinen, altid tæller efter. Hvis en social- og sundhedshjælper udleverer medicin og opdager uoverensstemmelser, skal de kontakte en social- og sundhedsassistent. I hjemmeplejen er det dog en vurderingssag, om social- og sundhedsassistenten kører derud. En social- og sundhedsassistent forklarer, at hun i nogle tilfælde kan tage den over telefonen:

"Jeg spørger altid 'Hvem har doseret – kig lige på skemaet'. Jeg synes bare, det sker ofte, og jeg bliver bare sådan lidt ... jamen tæl dog efter. Jeg synes, jeg bliver ringet en del op, faktisk hver dag efterhånden. Og så er det altid en vurderingssag for mit vedkommende, hvor jeg spørger, kan du se, hvad det er for en, for hvis det er et sted, hvor de kommer fast – nu blev jeg lige ringet op den anden dag, hvor der lå en Panodil der og tre der, og sådan skal det jo ikke være. Og de fleste ved jo godt hvordan Pinex og Pamol ser ud, så jeg sagde 'du må godt lige tage en fra der, hvor der er tre og lægge den over, hvor der kun er en', så jeg var fri for at køre derud."

Af de to hjemmeplejeteams, som deltager i undersøgelsen, er det imidlertid kun i det ene, at de ofte oplever, at der er doseret forkert. Der er en generelt enighed om, at de mange opkald til social- og sundhedsassistenterne er en positiv ting, eftersom det betyder, at social- og sundhedshjælperne er gode til at kontrollere medicinen.

Et andet eksempel, som nævnes i fokusgruppen med hjemmeplejen vedrørende doseringsprocessen, omhandler en social- og sundhedsassistent, der ved en fejl er kommet til at trykke et præparat ud af indpakningen, som skulle være blevet i indpakningen, fordi det skal gives fastende, og det er derfor nødvendigt, at plejepersonalet kan se, hvilken tablet der er tale om. Her må en kollega finde ud af, hvordan præparatet ser ud og derefter tage tabletterne fra og lægge dem for sig. En lignende situation er tæt på at ske ved et af observationsstudierne, hvor en social- og sundhedsassistent under doseringsprocessen er lige ved at trykke en tablet ud af indpakningen, da hun kommer i tanke om, at den skal blive i pakningen, da den skal opløses under tungen og ikke sluges.

På plejecentrene kan det også være nødvendigt for social- og sundhedsassistenterne at 'rydde op' i eventuelle uregelmæssigheder. I en af observationerne var der af uvisse årsager ikke blevet doseret til natten i den foregående dags doseringsæske. Det betød, at aftenvagterne havde taget tabletterne for den pågældende aften. Social- og sundhedsassistenten 'rydder op' ved at fylde tabletter op til den aften der mangler.

5.1.3 Medicinindtagelse

I forbindelse med at medicinen skal gives til borgeren, kan der også opstå risiko for utilsigtede hændelser. Der er således eksempler på, at borgerne får medicinen på det forkerte tidspunkt, i en forkert

mængde eller i enkelte tilfælde forkert medicin. Desuden kan der være risiko for, at fx demente borgere selv tager deres medicin.

Plejepersonalet giver eksempler på, at borgeren får medicinen på det forkerte tidspunkt. Det kan fx ske, hvis borgerne sover, når de skulle have haft medicinen, og personalet derfor bevidst vælger at vente. Andre gange skydes medicinen af andre årsager. I en fokusgruppe fortæller plejepersonalet om en situation fra dagen før, hvor en borger var blevet for dårlig til at sluge sine tabletter, hvorfor de skulle knuses. Der opstod dog usikkerhed om, hvilke af tabletterne de måtte knuse, og eftersom den eneste social- og sundhedsassistent, som var på arbejde, var gået med en urolig borger, endte det med, at borgeren først fik sin morgenmedicin kl. 13.30.

Det sker også, at borgeren modtager en forkert mængde medicin. Et eksempel omhandler en social- og sundhedsassistent, som skulle give insulin mange steder. Hun gav ved en fejl alle borgere den samme dosis, selvom den ene borger skulle have haft lidt mindre end de andre. Desuden nævner en social- og sundhedsassistent en episode, hvor en borger har tre smerteplastre på, men kun skulle have haft to. En kollega havde glemt at tage det ene plaster af. Da social- og sundhedsassistenten opdager det, tager hun alle plastrene af og sætter to nye på. De er ekstra opmærksomme på borgeren resten af dagen, men hun har det fint. Desuden går social- og sundhedsassistenten til sin kollega – og de går sammen til deres leder og taler om hændelsen.

Hvordan ovenstående hændelse med lethed kan forekomme bliver tydeligt på et af observationsstudierne, hvor en ældre dement borger skal have skiftet et plaster. Da sygeplejersken skal skifte det, sidder det ikke, hvor det plejer på borgerens skulder, og borgeren mener, at han må have tabt det. For en sikkerheds skyld beder sygeplejersken borgeren om at tage trøjen af, og hun finder da plasteret siddende på ryggen. Det er efter al sandsynlighed borgerens kone, som har sat det der. Plasteret tages af, og et nyt sættes på.

Der nævnes desuden sjældne tilfælde, hvor en borger har fået en anden borgers medicin. På plejecentret kommer de med et eksempel, hvor en beboer har fået en anden beboers medicin, fordi de hed det samme. Et plejepersonale, der ikke var vant til at færdes der, var ikke opmærksom på, at der var to beboere med samme navn.

Ud over de nævnte uregelmæssigheder kan der også opstå situationer, hvor borgere selv tager deres medicin. Et eksempel omhandler en dement borger i hjemmeplejen, som selv tog sin medicin, da den blev leveret til hjemmet fra indkøbsordningen. En social- og sundhedsassistent forklarer: "Så tænker hun, der står på den her seddel, at jeg skal tage to piller, det gør jeg lige. Det husker hun ikke, så efter en time tænker hun igen: Nej, jeg har ikke taget de to hovedpinespiller".

Det kan, i de tilfælde hvor borgerne selv tager medicin, være svært at vurdere, hvad og hvor meget de har taget. I et tilfælde fortæller en ansat, at hun havde fat i både læge og giftlinje for at få vejledning i, hvad hun skulle foretage sig. Borgeren kom her under tæt observation resten af dagen. En teamleder beretter om en lignende situation, som ender med, at en borger indlægges til observation for overdosis.

5.1.4 Uoverensstemmelser i dokumentationen

I forbindelse med medicin håndteringen findes der en række procedurer, som omhandler dokumentation. Det drejer sig fx om, at de, som giver medicin, altid skal signere, når borgeren har fået sin medicin – det gælder både i forhold til tabletter, insulin og smerteplastre. Hvis der ikke er signeret for medicinen, kan der opstå tvivl om, hvorvidt medicinen er givet, eller om personalet har glemt at signere. På et af observationsstudierne opstod en sådan situation, hvor en social- og sundhedsassistent bemærker, at der ikke er blevet signeret for insulinen dagen før. Social- og sundhedsassistenten finder

en social- og sundhedshjælper, som heller ikke ved, hvorvidt der er tale om en dokumentationsfejl, eller hvorvidt borgeren ikke har fået sin insulin. Personalet bliver enig om, at borgeren har fået gårsdagens insulin uden dog at vide dette med sikkerhed. Efterfølgende signeres der på skemaet, og der vil ikke igen opstå tvivl, om insulinen er givet denne dag, men der kan i realiteten være sket en utilsigtet hændelse.

I forbindelse med at tabletterne bliver givet, skriver plejepersonalet, hvor mange tabletter der er givet. Plejepersonalet nævner i et tilfælde, at der ved en borger er blevet signeret for fem tabletter i en periode, selvom borgeren kun fik 4,5 tablet. Hvis dette var blevet opdaget af et plejepersonale, der ikke vidste, hvad den rigtige dosis var, ville plejepersonalet kontakte en social- og sundhedsassistent og give fem tabletter. Et andet eksempel omhandler en borger, som over en længere periode har modtaget en forkert mængde antabus. Dette skyldes, at der på et tidspunkt er opstået en uoverensstemmelse mellem lægens anvisning og den bestilte medicin, og denne fejl bliver reproduceret i en periode på flere måneder.

I observationsstudierne er vi desuden ude for små uregelmæssigheder angående dokumentation i medicineringsprocessen, fx i form af en manglende opdatering af en borgers medicinskema.

5.2 Samarbejde og sektorovergange

Personalet i både hjemmeplejen, plejecentrene og sygeplejen nævner samarbejdet med andre dele af sundhedssektoren som en årsag til utilsigtede hændelser.

Der er flere dimensioner af samarbejdet, der ifølge plejepersonalet og lederne kan føre til utilsigtede hændelser. Særligt udskrivelser fra hospitalet nævnes som en situation, der ofte fører til utilsigtede hændelser. Men også i forbindelse med kontakten til de praktiserende læger, giver en social- og sundhedsassistent udtryk for, at det er frustrerende, at de skal ringe til lægerne på samme linje som alle andre, og dermed skal bruge meget ventetid. Dette kan føre til, at nogle relevante opkald til lægen ikke bliver foretaget, fordi der ikke er tid til at vente. Desuden nævnes forkerte leveringer af medicin fra apotekerne som et jævnlige problem. Herudover oplever personalet jævnlige, at de må rykke gentagne gange for blodprøvesvar fra borgernes egne læger.

Det er ikke altid, at uregelmæssigheder i forbindelse med samarbejde opfattes som utilsigtede hændelser af de ansatte i plejesektoren. Det skyldes primært, at hændelserne ofte først opfattes som utilsigtede, hvis plejepersonalet er ansvarlig for hændelsen, og/eller der er mulighed for læring. Hvis personalet finder, at hændelsen er hospitalets, lægens eller apotekets ansvar, ser de den ikke som en utilsigtet hændelse, hvilket de begrundes med, at en sådan hændelse ikke skaber læring internt. Sygeplejerskerne diskuterer imidlertid, at rapportering af utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergangene kunne bruges til noget nyttigt, hvis det fx kan identificeres, at det ofte er en bestemt hospitalsafdeling, der er problemer med, hvorefter man kunne kontakte denne afdeling.

I forbindelse med overgangen mellem plejesektoren og hospitalssektoren synes særlig to problemstillinger at indebære risiko for utilsigtede hændelser. Den ene omhandler kommunikationen omkring indlæggelser og udskrivelser, mens den anden omhandler medicinering i forbindelse med overgange.

5.2.1 Kommunikation i overgangene

I forbindelse med såvel indlæggelse som udskrivning findes der en række procedurer, som omhandler kommunikationen mellem sundhedsvæsenets forskellige dele i forhold til, om borgeren er indlagt eller udskrevet. Dette har særlig betydning for hjemmepleje og hjemmesygepleje, fordi det er her, det er væsentligt for plejepersonalet at vide, om borgeren er hjemme og skal modtage plejeydelser.

Lederen for hjemmeplejen forklarer, at der er indført et elektronisk system, der skal sikre, at hjemmeplejen får besked om indlæggelser og udskrivelser fra hospitalet. Dette er en del af projektet Med-Com, der skal afprøve og udvikle elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren. Informationerne omkring indlæggelser og udskrivelser mellem kommune og hospital skal fx forebygge, at borgere bliver glemt i hjemmet efter udskrivelser fra hospitalet. Det har dog den ulempe, at hvis borgeren bliver udskrevet uden for normal arbejdstid for visitationen, så er det op til sygeplejen at aktivere journalen, og der kan det gå galt, så det først opdages dagen efter. Det kan give problemer i forhold til, at borgeren er længe i eget hjem uden at blive tilset af plejepersonalet.

Det sker også, at beskederne (advis) aldrig bliver skrevet, eller at det elektroniske system af en eller anden årsag ikke fungerer. I fokusgruppen med hjemmeplejen nævnes to eksempler på dette. Et eksempel omhandler, at plejepersonalet modtager et nødkald fra en borger, som de troede var indlagt. Borgeren havde været hjemme i flere måneder, men det viser sig heldigvis, at hun blot skulle have rengøring hver 14. dag. I et andet eksempel havde plejepersonalet heller ikke modtaget besked om udskrivelsen af en borger, som var meget dårlig og kom hjem for at dø. Heldigvis kontaktede Falck-personalet hjemmeplejen.

En anden problemstilling, som bliver nævnt flere gange i løbet af interviewene, omhandler, at hospitalet i forbindelse med udskrivelser skal meddele, hvilke form for pleje borgeren har brug for. Her er det personalets oplevelse, at hospitalet ofte skriver 'hjem til vanlig hjælp', selvom det er plejepersonalets vurdering, at borgerne er blevet dårligere, end de var før indlæggelsen. En social- og sundhedsassistent udtaler:

"Det der med at skrive forkert, det kan jo få voldsomme konsekvenser for borgeren. Hvis der står, at de skal hjem til vanlig hjælp, og borgeren måske kun fik hjælp om aftenen. Og så skulle de i virkeligheden have fuld pleje hele dagen."

I en af fokusgrupperne er der enighed om, at den beskrevne problemstilling er et særlig stort problem i eller op til weekenderne. Hospitalerne kan ikke udskrive patienter til nye krævende plejeopgaver op til weekenderne, hvorfor de ifølge plejepersonalet nogle gange udskriver plejkrævende borgere til vanlig hjælp i stedet for at vente med at udskrive dem. Det kan herefter være vanskeligt for plejepersonalet at få ændret hjælpen i løbet af weekenden.

5.2.2 Medicinering i overgangene

Overgangene involverer desuden risici i forhold til medicinering. Når borgerne bliver udskrevet fra hospitalet, er der ifølge plejepersonalet ofte fejl i medicinskemaet. Disse fejl fører jævnligt til, at plejepersonalet kontakter hospitalet eller borgerens egen læge for at få fastlagt den korrekte medicinering. Dette problem kommer ifølge plejepersonalet sjældent til at berøre borgeren, men det kan medføre en øget risiko for, at plejepersonalet ikke får rettet medicineringen, og borgeren alligevel i sidste ende får den forkerte medicin eller den forkerte dosis.

Eksempler på medicin efter indlæggelse

Igennem observationsstudierne oplever vi flere gange, at der er problemstillinger i forbindelse med borgers udskrivelse fra hospitalet. Det ene tilfælde omhandler en borger, som er kommet hjem fra hospitalet, hvor hun var indlagt med en lungebetændelse. Med sig fra hospitalet har hun en række præparater samt et nyt medicinskema, som erstatter det, hun havde med sig på hospitalet. Da en social- og sundhedsassistent gennemgår de medsendte præparater samt sammenligner det nye og det gamle medicinskema finder hun, at borgeren har fået to nye præparater (så hun nu er oppe på 14 præparater), hvoraf det ene er øjendråber. Eftersom borgeren allerede får en anden type øjendråber, bliver social- og sundhedsassistenten i tvivl om, hvorvidt de nye øjendråber skal erstatte eller supplere de gamle. Begge øjendråber står på listen fra hospitalet, men de gamle dråber fik borgeren med på hospitalet, mens hun kun fik de nye med hjem. Desuden har indlæggelsen med lungebetændelse jo ikke umiddelbart noget med øjnene at gøre. Social- og sundhedsassistenten vælger derfor for en sikkerheds skyld at ringe til en sygeplejerske for at sikre sig, at borgeren skal have begge dråber. De bliver enige om, at hun skal have begge dråber. Herefter skriver social- og sundhedsassistenten en opdateret medicinliste til borgeren samt et nyt signeringsskema til de nye øjendråber. Alt i alt tager det omkring 40 minutter for social- og sundhedsassistenten at få skabt orden på borgerens medicin efter indlæggelsen.

Det andet tilfælde omhandler en borger, som har været indlagt en uge for en blodprop. Her er der igen en række mindre usikkerheder omkring medicinskemaet, som borgeren har med fra hospitalet. Et præparat står på medicinskemaet som stikpille, men hospitalet har givet borgeren præparatet med i tabletform. Et andet præparat på skemaet kender social- og sundhedsassistenten ikke, og der står ikke indholdsstof på. Dog kommer hun via udelukkelsesmetoden frem til, hvilket stof der er tale om: "Der står 5 mg begge steder, og der står 'for blodtrykket' begge steder, så jeg er stensikker på, at det er det. Men der står ikke indholdsstof på."

Begge steder er der således ikke tale om, at der er lavet egentlige fejl fra hospitalets side, men der opstår alligevel usikkerhed for plejepersonalets vedkommende i forhold til, hvordan medicinskemaerne skal forstås.

Ud over usikkerheden i forbindelse med medicinskemaerne kan der opstå risiko for utilsigtede hændelser i forbindelse med doseringsprocessen efter en indlæggelse. Borgerne får oftest medicin med fra hospitalet til de næste par dage. For det meste er denne medicin doseret i engangsdoseringsæsker. Det giver imidlertid det problem, at plejepersonalet ikke har mulighed for at tjekke, hvilken medicin der er i doseringsæskerne. I sygeplejegruppen diskuteres denne problemstilling, og der er enighed om, at hvis doseringerne stemmer med medicinskemaet, er det ok at bruge hospitalets medicin, men når doseringerne ikke stemmer, er plejepersonalet nødsaget til at smide tabletterne ud.

Et andet usikkerhedsmoment er den doserede medicin i borgerens bolig, som ikke er blevet brugt de dage, hvor borgeren har været på hospitalet. I observationerne var der eksempler på, at de ubrugte doseringsæsker blev brugt til den følgende uges medicin, og at indholdet blev brugt til kontrol. Dette er umiddelbart både tids- og ressourcebesparende, men doseringsprocessen er i den forbindelse ekstra risikofyldt og kompliceret, hvis der er ændringer i medicineringen efter udskrivningen fra hospitalet.

Dosering efter indlæggelse

En social- og sundhedsassistent skal dosere efter en indlæggelse. Det er besværligt af en række grunde. For det første er der sidste uges medicin, som ikke er brugt, fordi borgeren har været indlagt. For det andet har hospitalet vedlagt allerede doseret medicin til de følgende tre dage efter indlæggelsen. Og for det tredje er der det nye medicinskema med rettelserne i forhold til det tidligere medicinskema. Social- og sundhedsassistenten kommenterer situationen: 'Jeg er lidt bims i hovedet nu. Og det er faktisk nu, jeg virkelig skal tænke'. Assistenten starter med at rette den ubrugte medicin fra indlæggelsesperioden til, således at den kan bruges som næste uges medicin. Fx skal en tablet flyttes fra aften til nat, og der skal doseres penicillin. Derefter overflytter hun doseringerne fra hospitalet, som befinder sig i engangsdoseringsæsker, til borgerens doseringsæsker. 'Det er godt, at jeg ved, hvordan alle pillerne ser ud, for ellers havde forvirringen været total', fortæller hun. Der hvor hun alligevel er i tvivl, tjekker hun tablettens udseende i borgerens pilleglas og -æsker. De tabletter hun ikke genkender, smider hun ud.

5.3 Fald

Som det fremgår af litteraturstudiet er fald hyppige blandt ældre plejecenterbeboere og modtagere af hjemmehjælp. Derfor var vores hypotese, at fald er en ofte forekommende type utilsigtet hændelse i den primære plejesektor. Ansatte og ledere i vores empiri opfatter dog ikke umiddelbart fald som en utilsigtet hændelse. I afsnittet om definition af utilsigtede hændelser, bliver det klart, at fald er en hændelseskategori, der er vanskelig for personalet at opfatte som en utilsigtet hændelse, både fordi borgerne ofte falder, men også fordi personalet ofte ikke er direkte involveret. Der blev i interviewene eller fokusgrupperne næsten ikke givet eksempler på fald som utilsigtet hændelse. Der var dog rapporteret en del fald som utilsigtede hændelser i Egedal Kommune (se afsnit 8.1). I forbindelse med snak om rapportering siger teamlederen noget interessant i forhold til, hvorfor fald ikke opfattes som en utilsigtet hændelse:

"I starten registrerede vi fx også fald, hvis beboerne faldt. Det er der så blevet ændret i, det gør vi ikke mere. Selvfølgelig hvis det er i forhold til en liftsituation, eller i en situation hvor det er en medarbejder, der går med borgeren, men hvis borgeren bare helt af sig selv er faldet inde et sted, hvor vi ikke er til stede, så registrerer vi det ikke mere."

Interviewer: "Og hvad er årsagen til det?"

"Ja fordi man ikke mente, at det var utilsigtet, det er jo, hvad der kan ske, og der er jo nogle, der falder ret hyppigt, og det er der jo ikke noget at gøre ved ... Så det var sådan lidt at skulle registrere det samme og det samme og det samme, når der ikke ligesom var et løsningsforslag."

Interviewer: "Vendte hun [repræsentanten fra kommunen] tilbage til jer, når hun havde fået en masse utilsigtede hændelser på fald, hvor I ikke havde været til stede?"

"Jeg tror faktisk, at det var hende, der reviderede de retningslinjer, og det blev den så, men sikkert i samarbejde og sige der er simpelthen så mange af dem her."

Denne udmelding fra kommunens side kan være en forklaring på, hvorfor fald ikke italesættes som utilsigtet hændelse i Egedal Kommune. Det er dog også klart, at spørgsmålet om, hvorvidt fald skal betragtes som en utilsigtet hændelse, er langt mere kompliceret i plejesektoren end fx i hospitalssektoren. Her sker faldet på hospitalet under patientens behandling og kan derfor lettere betragtes som en utilsigtet hændelse, som har med sundhedsvæsenet at gøre. Hvis en borger, der modtager hjemmehjælp, falder, når han/hun fx er i gang med sine almindelige gøremål i sit eget hjem, er det vanske-

ligt at relatere denne hændelse til plejepersonalets ydelser. Eksempelvis er det vanskeligt at argumentere for, at plejepersonalet skal opfatte et fald som en utilsigtet hændelse, hvis den pågældende kun modtager hjemmepleje én gang om ugen.

Vi har dog valgt at inkludere fald, da litteraturen på området har tradition for at inkludere fald som utilsigtet hændelse.

5.4 Tryksår og sårpleje

Når ældre borgere, som ofte har dårligt blodomløb, sidder eller ligger meget, opstår der naturligt risiko for tryksår. Plejepersonalet har i den forbindelse mange procedurer og rutiner, som de følger for at undgå dette. Det drejer sig fx om at lave skemaer for, hvornår borgere, som ligger meget ned, skal vendes, at der skal smøres med creme, at der skal lægges puder de rigtige steder osv. Personalet er dog enigt om, at der ikke skal meget til, for at et tryksår alligevel opstår. En social- og sundhedshjælper udtaler: "Det kan jo komme lynhurtigt. Ligger der fx en lille sten i sengen så kan det være nok til, at det kan udvikle sig lynhurtigt. Det kommer også an på folks ernæringstilstand." En anden fortæller, at der ofte ikke skal meget andet end en fold i bukserne til, for at der opstår et sår.

Tryksår var på forhånd anset som en mulig utilsigtet hændelse. Det var dog kun i sygeplejerskegruppen, at tryksår spontant blev nævnt som en utilsigtet hændelse af én af de ansatte. Hun fortæller, at hun har været ude for, at tryksårs-madrasser, som er særlige luftmadrasser til nedsættelse af tryksårsrisici, ikke har været pumpet ordentligt op – med tryksår som resultat.

Det øvrige plejepersonale betragtede ikke umiddelbart tryksår som en utilsigtet hændelse, men blev alligevel i tvivl. Dette er illustreret ved følgende citat fra en social- og sundhedshjælper:

"Det [tryksår] er jo ikke en utilsigtet hændelse. Utilsigtet hændelse det er jo noget, hvor det ikke sker med vilje. Vi kan gøre vores til, at der ikke sker utilsigtede hændelser. Vi bruger jo vores øjne og ører. Det gør vi jo dagligt. Vi ved jo, hvad vi skal kigge efter og give dem noget ekstra fed creme, hvis de har tør hud, og på den måde forebygger man hele tiden, ikke."

Citatet ovenfor illustrerer, at plejepersonalet mener, at de gør alt, hvad de kan for at forebygge tryksår, og derfor er det ikke en utilsigtet hændelse, når de opstår. Senere i dialogen konkluderer en anden social- og sundhedshjælper dog, at tryksår måske nok er noget, der langt hen ad vejen kan forebygges, og som bør opfattes som en utilsigtet hændelse, selvom de ikke gør det i øjeblikket.

Såfremt et sår opstår, findes der en række procedurer for, hvordan personalet skal pleje såret, så det heler hurtigst muligt. Denne proces indebærer også risiko for utilsigtede hændelser, og i hjemmesygeplejen taler de om, at det bør blive betragtet som en utilsigtet hændelse, hvis en sårplejeplan ikke bliver fulgt, eller hvis der ikke er lavet en sårplejeplan. Dette kan betragtes som et eksempel på, at når personalet diskuterer indbyrdes, så bliver det tydeligere for dem, hvad begrebet utilsigtede hændelser kan omfatte.

5.5 Hjælpemidler

I hverdagen i plejesektoren bliver der benyttet en del hjælpemidler, som har til opgave at lette og sikre borgernes eller plejepersonalets hverdag. Eksempler på dette er lifte, nødkald og kørestole samt en del udstyr, som er en del af borgernes behandling som fx sprøjter, kateter og sonde. I såvel observationsstudier som interviews kommer der eksempler på, at disse forskellige redskaber i visse tilfælde kan være årsag til utilsigtede hændelser.

I forbindelse med lifte nævner plejepersonalet et tilfælde, hvor en loftskinne til en loftlift var faldet ud af væggen, og et andet hvor en gulvlift tippede. Borgerne kom ikke til skade ved nogen af disse tilfælde. Desuden bemærker personalet, at der er risiko for, at man kommer til at bruge et forkert sejl til liften, hvilket kan resultere i tryksår eller brandsår.

Til tider går der noget tid, før alle de rette hjælpemidler er kommet hjem til en ny borger i hjemmeplejen eller på plejecentrene. En social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen bemærker, at der fx kan være risiko forbundet ved at vente på en loftlift:

“Der er mange steder, hvor vi skal starte med at bruge en almindelig gulvlift, og så skal vi ligge og køre på gulvtæpper og alt muligt, fordi der ikke har været nogen ude at se, hvordan forholdene er. Og der kan altså både ske borger og hjælper eller assistent noget.”

Et andet hjælpemiddel, som skaber risiko for utilsigtede hændelser, er nødkaldet. På en af observationerne fortæller en borger, at hun er faldet ugen før, men at hendes nødkald, som hun har siddende om halsen, ikke virkede. Dette skyldtes formentligt et batteri, der ikke virkede. Der skete ikke noget med borgeren, idet hun fik hjælp, da hjemmeplejen kort tid efter dukkede op til sit sædvanlige besøg.

På plejecentrene benytter nogle af borgerne ofte nødkaldene som en måde at komme i kontakt med personalet på frem for ved egentlige nødsituationer. Ved borgerinterviewet med en plejecenterboer udtrykker borgeren bekymring for, at der ofte går lang tid, før plejepersonalet kommer, hvis nødkaldet benyttes. ‘Ofte er det jo ikke så vigtigt, men jeg er nervøs for, at hvis jeg en dag er virkelig dårlig, går der lang tid, før der kommer nogen’. Borgeren udtrykker altså bekymring for, at hvis han en dag er faldet, får et ildebefindende eller lignende, vil personalet betragte nødkaldet som noget sædvanligt, og der er risiko for, at der kan gå lang tid, inden de reagerer.

Et andet hjælpemiddel, som afhængigt af omstændighederne kan skabe risiko for utilsigtede hændelser, er kørestole. I et borgerinterview med en hjemmeplejemodtager beskriver borgeren, hvordan sædet på hendes kørestol to gange ikke er blevet sat rigtigt på, hvilket har bevirket, at hun er faldet af stolen, efter plejepersonalet var gået. Hun har herefter været i stand til at kravle ind til sin telefon for at ringe efter hjælp.

Desuden nævner plejepersonalet et drejetårn, som er et hjælpemiddel, der drejer borgere stående i forbindelse med forflytning. Der er enighed om, at denne proces indebærer stor faldrisiko, og plejepersonalet fortæller, at de ikke altid føler sig sikre ved brug af dette.

Igennem observationsstudierne bliver det desuden tydeligt, at der jævnligt opstår problemer eller uregelmæssigheder, som omhandler det udstyr, som benyttes i forbindelse med borgerens behandling. Eksempelvis opstår der i et af observationsstudierne usikkerhed blandt personalet omkring en ny sonde, som ikke fungerer på samme måde som den tidligere sonde, borgeren havde. Noget af sondens indhold er løbet ud, fordi personalet har svært ved at indstille den.

Et andet eksempel stammer fra hjemmesygeplejen, hvor en kateterslange har snoet sig på en borger, hvilket har bevirket, at urinen ikke har kunnet løbe frit.

5.6 Glemte borgere

I hjemmeplejen er der risiko for, at borgerne bliver glemt og derfor ikke får deres hjemmepleje. Lederen nævner et tilfælde, hvor en borger, der har Parkinson, ikke havde fået sit formiddagsbesøg og dermed ikke sin medicin. I fokusgruppen med hjemmeplejen kommer der ligeledes et eksempel på, at et plejepersonale havde glemt den sidste borger på dagen. Dette skete, fordi vedkommende havde glemt at opdatere sin lommecomputer, PDA, efter frokostmødet. Borgeren skulle bare have en kop kaffe, men de ansatte synes alligevel, at det skulle betragtes som en utilsigtet hændelse, fordi det

kunne have været vigtigere pleje, borgeren skulle have modtaget. Plejepersonalet mener, at en sådan hændelse er en utilsigtet hændelse, fordi den kunne have været undgået.

5.7 Borgere der vandrer

På plejecentret omtaler både teamleder og personale problemer omkring demente borgere, der går væk fra centret, uden personalet ved noget om det. Plejepersonalet har flere eksempler på borgere, der vandrer, og de fortæller, at de i perioder bruger mange ressourcer på at forhindre dette. En situation omhandler en borger, som var gået om natten, hvilket de først fandt ud af, da en borger fra byen ringede og fortalte, at han havde set ham.

De forebygger dette på forskellige måder eksempelvis ved at sætte æggebægre på dørene, som falder ned og larmer, hvis borgeren åbner døren. Personalet diskuterer i den forbindelse, hvorvidt dette er magtanvendelse, som de i realiteten bør søge om magtanvendelse til. I et andet tilfælde har de fået tilladelse til magtanvendelse til en af beboerne på plejecentret, og vedkommende er nu udstyret med en elektronisk alarm, der bipper, hvis han bevæger sig ud fra området.

Det kan være vanskeligt at vurdere, om situationer med borgere, der går, skal opfattes som utilsigtede hændelser. Både teamleder og plejepersonale henviser til, at nogle borgere ofte går fra plejecentret og måske kun i kortere tid. Der synes enighed om, at såfremt der sker borgeren noget, skal det med sikkerhed opfattes som en utilsigtet hændelse.

5.8 Andre hændelser

I løbet af interviewet med plejepersonale og leder på et af plejecentrene beskrives en række andre hændelser, som opleves som utilsigtede. De er alle relateret til, at demente borgere indtager genstande, der ikke er spiselige. Et eksempel omhandler en borger, der på et tidspunkt drak blomstervand, fordi han troede det var vand. Et andet omhandler en borger, som har spist bankobrikker, fordi han troede at de var spiselige. Et tredje eksempel omhandler en borger, som havde spist noget af en juledekoration og efterfølgende ikke kunne få vejret.

Plejepersonalet og særligt den ene leder betegner hændelser i forbindelse de ansattes sikkerhed som utilsigtede hændelser. I flere tilfælde gives der eksempler på en situation, hvor de ansatte bliver udsat for en hændelse, der ikke er hensigtsmæssig. Eksempelvis nævner en ansat en skade, hvor en kollega bliver stukket med en nål, som en utilsigtet hændelse. De diskuterer efterfølgende, om det ikke nærmere er en APV (arbejdspladsvurdering), der skal laves. I forhold til sundhedslovens definition af utilsigtede hændelser falder denne type hændelser ikke ind under begrebet.

På samme måde kommer nogle ansatte med eksempler på, at magtanvendelse overfor beboerne eventuelt kan opfattes som en form for utilsigtet hændelse. Der gives fx et eksempel, hvor en beboer ikke ville have tøj på. Det endte med, at plejepersonalet mod hans vilje gav ham en ble på, da de ikke kunne få ham overtalt til at tage tøj på. En krænkelse af beboernes eller borgernes autonomi er i plejepersonalet på plejecenterets bevidsthed en form for utilsigtet hændelse, da de jo i realiteten skulle søge om en magtanvendelse til denne form for handlinger.

5.9 Opsummering af forskellige kategorier af utilsigtede hændelser

En af undersøgelsens vigtigste formål er at klarlægge, hvilke former for utilsigtede hændelser, der kan opstå i den kommunale plejesektor. Via observationer og interviews er en række hændelseskategorier identificeret. Hændelseskategorierne er imidlertid stærkt heterogene og indeholder desuden meget forskellige kategorier af hændelser.

Plejepersonalet har ekstraordinært meget fokus rettet mod medicinering. Der findes en lang række procedurer i forbindelse med medicinering, som skal sikre, at utilsigtede hændelser enten ikke opstår eller bliver opdaget i tide.

Der er særligt tre risikoområder knyttet til medicinering. Det drejer sig for det første om doseringsprocessen, som kan være en kompliceret proces. Dette kan skyldes både de mange forskellige præparater, borgerne ofte modtager, eventuelle usikkerheder i forbindelse med apotekets leveringer, praktiske begrænsninger og meget mere. Desuden er den proces, som omhandler borgerens indtagelse af medicinen, særligt risikobetonet. Det samme gælder de mange dokumentationsprocedurer, der findes i forbindelse med medicin håndteringen, og hvor der ofte opstår uoverensstemmelser.

Hvorfor det primært er hændelser i forbindelse med medicin håndteringen, som personalet opfatter som utilsigtede hændelser, er der flere årsager til. Ud over at medicinering er en risikobetonet proces, som indeholder mange muligheder for hændelser, er de ansatte også særlig opmærksomme på netop dette område. Det er desuden let at afgøre, hvornår der er tale om utilsigtede hændelser i forbindelse med medicineringsprocedurerne, fordi der er tale om fastlagte procedurer.

Desuden identificeres samarbejde og sektorovergange som store risikoområder. En stor del af arbejdet i plejesektoren omhandler samarbejde med andre dele af sundhedssektoren. Dette samarbejde indebærer en betydelig risiko for utilsigtede hændelser. Et overordnet risikoområde er risikoen for fejl-kommunikation eller kommunikationsbrist imellem sundhedsvæsenets forskellige dele. Her nævnes særligt risici i forbindelse med kommunikation om overgange mellem hospital og plejesektor, hvor det især i hjemmepleje og hjemmesygepleje er af stor vigtighed, at plejepersonalet ved, hvorvidt en borger er indlagt eller skal modtage plejeydelser i sit hjem. Et andet overordnet risikoområde er medicin håndteringen i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Den efterfølgende doseringsproces er særlig kompliceret, idet borgeren oftest har modtaget nyt medicinskema og får vedlagt medicin fra hospitalet.

Desuden optræder en række andre hændelseskategorier eller risikoområder, som vi har kategoriseret som fald, tryksår og sårpleje, hjælpemidler, glemte borgere, borgere der vandrer og andre hændelser. Nogle af disse, fald og tryksår, er kategorier, vi på forhånd havde ventet ville være væsentlige, men som de ansatte i plejesektoren langt hen ad vejen ikke mener, skal betragtes som utilsigtede hændelser. Andre hændelseskategorier, fx borgere der vandrer og glemte borgere, er medtaget, fordi de bliver nævnt gentagne gange gennem interviews med plejepersonalet.

6. Årsager til utilsigtede hændelser

Igennem observationer, interviews og fokusgrupper er der opstået flere forskellige forklaringer på, at utilsigtede hændelser kan opstå. Der kan både være tale om bagvedliggende årsager såsom arbejds-vilkår, der kan skabe grobund for utilsigtede hændelser og mere direkte årsager i form af henvisninger til særlige arbejdsgange.

6.1 Tidspres og ressourcemangel

Som en af de vigtigste bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser nævnes tidspres og ressourcemangel. En af teamlederne udtrykker det således:

"Jeg tror da, tidspres kan være en årsag til det, at nogle måske bliver mere pressede eller føler sig pressede, og så gør tingene hurtigere. Og i forbindelse med medicindosering kunne jeg da tænke, at det kan være én af årsagerne."

Plejepersonalet nævner også tidspres som en vigtig årsag til øget risiko for, at der opstår utilsigtede hændelser. Eksempelvis udtaler en social- og sundhedshjælper, at "Hvis man har tid nok, så husker man alle de ting, man normalt ville gøre, men er du for presset, så forsvinder det". En social- og sundhedshjælper udtaler:

"Hvis man er rigtig mandskabspresset, så opstår fejlene også. Det ved vi alle sammen godt. Er vi virkelig presset ind til benene, og vi måske har nogle rigtig dårlige borgere ude i byen, så opstår fejlene. Jeg tror ikke, der er nogen, der kan se sig fri for på et eller andet tidspunkt at have begået en fejl, fordi man var for presset. Sådan har jeg det da selv. Hvis man ikke har den fornødne tid, man har behov for hos den enkelte, så opstår fejlene. Vi er altså ikke robotter, vi er mennesker."

Tidspres ses således af personalet som en af de helt grundliggende forklaringer på, at utilsigtede hændelser kan finde sted.

6.2 PDA og manglende fleksibilitet

En anden bagvedliggende årsag, som nævnes af plejepersonalet, er manglende fleksibilitet.

I hjemmeplejen i Egedal Kommune har det faste plejepersonale alle en PDA (Personal Digital Assistant), som er en lille lommecomputer, der har erstattet personalets gamle printede kørelister. Med PDA'en kan personalet få opdateringer i løbet af dagen, de kan hente oplysninger om den borger, de skal besøge, og de kan dokumentere løbende. Der er desuden en regel om, at de skal rapportere, når de påbegynder og slutter et besøg. Ifølge personalet i hjemmeplejen bevirker denne regel, at de har mindre fleksibilitet end før i tiden, fordi ledelsen kan holde dem op på, om de bruger den tid hos borgerne, som de er visiteret til. Den manglende fleksibilitet kan ifølge personalet skabe risiko for utilsigtede hændelser, fordi der ikke lades rum til, at tingene går anderledes end forventet. Samtalen mellem personalet i hjemmeplejen lyder således:

Social- og sundhedshjælper 1: "Det er der, hvor du er i de pressede situationer, hvor du står med den her [PDA], og der ikke er noget luft at gi' af. Så kan du hurtigt komme ud for nogen ting, som ikke skulle være sket."

Social- og sundhedsassistent 1: "Ja, for det er lidt som om, den står og bipper. Den siger ikke noget, men det kunne den lige så godt gøre. Det er ud af døren nu. Og så ved jeg ikke, om man så slækker lidt på det. Eller om man bare simpelthen ikke når det."

Senere supplerer en social- og sundhedshjælper med følgende forklaring:

"Hvorfor sker de her utilsigtede hændelser? Jamen de sker, fordi der ikke er tid til hverken det ene eller det andet. Det hele skal gå snorlige efter denne her [social- og sundhedshjælperen holder PDA'en op]. Der er ikke fem minutter mere til den ene og fem minutter mindre til den anden. Alt skal gå lige efter bogen. Der er ikke noget, der kan gå galt, før hele lokummet brænder."

Der er altså tale om, at personalet i situationer, hvor der sker noget uventet, ikke føler, at de har mulighed for at handle på dette indenfor de rammer, som de har at arbejde under. Ifølge personalet kan denne manglende fleksibilitet resultere i utilsigtede hændelser.

6.3 Problemer med de tekniske systemer

Udover de bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser såsom tidspres, ressourcemangel og manglende fleksibilitet, nævnes også en lang række mere direkte årsager til utilsigtede hændelser. En af disse handler om, hvorvidt de elektroniske systemer virker, som de skal. Tekniske systemer og elektroniske arbejdsredskaber er en stor del af arbejdet i plejesektoren. Plejepersonalet er således meget afhængigt af computere, telefoner, kalendere mv. Det er disse redskaber, som er udgangspunktet for den interne og eksterne kommunikation, og som hjælper til at planlægge arbejdsopgaverne i løbet af dagen. Hvis de elektroniske arbejdsredskaber bryder sammen, kan det være meget forstyrrende i hverdagen. Ifølge personalet sker sådanne systemnedbrud jævnligt. Systemerne var eksempelvis brudt sammen på én af de dage, hvor interviewene blev foretaget og desuden på én af dagene for observationsstudierne (se boks).

Systemnedbrud

Under et observationsstudie af en social- og sundhedsassistent på et plejecenter, får vi tidligt på dagen at vide, at al elektronik er gået ned. Denne hændelse får en række konsekvenser, som øger risikoen for utilsigtede hændelser.

I første omgang betyder situationen, at plejepersonalet ikke kan ringe ud, dvs. de kan ikke ringe til fx lægen, apoteket, pårørende eller andre, som de måtte have brug for at få fat på. Personalet får at vide, at de har en mobiltelefon, de kan bruge, men ingen kan finde den. Det viser sig senere, at den er låst inde i et skab, som ingen har nøgle til. Den social- og sundhedsassistent, som vi følger, låner sin private mobil til en kollega, så denne kan få bestilt varer hjem.

Herudover opstår der problemer omkring plejecentrets nødtelefon, som er den eneste telefon, der stadig virker. Det viser sig, at borgernes nødkald ude fra byen, som normalt går til sygeplejerskerne, nu kun er gået til denne telefon. Den social- og sundhedsassistent vi følger, har haft telefonen på sig hele dagen, og er i flere tilfælde ikke blevet besvaret eller er blevet viderestillet i formodning om, at den gik et andet sted hen. Heldigvis er alle nødkald dukket op på en skærm et sted i huset.

Desuden kan social- og sundhedsassistenten ikke komme på computeren i løbet af dagen, når hun enten skal tjekke oplysninger om en borger eller skal dokumentere. Ud over den betydning dette har i øjeblikket, har det også den betydning, at assistenten skal huske på en del ting, som skal gøres, når systemerne er oppe at køre igen. I slutningen af dagen har assistenten desuden problemer med at faxe medicinbestillinger til apotek og praktiserende læger.

Alle de situationer, som opstår grundet systemnedbruddet, skaber på hver deres måde øget risiko for utilsigtede hændelser.

I hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er de om muligt endnu mere afhængige af de tekniske systemer. Da én af teamlederne for et udkørende team bliver spurgt til mulige årsager til utilsigtede hændelser, nævner hun, at systemnedbrud kan indebære en øget risiko. Hun forklarer, at når de elektroniske systemer bryder ned, skal plejepersonalet til at føre protokoller og dagsskemaer på en måde, de ikke er vant til. Dette indebærer en øget risiko for fejl. Denne problemstilling bliver også nævnt af hjemmesygeplejerskerne, der fortæller, at der for nylig skete et systemnedbrud, og at de ikke har noget backup-system, hvilket betød, at de ikke kunne se, hvem de skulle ud til. De forsøgte at rekonstruere kørelisterne fra de gamle lister, som de skal gemme 14 dage tilbage, men det var ikke alle, der havde husket at gemme dem. I de tilfælde, hvor de ikke kunne rekonstruere besøgene, måtte de vente på, at borgerne ringede til dem, fordi sygeplejen var udeblevet. Sygeplejerskerne fortæller desuden, at de i de situationer er ekstra afhængige af gode mundtlige overleveringer, da de ikke kan notere i borgerjournalen. Dette scenarie medfører en stærkt øget risiko for utilsigtede hændelser, særligt en risiko for at borgere bliver glemt og derved ikke får deres pleje, medicin eller anden nødvendig hjælp.

6.4 Dokumentation som en risikofaktor

Andre direkte årsager omhandler dokumentationsprocesserne. Som allerede berørt under afsnit 5.1.4 om medicin kan for lidt, for meget eller forkert dokumentation være årsag til utilsigtede hændelser. På observationerne sker det fx enkelte gange, at de døgnrytmeplaner eller medicinlister, som ligger i borgermapperne, ikke er blevet opdateret. I et tilfælde drejer det sig om en hjemmeplejemodtagers døgnrytmeplan, hvor der stadig stod, at vedkommende kom op, men nu kun var sengeliggende. I et andet tilfælde bemærker en social- og sundhedsassistent, at en borger har penicillin stående på sin medicinliste, som han ikke længere får ordineret. Disse uoverensstemmelser kan opstå, fordi personalet skal rette planer og skemaer på computeren, hvorefter de skal printe dem og få dem lagt i borgernes mapper, hvilket for de udkørende teams betyder, at de skal huske at bringe de opdaterede skemaer med til borgerens hjem ved besøgene. Desuden skal der være tid og ressourcer til at foretage alle dokumentationsopgaverne.

Dokumentation kan dog også være en mere indirekte eller bagvedliggende årsag til utilsigtede hændelser, fordi de mange forskellige dokumentationsprocedurer og -processer tager utrolig meget tid i personalets hverdag. Plejepersonalets holdninger til dokumentation er derfor tvetydige. På den ene side synes mange, at dokumentationskravet har taget overhånd, men på den anden side mener de, at dokumentationen langt hen af vejen er nødvendig. Som en social- og sundhedsassistent på et plejecenter udtaler: "Jeg synes, det er et stort skriveri nogle gange, men det er især i de stressede perioder, at det er irriterende, at det skal gøres. Jeg ved jo godt at det er nødvendigt".

En social- og sundhedsassistent fra hjemmeplejen forklarer om en lignende problemstilling i forhold til PDA'en:

"Jeg glædede mig som en baby til at få den her [PDA'en], da vi skulle have den. Fordi jeg tænkte, at nu kan vi rigtig vise, hvad vi går og laver. Men der er jo ikke engang tid til at sidde og registrere alle de der ting. Hvad gør du, når der er 14 forskellige, der har ringet til dig, og du måske har brugt 30 minutter på det i løbet af en dag. Det får du da ikke skrevet ind her. Hvilken borger handlede det lige om, ikke."

Ud over at omhandle tidspresset i forhold til rapporteringskravet, omhandler det ovenstående citat desuden tekniske begrænsninger eller uhensigtsmæssigheder i forhold til rapporteringsredskaberne.

En lignende type utilfredshed kommer til udtryk hos en social- og sundhedsassistent på et plejecenter, at de elektroniske borgerjournaler har gjort det vanskeligere at gennemskue borgernes journal:

"Det er selvfølgelig godt, at alle kan læse, hvad alle har skrevet. Men jeg synes altså alligevel, at det var nemmere i gamle dage, da vi havde papirjournalerne samt kardex. Og mere overskueligt. Man havde et rigtig godt overblik, fordi der var forskellige farver for de forskellige vagter, og man skulle bare lige kigge på et papir, så havde man overblik. Nu skal man åbne systemet, som tit er langsomt, og så skal man læse Adviser, og så skal man fra dem trykke sig videre ind i journalerne."

6.5 Afbrydelser i arbejdet

Afbrydelser i arbejdet er en af de direkte årsager til utilsigtede hændelser, som er anerkendt i sygehussektoren. Afbrydelser i arbejdet blev nævnt af plejepersonalet i hjemmeplejen som en risikofaktor for utilsigtede hændelser, og blev desuden observeret ofte i løbet af observationsstudierne.

I fokusgruppen med hjemmeplejen nævnes det at have 'nødtelefonen' som en risikofaktor for utilsigtede hændelser særligt i forbindelse med medicindosering. Social- og sundhedsassistenterne har på skift en nødtelefon, som modtager såvel interne opkald, opkald fra borgerne samt udefrakommende opkald. Telefonen ringer ofte, mens social- og sundhedsassistenterne doserer medicin. Social- og sundhedsassistenterne havde følgende dialog i fokusgruppeinterviewet:

Social- og sundhedsassistent 1: "I går havde jeg seks eller syv doseringer, men hvis der så er noget, der kan stresser mig, så er det telefonen, det må jeg indrømme. Jeg er nødt til at abstrahere væk fra den, netop for ikke at lave fejl. Når jeg er alene, så skal den netop kime endnu mere hele tiden."

Social- og sundhedsassistent 2: "Så sidder man der med fingeren, hvor man er nået til og med doseringsæskerne, mens man snakker."

Social- og sundhedsassistent 1: "Eller man kommer lige til at rykke dem nedad."

Observationsstudierne viser på samme måde, at telefonen og andre afbrydelser kan være stressende, når der doseres medicin. I begge de tilfælde, hvor vi observerer en social- og sundhedsassistent på et plejecenter, har hun nødtelefonen, imens hun doserer. I begge tilfælde ringer telefonen adskillige gange under doseringsprocessen. Nogle gange viderestiller social- og sundhedsassistenten den direkte ved et enkelt tryk på telefonen, mens hun andre gange tager telefonen, hvilket bevirker, at hun afbrydes helt i arbejdet med doseringen. Samtidig finder der andre typer af afbrydelser sted under doseringsprocessen; borgere der snakker, plejepersonale som er i gang med andre opgaver samtidig med doseringen samt køkkenpersonale, der rydder op efter morgenmaden i borgerens bolig. Desuden er social- og sundhedsassistenten (i begge observationer) den eneste assistent på arbejde, hvilket bevirker, at social- og sundhedshjælperne ofte har brug for råd og vejledning – også under doseringerne. I hjemmeplejen er spørgsmålet om afbrydelser fra borgerne endnu mere udtalt, idet borgerne altid er i hjemmet, når der doseres. Enhver afbrydelse skaber risiko for utilsigtede hændelser, fordi doseringsprocessen kræver så meget opmærksomhed og overblik fra personalets side.

På hospitalerne har man nogle steder indført veste, som personalet kan tage på i situationer, hvor forstyrrelser er u hensigtsmæssige, dvs. fx i forbindelse med komplicerede medicineringsprocedurer. Man kunne med fordel overføre nogle af hospitalernes erfaringer omkring afbrydelser til den kommunale sektor.

At afbrydelser har stor betydning kommer også til udtryk i et af observationsstudierne, hvor en af social- og sundhedsassistenterne fortæller, hvad hun gør, mens hun doserer medicin hos en borger. Da

hun til sidst tæller efter, mangler hun at dosere et præparat. Social- og sundhedsassistenten forklarer: "Det er nok fordi, vi står her og snakker. Jeg tror, jeg kom til at rykke linealen en gang for langt ned." Med linealen henviser denne social- og sundhedsassistent til, at hun benytter låget af doseringsæsken som redskab for at se, hvor langt hun er kommet på medicinlisten. Som det fremgår ovenfor, benytter andre deres finger for at holde styr på, hvor langt de er nået.

Ud over de særlige risici som omhandler doseringsprocessen, så er plejepersonalets dag fyldt med afbrydelser af den ene eller den anden art som en naturlig del af arbejdet. I et af de plejecentre, som var udgangspunktet for observationsstudierne, var personalets arbejdsstation placeret midt i beboerstuen. Afskærmet med et par tavler sad personalet således med telefonsamtaler og dokumentationsarbejde, hvor borgere, køkkenpersonale og fx pårørende også befandt sig. Dette skaber naturligvis en del uro, og særligt dokumentationsarbejdet synes at være et arbejdsområde, hvor afbrydelser kan have betydning for, om alt huskes.

Almindelige afbrydelser

Et karakteristisk eksempel på afbrydelser i dokumentations- og planlægningsprocessen fra observationsstudiet ser sådan ud: En social- og sundhedsassistent påbegynder en dokumentation af en borger, som den foregående nat har blødt ud af endetarmen grundet hæmorider. "X har været på toilettet. Har blødt en del fra endetarmen. X er meget bange. Har haft hård afføring" skriver social- og sundhedsassistenten, idet telefonen ringer. Det er tandlægen, som skal høre, hvorfor en borger ikke er dukket op. Borgeren får en ny tid. En social- og sundhedshjælper taler i telefon, det drejer sig om en anden borgers tandlægetid. "Jeg kan lige spørge, mens jeg alligevel har tandlægen i røret" siger social- og sundhedsassistenten til social- og sundhedshjælperen, og spørgsmålet opklares. Social- og sundhedsassistenten vender tilbage til computeren: "Har fortalt X, at det er vigtigt at drikke meget vand " skriver hun. Herefter ringer hun til den pårørende til den borger, som har fået ny tandlægetid for at høre, om denne kan følge borgeren til tandlægen den pågældende dag. Den pårørende tager ikke telefonen. Social- og sundhedsassistenten skriver tandlægetiden ind i borgerens dagsnotat på computeren og i plejepersonalets store papirkalender. Hun skriver desuden til aftenvagten, at de skal være opmærksomme på, at X får nok at drikke. Herefter ringer hun til en pårørende for at bede denne hente noget medicin til en borger, som lige er blevet udskrevet fra sygehuset. Den pårørende, som social- og sundhedsassistenten ikke kunne få fat på, ringer tilbage senere på dagen under en anden arbejdsopgave.

6.6 Særlige forhold ved plejesektoren

Arbejdet i plejesektoren har nogle særlige vilkår, som skaber udfordringer i forhold til patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

6.6.1 Borgerens selvbestemmelsesret

Spørgsmålet omkring borgernes selvbestemmelse og autonomi er en af de store udfordringer for de ansatte i plejesektoren, som både kan være direkte og mere bagvedliggende årsag til utilsigtede hændelser. I hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, hvor personalet kommer i borgerens eget hjem, er dette en særlig stor udfordring, men også på plejecentrene betragtes borgernes individuelle boliger som deres eget hjem, hvor personalet fx beder om tilladelse til at gå ind, når de ikke er på værelset. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen fortæller: "Jeg er jo meget bevidst om, at når jeg kommer ud i borgernes hjem, så er det jo deres hjem, og man er gæst der". Dette skaber nogle ganske andre arbejdsforhold og andre problemer end i hospitalssektoren.

I fokusgruppen med hjemmeplejen diskuteres problemstillinger med borgernes madvarer, hvor det hænder, at borgerne ikke ønsker, at for gammelt mad skal smides ud. Det kan føre til maveinfektioner og andre sygdomme. En social- og sundhedshjælper fortæller om et besøg, hun havde dagen før:

"Jeg siger, det her er dårligt. Så siger hun: Det har jeg lige planlagt, jeg vil spise nu. Og så kan du ikke gøre noget. Jeg siger: Det er dårligt, det her mad, du får rigtig dårlig mave af det. Så siger hun: Nej, for det er jeg vant til. Det er hendes valg at gøre det. Men derfor skal vi jo alligevel prøve."

Plejepersonalet skal på den måde ofte manøvrere i det spændingsfelt, der til tider kan opstå mellem borgerens selvbestemmelsesret på den ene side overfor borgerens sikkerhed og velbefindende på den anden.

Andre gange kan personalet fx ved pårørendes hjælp blive nødsaget til at handle mod borgerens vilje. Et andet eksempel på denne problemstilling stammer fra observationerne i hjemmeplejen, hvor en social- og sundhedshjælper bestiller indkøb til en alkoholment borger. Hun fortæller, at de plejer at lægge regningerne for indkøbet langt væk, fordi 'han tror, at han går fallit'. Senere fortæller hun, at han før har afbestilt både medicin og mad, når han har set regningerne. Derfor er det de pårørende, som tager beslutningen om, at han skal have mad osv. Social- og sundhedshjælperen fortæller: "Han er jo ikke umyndiggjort eller noget, men man bliver ligesom bare nødt til det. Hvis vi ikke havde været der, så var han gået til. Da vi kom der først, var han bare helt tom i øjnene. Han havde et helt forkert blik".

Lignende dilemmaer omkring selvbestemmelsesret gør sig gældende i forhold til risikoen for faldulykker. Det kan fx dreje sig om borgerens bolig, hvor gulvtæpper, uhensigtsmæssig indretning eller andet kan øge faldrisikoen. I disse tilfælde har plejepersonalet svært ved at reducere risikoen for faldulykker, da de skal respektere borgerens selvbestemmelsesret i eget hjem. En social- og sundhedshjælper udtaler:

"Som personale ved man godt, at borgeren har taget det her valg, og at man ikke kan gøre noget ved det, hvis man kan sige det sådan. Borgeren ønsker i hvert fald ikke at ændre på det. Så måske er det dét, der gør, at man ikke får skrevet den [utilsigtet hændelse], det ved jeg ikke."

Også i forbindelse med medicinindtagelse kan der opstå situationer, som omhandler borgerens selvbestemmelse. Som beskrevet i afsnit 5.1.3 sker det, at demente borgere tager deres medicin selv med fx overdosis som konsekvens. En udfordring i den forbindelse er, at plejepersonalet ikke må låse borgerens medicin inde, med mindre borgeren eller de pårørende giver lov.

6.6.2 At arbejde i borgerens hjem

Som før beskrevet er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen særligt udfordret, fordi der arbejdes i borgernes eget hjem. Når en borger bliver visiteret til hjemmepleje, bliver der lavet en arbejdspladsvurdering, men visse faktorer kan være vanskelige at gøre noget ved. Ved et af observationsstudierne bemærkede en social- og sundhedshjælper, at det er svært at manøvrere rundt i borgerens lejlighed. Der er både brug for bækkenstol, elektrisk kørestol, seng samt den gamle kørestol, hvilket giver udfordringer i plejen. Plejepersonalet må her gøre tingene i helt bestemte rækkefølger for at få puslespillet til at gå op: Sengen rykkes tilbage, den gamle stol køres ud på gangen, den nye stol køres ind osv.

I andre af observationerne er borgerens bolig i flere etager, hvilket har betydning for gangbesværede borgere. I andre tilfælde er badeværelserne meget små. På observationsstudierne bliver det tydeligt, at meget små badeværelser kan øge faldrisikoen, fx når plejepersonalet skal hjælpe med at vaske borgeren på den meget trange plads. Boligens størrelse og indretning kan også have betydning for, hvilke hjælpemidler der kan benyttes.

6.6.3 Vante arbejdsgange skaber risiko for uopmærksomhed

Mange arbejdsgange i plejesektoren involverer gentagelser, fordi plejepersonalet er hos den samme borger mange gange. Plejepersonalet udtaler, at de er mere opmærksomme, når de besøger en borger, de ikke er vant til at komme hos. I hjemmeplejen beskrives det således:

Social- og sundhedsassistent: "Når det ikke er ens egen, så eftertjekker man jo nærmest dobbelt op."

Social- og sundhedshjælper: "Der sker sjældnere noget hos dem, man ikke er vant til at komme hos, for her er man mere oppe på dupperne."

De ansatte mener på den måde, at de hos borgere, de kender, kan blive uopmærksomme og 'for sikker i deres sag' i forhold til bestemte procedurer eller rutiner. Et eksempel på sådanne rutiner kommer til udtryk i et af observationsstudierne, hvor en af de ansatte udtaler, at hun ikke tjekker medicinskemaet hos de borgere hun kender, fordi hun ved, hvad de får af medicin. Dette indebærer naturligvis en risiko for, at den ansatte ikke opdager, hvis medicinskemaet bliver ændret. På den anden side medfører de længere forløb og den tætte kontakt mellem plejepersonale og borgere også en række fordele, som fx omhandler muligheden for at yde mere individuel hjælp og pleje samt muligheden for at igangsætte længere behandlingsforløb.

6.7 Opsummering af årsager til utilsigtede hændelser

Opsummerende kan det siges, at tidspres og ressourcemangel af såvel plejepersonale som ledere bliver nævnt som en af de helt overvejende bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser. Herudover nævnes manglende fleksibilitet nævnt som en væsentlig bagvedliggende årsag. Personalet, særligt i hjemmeplejen, oplever ofte, at de ikke har den fornødne fleksibilitet, såfremt der i løbet af arbejdsdagen opstår noget uventet. Denne risikofaktor tilskrives bl.a. PDA'en, dvs. de ansattes elektroniske lommecomputer, hvorpå de skal signere ind og ud ved hvert hjemmeplejebesøg.

Andre mere direkte årsager til utilsigtede hændelser kan tilskrives de tekniske systemer. Således optræder systemnedbrud som en væsentlig risikofaktor, fordi rigtig meget af arbejdet i plejesektoren er afhængig af computer, telefon, nødkald osv. I disse tilfælde kan det være nødvendigt at have backup-systemer, som kan benyttes i sådanne tilfælde. Dette kan imidlertid betyde ekstra tid og ressourcer brugt på dobbeltregistrering. Manglende dokumentation eller fejldokumentation nævnes også som en direkte årsag til utilsigtede hændelser. Dokumentationskravet kan imidlertid også være en mere indirekte eller bagvedliggende årsag til hændelser.

Derudover er arbejdsafbrydelser en væsentlig direkte årsag til utilsigtede hændelser. Dette gælder særligt i forbindelse med doseringsprocessen, hvor personalet har brug for at være ekstra koncentreret. Det bliver i den forbindelse klart, at det er u hensigtsmæssigt at have nødtelefonen, dvs. den telefon hvor interne og udefrakommende opkald kommer ind, under doseringer.

Desuden gør der sig en række særlige forhold gældende ved arbejdet i plejesektoren, som kan siges at have betydning for forekomsten og karakteren af utilsigtede hændelser. En særlig problemstilling omhandler borgernes selvbestemmelsesret, som gør, at personalet ikke altid kan foretage de risikoreducerende handlinger samt indføre de sikkerhedsforanstaltninger, de kunne ønske sig. Dette kan fx omhandle uoverensstemmelser vedrørende, at personalet ønsker at smide dårlig mad ud, forbedre gangsikkerheden i boligen eller aflåse en dement borgers medicin, uden at borgeren ønsker det. En anden problemstilling, som særligt berører hjemmepleje og sygepleje, omhandler, at plejeydelserne foregår i borgerens hjem, som ofte er u hensigtsmæssigt indrettet fx i form af små badeværelser, som kan gøre personlig hygiejne-opgaver besværlige, eller trapper som kan øge faldrisiko. Desuden kan

vante arbejdsgange gøre, at plejepersonalet ikke er helt så opmærksomt som i forbindelse med nye opgaver.

7. Forebyggelse af utilsigtede hændelser

Såvel observationer som interviews tydeliggør, at der findes mange procedurer i hverdagen, der er med til at reducere risikoen for utilsigtede hændelser. Man kan på den måde sige, at rigtig meget af plejepersonalets arbejde omhandler patientsikkerhed og reduktion af fejl. I interviewene talte plejepersonalet meget om, at deres daglige arbejde består i at reducere risikoen for fejl, og derved undgå mange utilsigtede hændelser i hverdagen. Der blev herudover også talt om, hvordan de utilsigtede hændelser, der opstår, kan forebygges i fremtiden. Dette afsnit omhandler disse dimensioner.

7.1 Arbejdsdeling

Der findes i plejesektoren i Egedal Kommune en forholdsvis veldefineret arbejdsdeling, som på mange måder er med til at sikre patientsikkerhed og reducere risikoen for utilsigtede hændelser.

Arbejdsdelingen betyder, at der findes en række regler for, hvilke personalegrupper der tager sig af hvilke plejeopgaver. Det betyder, at det fx kun er social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, der må skifte smertepastre, give insulin, dosere medicin og lægge kateter. Sygeplejerskerne er herudover fx ansvarlige for meget af sårplejen og de mere komplicerede medicineringsprocesser. Der findes desuden interne regler omhandlende ufaglærte og afløseres arbejdsopgaver. Fx gør plejepersonalet det flere gange klart, at afløsere og ufaglærte ikke tager sig af de tungere pleje- og sygeplejeopgaver. I et plejecenter fortæller de desuden, at afløsere ikke får lov at give medicin, men at de dog kan modtage en tilladelse fra teamlederen til at give medicin. Alle i den pågældende institution kan se, hvem der har tilladelse til hvad. På et andet plejecenter fortæller de, at eleverne efter en oplæringsperiode må uddele medicin til højst to borgere, som de herefter er fast tilknyttet.

Observationen i sygeplejen gjorde det klart, at sygeplejerskerne i visse tilfælde vælger at fastholde en arbejdsopgave, som på papiret kunne overgives til social- og sundhedsassistenterne, for 'at holde en fod indenfor i et hjem'. Fx ved at en opgave, der udføres hver dag, en gang om ugen udføres af sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne udtaler, at det kan være en fordel, fordi der således fastholdes en sygeplejefaglig vurdering af borgerens tilstand.

En anden ting, som kan virke forebyggende i forhold til utilsigtede hændelser, er, at der findes et fast akutteam, som benyttes som vikarer, hvilket betyder, at der ikke kommer vikarer udefra. En teamleder beskriver, hvorfor hun mener, at der ikke sker mange utilsigtede hændelser på hendes plejecenter:

"Det er meget det faste personale, der er her, og vi bruger aldrig eksterne vikarer, så hvis vi har brug for det, så er det de faste afløsere, vi har. Ellers bruger vi det faste personale, som tager en ekstra vagt. Så jeg tror også, at det hænger meget sammen med, at det er de faste, og også det med at vikarer ikke giver medicin."

7.2 Kommunikation og samarbejde

Andre former for forebyggelse finder sted i den kommunikation, faglige sparring og det samarbejde, der hele tiden foregår mellem kollegaer i plejesektoren.

På observationerne deltog vi i morgen- og frokostmøder, hvor mange væsentlige forhold omkring borgerne blev diskuteret. Særligt i hjemmeplejen synes mødekulturen at være med til at mindske risikoen for utilsigtede hændelser betydeligt. Ved et morgenmøde læses adviser op, dvs. beskeder om borger-

ne fra fx aften- eller nattevagterne. Og ved frokostmødet tages en runde, hvor alle fortæller, hvad der er sket i løbet af dagen, eller man konsulterer sine kollegaer i en sag.

Et morgenmøde i hjemmeplejen

Klokken er 7.30, og alt personalet er efterhånden mødt ind og har sat sig rundt om bordet. Der bliver talt om lidt forskelligt. To ansatte taler om en borgers medicin. Den ene konkluderer samtalen med følgende: "Han finder selv ud af det. Hvis han har taget 30 ml. om natten, så skal han kun have 30 ml. om dagen. Hvis han ikke tager noget om natten, så skal han have 45 ml. om dagen. Vil du ikke sige til lægen, når du ringer, at han styrer det helt selv." Andre taler om støttestrømper. En ansat siger: "Jeg har tænkt på, om det ikke er nemmere at tage dem på, når man gør det fra siden? Det gør nogle gange så ondt på dem. Især hvis de har lange fødder." En anden svarer: "Du skal huske at trække i stedet for at hive" og en tredje byder ind: "Jeg synes nogle gange, at det er godt at have handsker på."

En social- og sundhedsassistent læser nu dagens to adviser op. Den første omhandler en borger, som ikke vil følge sin kostplan. Personalet diskuterer, hvad de kan gøre. Én kommenterer situationen: "Vi må jo bare blive ved med at lave hendes mad, og hvis hun ikke spiser det, så er der jo ikke noget at gøre ved det. Vi kan jo ikke proppe det ned i halsen på hende." En anden siger: "Den anden dag, da jeg var derovre, stod yoghurten fra morgenmaden på bordet, og så spørger jeg, om hun ikke er ved at være træt af yoghurt. Og det er hun. Det er jo heller ikke sjovt at få det samme hver morgen."

Den anden advis handler om, at aftenvagterne har problemer med en borgers elektriske kørestol. Desuden skal de flytte rundt på tingene i borgeres hjem, fordi der ikke er plads nok til at komme rundt. Det betyder, at besøget, som kun er visiteret til 25 minutter, tager omkring en time. Der er enighed om, at der skal laves en ny APV (arbejdspladsvurdering) hos borgeren.

Som det fremgår af boksen ovenfor, fungerer møderne i hjemmeplejen som et forum for erfaringsudveksling, faglig sparring og beslutningstagen, og det er tydeligt, at disse møder er af stor betydning for patientsikkerheden og forebyggelsen af utilsigtede hændelser.

I interviewene nævner plejepersonalet også flere gange møderne som et forum, hvor man diskuterer hændelser, der ikke har været hensigtsmæssige, og gør det øvrige personale opmærksomme på eventuelle problemstillinger. I forbindelse med diskussionen om, hvad plejepersonalet i hjemmeplejen gør, hvis der opstår problemer vedrørende borgernes selvbestemmelsesret, svarer en social- og sundheds-hjælper i hjemmeplejen:

"Vi har jo vores daglige runde, når vi har frokost, hvor vi lige forklarer, at vi har de og de problemer, det skal vi have klaret op på, og det bliver så noteret. Og så må man jo finde en løsning. Løsningen kan fx være, at man skal have fat i de pårørende."

På plejecentrene starter de også dagen med et morgenmøde. Her har de dog også mulighed for at konsultere hinanden direkte i løbet af dagen i modsætning til de udkørende teams.

Møderne skal betragtes som et uformelt forum, hvor mange hændelser, der kan karakteriseres som utilsigtede hændelser, bliver diskuteret. Herudover bliver mange utilsigtede hændelser formodentlig undgået, fordi de pågældende potentielle problemstillinger bliver diskuteret, inden de opstår. På et af plejecentrene fortæller en af de ansatte: "Mange af tingene tager vi, inden det sker. På vores morgenmøder. Så der er virkelig kommunikation. Vi tager det virkelig op, hvis der er noget. Inden tingene sker."

I hjemmesygeplejen synes de derimod ikke i nær så høj grad at have en mødekultur ud over det ugentlige personalemøde. Dog opretholdes den løbende kommunikation på andre måder. Fx bruger sygeplejerskerne væsentlig mere tid på dokumentation end det øvrige plejepersonale. Her beskriver

de mange af dagens problemstillinger samt læser deres kollegaers dokumentation. Man kan dog indvende, at dette ikke i samme grad giver mulighed for direkte meningsudveksling.

En anden måde at forebygge utilsigtede hændelser foregår ved at bede om hjælp fra kollegaerne, hvis det brænder på. En social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen forklarer:

"Hvis de første tre borgere, du kommer hos, har tynd mave, så tager det uvilkårligt længere tid. Det ved man godt, og sådan er det. Jeg gør det, at hvis jeg kan mærke, at jeg ikke kan nå det program, jeg har, så ringer jeg til nogle af mine kollegaer. For jeg vil simpelthen ikke knokle rumpen ud af bukserne, og så ikke kunne tænke klart. Så vil jeg hellere ringe til mine kollegaer. Og i vores gruppe er vi heldigvis rigtig gode til at ringe til hinanden. 'Kan du lige tage det der?' eller 'Skal jeg lige tage det for dig?' – hvis man har lidt tid i overskud. For der er ingen grund til, at man knokler sig selv halvt ihjel, fordi det skal gå så stærkt."

I observationerne i sygeplejen kommer denne form for samarbejde på samme måde til udtryk. Da den sygeplejerske, vi følger, er færdig med dagens runde lidt før tid, ringer hun til sine kollegaer i området for at høre, om der er noget hun kan hjælpe med. Dette kan være med til at forebygge, at der sker utilsigtede hændelser pga. tidsnød, og fordi personalet 'ikke kan tænke klart', som det udtrykkes ovenfor.

Ud over samarbejdet med de nærmeste kollegaer kan samarbejde med andre dele af plejesektoren eller sundhedsvæsenet også fungere forebyggende. En social- og sundhedsassistent gør det fx klart, at hun benytter lægen som rådgiver også i de tilfælde, hvor hun ikke nødvendigvis skal. Det gælder fx i forhold til borgernes PN-medicin, dvs. det medicin som lægen har vurderet, at sundhedspersonalet kan give borgeren efter behov. Social- og sundhedsassistenten fortæller, at hun ikke bare giver medicinen, men altid vurderer det i forhold til det andet medicin, der bliver givet. Hvis hun er det mindste i tvivl, ringer hun til en læge eller en sygeplejerske. Social- og sundhedsassistenten forklarer: "Jeg synes ellers selv, at jeg er meget god til at vurdere, hvorvidt de har ondt, er bange eller andet. Men alligevel er det ofte rarest lige at tale med lægen, før vi hælder mere medicin på dem."

7.3 Dokumentation

Som før beskrevet er dokumentation en stor del af plejepersonalets daglige arbejde, og selvom dokumentationsprocedurerne til tider kan skabe øget risiko for utilsigtede hændelser (se afsnit 6.4), så synes mange af dokumentationsprocedurerne at være af forebyggende karakter.

Mange arbejdsgange involverer, at informationer skal videregives. Af særlig vigtighed er borgernes journal, hvor der fx findes beskrivelser af overordnede plejeopgaver, døgnrytme og særlige indsatsområder som fx tryksår, inkontinens, faldrisiko eller andet. Personalet kan desuden beskrive særlige situationer eller problemer i hverdagen på borgerens notatark. Alle kan læse i notatarket, men hvis plejepersonalet vil være sikker på, at kollegaerne ser beskeden, sender de en avis, som fungerer som en slags beskedsystem plejepersonalet imellem. Med dette beskedsystem er det muligt at følge med i, hvad der er sket på fx aften- og nattevagt, når man møder ind som dagvagt.

Der findes desuden mindre formelle måder at efterlade beskeder til hinanden eller sig selv på. Ved observationerne bliver det tydeligt, at plejepersonalet ofte bruger 'post-it' lapper eller små stykker papir til at videregive information og som huskeliste til sig selv. Dette involverer en risiko for, at sedlerne bliver væk eller ikke sidder ordentligt fast.

Ud over de formelle og uformelle interne beskedsystemer signerer plejepersonalet i takt med, at de udfører vagtens forskellige arbejdsopgaver. Ved hjemmeplejebesøg signerer de i borgerens mappe ved

slutningen af hvert besøg, og hver gang borgeren modtager sin dosis tabletter eller øvrige præparater. De beskriver også kort, hvilke plejeopgaver der er udført, fx morgenmad, medicin, morgentoilette.

Herudover findes der en række backup dokumentationsprocedurer som fx en papirkalender på plejecenteret, hvor fx borgernes aftaler (tandlæge, læge etc.) skrives i, selvom dette også skrives i borgers journal. En social- og sundhedsassistent fortæller, at kalenderen er helt uundværlig, når de elektroniske systemer ofte går ned (se 0).

En anden backupprocedure, som relaterer sig til systemnedbrud, omhandler, at de ansatte i hjemmeplejen printer den følgende dags kørelister hver dag, inden de går hjem. Derved ved de, hvad de skal lave dagen efter, selvom IT systemerne går ned. På samme måde fortæller sygeplejerskerne, at de gemmer deres kørelister 14 dage tilbage i tiden for en sikkerheds skyld. Som før beskrevet er det dog ikke alle, der husker dette. Backup procedurer som disse har betydning for patientsikkerheden, fordi de er med til at sikre, at personalet i tilfælde af systemnedbrud ved, hvem de skal besøge, således at ingen bliver glemt.

7.4 Medicineringsprocedurer

Som det er fremgået i løbet af rapporten, findes der en række formelle og uformelle procedurer og regler omkring medicin håndteringen, som er til for at undgå utilsigtede hændelser. Ud over de beskrevne dokumentationsprocedurer indebærer dette fx en række formelle og uformelle regler vedrørende medicindoseringen.

Plejepersonalet bliver oplært i, at doseringen af medicinen skal tjekkes minimum tre gange. Den ansatte, der doserer medicinen, tjekker, når der bliver hældt op, derefter tjekker samme person, om det stemmer efter doseringen. Denne person tjekker også, om der er tale om det rigtige præparat og de rigtige milligram i forhold til medicinskemaet. Endelig tæller personen, der uddeler medicinen, hvor mange tabletter, der gives, og signerer desuden for dette antal tabletter.

Herudover giver observationsstudierne et indblik i, hvordan de enkelte social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker eller grupper har deres egne regler, som er med til at sikre, at doseringen sker fejlfrit.

I et af observationsstudierne bruger en af social- og sundhedsassistenterne, som før beskrevet, doseringsæskens låg som lineal, da der skal doseres medicin. Dette gør hun for at holde styr på, hvilket præparat hun er kommet til på medicinskemaet. En anden social- og sundhedsassistent fortæller under sin dosering, at hun, hvis der er to æsker med det samme medicin i medicinkassen, sætter et kryds på den, hun er i gang med. Og hvis der er to glas med det samme medicin, så vender hun den på hovedet, som hun ikke er startet på.

Desuden er plejepersonalet i høj grad klar over, at det ikke er fordelagtigt at lave for mange doseringer i træk, fordi man så kan miste koncentrationen. På plejecentrene betyder dette, at de altid kun doserer til en uge ad gangen. Desuden fortæller en social- og sundhedsassistent:

”Jeg bliver nødt til at tage en pause, hvis jeg doserer mange i træk. Så plejer jeg at tage noget at drikke, at snakke lidt med nogen eller ryge en smøg. Ellers kan man blive helt bims. Og nu har jeg så også nødtelefonen i dag. Og den kan bare blive ved at ringe og ringe. Hvis sygeplejersken havde været her i dag, så havde hun fået den, mens jeg doserede.”

Som det før er beskrevet, er doseringsprocessen trods diverse procedurer alligevel en risikofaktor i forhold til utilsigtede hændelser. Dette er en af årsagerne til, at mange af plejepersonalerne udtrykker ønske om at få dosisdispensering til borgerne, hvilket betyder, at tabletterne bliver doseret på forhånd af apotekerne. Kun få af de borgere, vi møder via observationsstudierne, modtager nu dosisdispense-

ring. Der er dog en stor forventning blandt plejepersonalet om, at dette snart bliver udvidet til at omfatte mange flere borgere. Især de udkørende teams synes at have interesse i dosisdispensering, fordi der er mange borgerbesøg, som udelukkende omhandler medicindosering. Dog viser det sig ved observationsstudierne, at det ikke kun er fordele ved dosisdispensering. For det første er det oftest ikke al borgerens medicin, som bliver doseret. Derfor skal social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker alligevel dosere det resterende. Desuden kommer doserne for 14 dage ad gangen. Det betyder, at hvis der sker ændringer i løbet af disse 14 dage, så skal dette tilrettes.

Der findes en række andre sikkerhedsprocedurer i forhold til medicinen, bl.a. at borgeren får ordineret den rette medicin. På plejecentret fortæller personalet, at borgerens medicinliste sendes til tjek hver tredje måned hos borgerens egne læge, og en gang årligt kommer lægen på besøg for at gennemgå medicinen.

I løbet af observationer og interview bemærker vi flere andre uformelle procedurer omkring medicin-håndteringen. Eksempelvis fortæller en social- og sundhedsassistent, at de altid skriver til hinanden, når en borger får ny medicin, så alle er opmærksomme på det. Et andet eksempel omhandler en social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen, som fortæller, at hun altid tjekker, om social- og sundhedsassistenten har været forbi for at give medicin (fx insulin). Et tredje eksempel omhandler en regel på plejecentrene om, at der først må gives medicin, når borgerne sidder på deres pladser ved spisebordet, for derved at undgå, at en anden borger tager medicinen.

Plejepersonalet udtaler, at de mange procedurer omkring medicin har en positiv effekt. I forbindelse med en diskussion om, hvorvidt utilsigtede hændelser kan forebygges, udtrykker to social- og sundhedsassistenter det således:

Social- og sundhedsassistent 1: "Man kan ikke fjerne dem [utilsigtede hændelser] 100 %, men antallet kunne godt blive nedsat."

Social- og sundhedsassistent 2: "Der kunne måske komme en bedring, hvis der kom samme fokus på noget andet, som der var på medicin."

Der er således en opfattelse af, at det ville være hensigtsmæssigt at få et lignende fokus og flere fastlagte procedurer på nogle af de andre plejeområder.

7.5 Opsummering af forebyggelse af utilsigtede hændelser

Der findes adskillige mere eller mindre formelle procedurer og regler i plejepersonalets daglige arbejde, som er med til sikre borgernes sikkerhed og reducere risikoen for utilsigtede hændelser. Her kan bl.a. peges på den detaljerede arbejdsdeling, der findes mellem de forskellige faggrupper (sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter) samt de interne regler, som skal sikre, at afløsere, ufaglærte og elever ikke tager sig af komplicerede eller risikofyldte arbejdsopgaver. Herudover står velfungerende kommunikation og samarbejde som nogle af de væsentligste forebyggelsesparametre. Under morgen- og frokostmøder sparrer personalet med hinanden, vender usikkerheder og tager mange gange problemerne i opløbet – inden de utilsigtede hændelser sker. Desuden kan samarbejde både internt og med eksterne parter sikre, at tingene bliver gjort ordentligt eller bliver eftertjekket.

Derudover findes der en række dokumentationsprocedurer, som er med til at forebygge utilsigtede hændelser i hverdagen. Særlig væsentlig er her borgerens journal, som på mange måder fungerer som en slags internt beskedsystem, hvor informationer til kollegaerne om dagens vigtigste begivenheder videregives. Desuden er medicinområdet særligt reguleret af regler og procedurer, hvilket skaber

stor opmærksomhed fra personalets side. Ifølge personalet ville det være hensigtsmæssigt for patientsikkerheden, hvis andre områder af plejen blev tildelt samme opmærksomhed.

8. Rapportering af utilsigtede hændelser

Rapporten har indtil videre været afgrænset fra at forholde sig til rapportering af utilsigtede hændelser. Det er dog en stor del af bevidstheden blandt særligt teamledere, men også plejepersonale, at de skal til at rapportere utilsigtede hændelser. Desuden er denne undersøgelse en unik mulighed for at trække på erfaringer og meninger fra de mennesker, der skal bruge rapporteringssystemerne, inden de bliver endeligt udviklet og formidlet til kommunerne.

8.1 Omfang af rapporteringer i Egedal Kommune

Som beskrevet i afsnit 2.2.2, har Egedal Kommune siden kommunalreformen i 2007 haft en forsøgsordning med rapportering af utilsigtede hændelser. Ordningen er blevet indført som en introduktion til rapportering af utilsigtede hændelser for at forberede og indsamle erfaringer, inden rapporteringen bliver obligatorisk i 2010.

En optælling af hændelser fra 2008 viser, at der er rapporteret 63 utilsigtede hændelser i alt. Som tidligere beskrevet er der godt 1000 borgere, der enten modtager hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bor på plejecenter. Dette giver mindre end 0,1 utilsigtet hændelse per borger årligt, hvilket er meget få utilsigtede hændelser, også hvis det sammenlignes med de resultater, som tidligere er beskrevet fra Åbenrå og Helsingør (afsnit 3.2). De få rapporteringer kan skyldes, at rapporteringssystemet er forholdsvis nyt i kommunen og har haft karakter af et pilotprojekt, hvorfor det muligvis ikke har fået så meget opmærksomhed, som man kunne ønske sig. Desuden må man forvente, at jo bedre systemet bliver implementeret fremover, jo flere rapporteringer vil der finde sted.

Ud af de 63 utilsigtede hændelser, omhandler de følgende områder:

- 42 medicineringshændelser
- 13 fald eller fare for fald
- 4 rapporteringer af beboer som forlader bolig
- 1 rapportering af uhensigtsmæssigt samarbejde
- 3 rapporteringer der er kategoriseret som 'andet'.

Tallene viser altså, at næsten 70 % af de rapporterede hændelser er medicineringsfejl. I relation til rapporteringen af de 13 fald, er de 7 af faldene rapporteret på ét af de plejecentre, hvor vi interviewede teamlederen, som havde fået besked på, at de havde rapporteret mange fald, og at de kun skulle rapporteres, hvis plejepersonalet var direkte involveret i faldet.

8.2 Introduktion til rapportering

Formidlingen af praksis omkring rapportering af utilsigtede hændelser er kommet fra kommunen til teamlederne. Det har herefter været op til teamlederne at forankre proceduren blandt plejepersonalet og sørge for, at plejepersonalet rapporterer hændelserne.

8.2.1 Personalets og ledelsens introduktion

Teamlederne blev introduceret til rapporteringen af utilsigtede hændelser på en halv temadag. Flere af lederne var meget positive over for introduktionsdagen, og én af teamlederne fortalte, hvad hun fik ud af dagen:

"Så fik man mere forståelse for, hvad det går ud på, og hvorfor vi skal gøre det. Så lang tid tager det jo heller ikke, og altså du ved, man fik lidt mere viden om det, og det er jo altid rart, for en første tanke er altid; ej hvor tager det lang tid, og vi skal slet ikke bruge det til noget."

Teamlederne introducerede herefter plejepersonalet for den nye rapporteringsprocedure på et personalemøde.

Egedal Kommune har desuden udarbejdet en pjece, der beskriver, hvordan de utilsigtede hændelser skal rapporteres (se bilag 2). Pjecen er alle steder tilgængelig for plejepersonalet. Teamlederne omtaler denne pjece, men ingen af de ansatte omtaler den. Til spørgsmålet, om de har fået nogle vejledninger til, hvad der er en utilsigtet hændelse, svarer en social- og sundhedshjælper: "Næ, vi har bare fået et skema".

Nogle ansatte har selv været med til at rapportere en utilsigtet hændelse, og har derfor et praktisk forankret indblik i selve proceduren. Andre ansatte er ikke klar over, hvordan de ville skulle rapportere en utilsigtet hændelse: "Jeg ville ikke vide, hvad jeg skulle gøre, hvis jeg skulle registrere en utilsigtet hændelse".

Det er generelt for både plejecentret, hjemmeplejen og sygeplejen, at lederne beretter om, at de rapporterede utilsigtede hændelser bliver diskuteret i plenum på personalemøder, men ikke alle ansatte har oplevet, at der er blevet diskuteret utilsigtede hændelser på personalemøderne. Fx udtaler to ansatte i et af fokusgruppeinterviewene, at de aldrig har været til et personalemøde, hvor der har været en utilsigtet hændelse på dagsordenen, og at "det kunne være rart med en tilbagemelding i stedet for, at de tager hændelserne op på teamledermøderne uden, vi ved hvad der sker med dem".

Alt i alt lader det til, at rapportering af utilsigtede hændelser generelt er mere i teamledernes end i plejepersonalets bevidsthed. En teamleder udtaler i tråd hermed, at:

"Jeg hører stadig mig selv sige engang imellem: 'det vil jeg være rigtig glad for hvis du lavede en utilsigtet hændelse på!'"

8.2.2 Personalet og ledelsens modtagelse af utilsigtede hændelser

Teamlederne i hjemmeplejen og på plejecentret udtaler, at der er stor åbenhed omkring utilsigtede hændelser fra personalets side. Teamlederne udtaler, at der fra starten er blevet lagt vægt på, at rapporteringen skal bruges til læring og forebyggelse, og at der ikke skal placeres en skyld eller et ansvar. Én af teamlederne udtaler:

"Jeg synes faktisk ikke, at jeg har oplevet nogen problemstillinger i at modtage det. Det synes jeg ikke, jeg synes, vi har kunnet tale åbent om det."

Teamlederen for sygeplejerskerne udtaler derimod, at rapportering af utilsigtede hændelser i begyndelse jævnligt blev brugt til at 'angive' kollegaer:

"Man lavede utilsigtede hændelser på de andre, ikke hvor man selv var involveret. Hvis man havde en dårlig erfaring med en sygeplejerske, så lavede man utilsigtede hændelser på denne her dårlige oplevelse, hvor man syntes sygeplejersken var utilstrækkelig."

Teamlederen udtaler dog, at den tendens er ved at vende, og at hun fokuserer på, at rapporteringen skal bruges som et læringsredskab.

Selvom ledernes umiddelbare oplevelse er, at budskabet om rapportering af utilsigtede hændelser i starten blev godt modtaget af plejepersonalet, så udtrykker flere af de ansatte, at de i begyndelsen var temmelig skeptiske overfor konceptet. De fleste ansatte er dog i dag enige om, at de primært ser rapporteringen som et læringsredskab eller som en 'hjælp til selvhjælp'. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen udtaler således om introduktionen af begrebet utilsigtede hændelser:

"Første gang jeg hørte det, følte jeg det lidt som om, vi blev stemplet. Sådan havde jeg det nok først. Men nu har jeg hørt det så mange gange, så nu har jeg det sådan mere, at det er hjælp til selvhjælp. Men jeg tror, man skal høre det mange gange og tænke lidt over hvad det er."

Enkelte er dog stadig primært skeptiske. En sygeplejerske udtaler: "Personligt synes jeg, det er ubehageligt. Der bliver grebet ind i en viden og en kunnen og en faglig stolthed". Andre udtrykker en vis ambivalens over for, om rapportering skal opfattes som et kontrolsystem eller et læringsredskab:

"Jeg er lidt ambivalent. På den ene side kan jeg godt se fordelene i det, og på den anden side føler jeg det også lidt som en kontrol af, hvad vi går og bruger tiden på, og hvor mange fejl vi laver i løbet af dagen. Men det positive ville jo så være, hvis man fik lidt tilbagemeldinger på det."

Således er der en tendens til, at teamlederne har et billede af, at plejepersonalet er meget åbne over for rapportering af utilsigtede hændelser, mens nogle ansatte udtrykker en del skepsis. Dog er plejepersonalet mindre skeptiske nu, end de var, lige da tiltaget blev introduceret.

8.3 Barrierer for rapportering

Der kan identificeres flere barrierer for rapportering af utilsigtede hændelser blandt plejepersonalet. Selvom det ifølge både teamledere og plejepersonale er understreget, at rapporteringen af utilsigtede hændelser ikke kan føre til, at personalet bliver ansvarliggjort for hændelsen, er meget af plejepersonalet bekymret for anonymiteten. Desuden er det vigtigt for plejepersonalet, om man selv skal indrapportere hændelserne, eller om man skal rapportere sine kollegaer. Det kan også være en barriere, hvis der ikke afsættes tid til rapporteringerne af utilsigtede hændelser, og hvis der ikke gives tilbagemeldinger på rapporteringerne. Herudover kan rapporteringerne opfattes som dobbeltarbejde, idet mange af hændelserne allerede skrives i borgernes elektroniske journal.

8.3.1 Anonymitet og usikkerhed omkring rapporteringerne

Noget af plejepersonalet udtrykker en usikkerhed omkring, hvad der sker med de rapporterede hændelser. Dette kommer bl.a. til udtryk i diskussionen om anonymitet, hvor plejepersonalet mener, at der vil være flere, der vil rapportere utilsigtede hændelser, hvis systemet var helt anonymt. Én af sygeplejerskerne drager en parallel til sager vedrørende lægefejl, hvor lægerne efterfølgende har problemer med at skaffe job. Sygeplejersken udtaler:

"Jeg synes nogle gange, at det bliver præsenteret sådan: 'I skal bare indberette'. Jamen det har sørme også nogle konsekvenser for nogle af os. For det går videre i systemet. Og den haler synes jeg, der mangler lidt i denne her snak."

Nogle af sygeplejerskerne udtrykker desuden bekymring for, hvorvidt deres autorisation kan blive taget fra dem. En sygeplejerske udtaler: "Vi har vel fået den af en grund, så kan de vel også tage den

fra os igen". Herudover udtrykkes der nervøsitet for, om navne pludselig kan dukke op eksempelvis på internettet i relation til en sag om en utilsigtet hændelse.

En anden problemstilling, som nævnes i den forbindelse, er adgangen til de rapporterede hændelser. Nogle steder står mapperne med de utilsigtede hændelser tilgængelige i fællesarealerne. Det har været diskuteret i personalegruppen, at det er ubehageligt, at alle kan gå hen og se, hvem der har lavet en rapportering af en utilsigtet hændelse. Mappen med rapporteringerne bør derfor ifølge plejepersonalet stå et sted, der ikke er tilgængeligt for alle.

I Egedal Kommune er rapporteringsskemaerne i forløbet blevet lavet om fra at være helt anonymiseret til at indeholde navn og CPR nummer på plejepersonalet. Spørgsmålet omkring anonymitet har været oppe på et teamledermøde i kommunen, og der var ifølge én af teamlederne bred enighed om, at det ikke er nødvendigt med denne fulde offentliggørelse, men at det vil være nok, hvis teamlederen ved, hvem der er impliceret i hændelsen. Dette har ført til, at plejepersonalet nu ikke længere skal anføre CPR nummer.

8.3.2 Hvem har ansvar for rapportering?

Det bliver igennem fokusgruppinterviewene klart, at der blandt personalet kan opstå usikkerhed omkring, hvorvidt det er den person, som opdager en utilsigtet hændelse, der skal rapportere den, eller hvorvidt det er den person, som er involveret i hændelsen, der skal rapportere den – i de tilfælde, hvor dette ikke er samme person.

Selvom noget af personalet, som ovenfor beskrevet, udtrykker en vis usikkerhed over for at skrive en utilsigtet hændelse om noget, de selv har været involveret i, så synes spørgsmålet om rapportering endnu mere følsomt, når det knytter sig til en kollega. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen beskriver det således:

"Hvis nu det var mig, der havde gjort det [doseret forkert], så ville jeg skrive det, men hvis nu det var min kollega, der havde lavet den samme fejl rigtig mange gange. Så ville jeg snakke med min kollega. Så ville jeg ikke skrive en utilsigtet hændelse."

Generelt er de ansatte på den måde enige om, at det ikke er hensigtsmæssigt at rapportere utilsigtede hændelser om en kollega. I stedet skal den implicerede kollega opfordres til selv at rapportere hændelsen, men det kan også være vanskeligt. Én af sygeplejerskerne udtaler, at hun ville 'forvente, at kollegaen selv indberetter', men at det vil være ubehageligt at opfordre vedkommende til det. I stedet udtrykker personalet, at de blot ville snakke med kollegaen om situationen, men ikke nødvendigvis bede kollegaen om at gå videre med det. En social- og sundhedsassistent siger: "Jeg kunne godt forstille mig, at vi ville holde sammen, og så taler vi bare lige om det. Og så kunne jeg godt finde på at sige; der var lige en fejl du, men så ville jeg sørge for, at det ikke kom vores leder for øre." En anden samtale udspiller sig således:

Social- og sundhedsassistent 1: "Hun [teamlederen] behøver jo ikke vide alt. Hvis du har hældt et eller andet forkert op, så går jeg jo ikke ind og fortæller det."

Social- og sundhedsassistent 2: "Nej, men hvis hun sad der, ville du vel sige det alligevel?"

Social- og sundhedsassistent 1: "Nej, det ved jeg ikke, om jeg ville ... Hun behøver jo ikke at vide det som sådan. Der kan man da godt tage indbyrdes selv."

Når der er tale om, at man har opdaget, at en tæt kollega er involveret i en utilsigtet hændelse, kan der således være en tendens til, at personalet diskuterer det indbyrdes frem for at gå til ledelsen eller skrive en utilsigtet hændelse på det.

Det synes dog mindre følsomt at skrive en utilsigtet hændelse på en kollega, man ikke direkte arbejder sammen med i hverdagen. Én af sygeplejerskerne udtaler: "Jeg ved, at der er en situation, hvor en af hjælperne [social- og sundhedshjælper] har indberettet en sygeplejerske. Det synes jeg er lidt ubehageligt." Som før beskrevet mener også sygeplejerskernes teamleder, at det kan være problematisk, når andre faggrupper i plejesektoren skriver utilsigtede hændelser på en sygeplejerske frem for at kontakte den involverede.

8.3.3 Tid til rapportering

En mere praktisk barriere for rapportering af utilsigtede hændelser omhandler, hvorvidt der er tid og ressourcer til at rapportere utilsigtede hændelser i en travl hverdag, som i forvejen involverer meget dokumentationsarbejde. Flere af personalerne udtrykker således, at der skal sættes tid af til rapporteringen i dagligdagen – den tid som i hjemmeplejen og sygeplejen bliver betegnet som 'hvid tid'. Hvid tid henviser til tid, som ikke er udfyldt med borgerbesøg, møder mm. Plejepersonalet er meget opmærksomt på, om der bliver lagt yderligere administrative opgaver over til dem, som de ikke får ekstra tid til. Plejepersonalet er desuden meget opmærksomt på, at deres primære opgave er varetagelse af borgerne, og at administrative opgaver tager tid, som ville have været brugt bedre hos borgerne. Derfor vil det ikke være nok at få ekstra tid til rapportering, hvis tiden bliver taget fra plejeopgaverne.

Til spørgsmålet om, hvad der ville ske, hvis alt, hvad vi i en af fokusgrupperne havde snakket om som utilsigtede hændelser, skulle rapporteres, svarer en social- og sundhedsassistent:

"Så ville vi sige op alle sammen. Så ville vi jo ikke længere være der for borgeren. Så ville vi være der for computeren og kommunens skyld."

Desuden nævner både en teamleder og plejepersonale, at det kan være en barriere, at formularen, der skal udfyldes, er på så mange sider. Den er på tre sider, og både teamleder og plejepersonale siger, at det kan forhindre personale i at rapportere en hændelse, hvis det fremstår som om, at der skal skrives meget.

8.3.4 Tilbagemeldinger

En del af plejepersonalet mener, at det kan hjælpe på rapporteringerne, hvis der kommer en tilbage melding i forhold til de rapporterede hændelser. En vigtig pointe for nogle ansatte i forhold til rapportering er, at der skal handles på rapporteringerne. Det er ikke tilstrækkeligt, at de laver rapporteringerne, og så aldrig hører noget til det.

Nogle af de ansatte ønsker, at der kommer nogle opgørelser over utilsigtede hændelser fra deres gruppe, eksempelvis i nogle hovedgrupper som fald, medicin, magt osv. De mener, at de kan bruge det til at sammenligne sig med de andre grupper, erfaringsudveksling samt forebyggelse. Et eksempel kan være:

"Men vi følte heller ikke, der blev gjort noget ved det, selvom vi blev ved med at skrive dem, så endte de bare henne på et kontor et eller andet sted. Så kan man bruge dem personalet imellem, hvis man skal se, at en beboer falder hver dag kl. 16, så kan vi måske sætte ind på den måde og bruge dem som et arbejdsredskab, men det der med, at de bare havner på et eller andet kontor, og der ikke sker mere ..." (social- og sundhedsassistent, plejecenter)

Andre har dog svært ved at se, hvad de skal bruge sådanne tilbage meldinger til. De mener ikke, at en opgørelse over utilsigtede hændelser vil gøre en forskel i det daglige arbejde. En af teamlederne nævner desuden, at hun mener, at den interne kommunikation omkring hændelsen er vigtigere end tilbage meldingerne.

8.3.5 Borgerjournal

Flere gange i løbet af interviewene nævner personalet, at de i borgernes journaler i forvejen dokumenterer de hændelser, som man kunne karakterisere som utilsigtede hændelser. I forbindelse med spørgsmål angående en eventuel rapportering af en bestemt utilsigtet hændelse, nævnte personalet således ofte, 'jamen det registrerer vi allerede i borgerens journal'. Som tidligere beskrevet fungerer borgernes journaler nemlig som et slags internt beskedsystem, hvor personalet beskriver særlige hændelser eller begivenheder, som omhandler borgeren.

Eksempelvis fortæller personalet på plejecentret, at de i tilfælde, hvor en borger går fra centret, rapporterer det i den elektroniske journal. Denne rapportering er på mange måder mere betydningsfuld for personalet, end hvis hændelsen bliver rapporteret som en utilsigtet hændelse. Rapporteringen i borgerjournalen giver mere mening i hverdage, fordi den næste på vagt kan bruge informationerne direkte, og fordi personalet altid kan gå tilbage for at se, om en lignende hændelse fx har fundet sted tidligere. I modsætning til dette påpeger personalet, at rapporteringerne af utilsigtede hændelser ikke giver den samme mulighed for intern erfaringsudveksling.

Lederen af plejecenteret udtaler, at med hændelser, som er mindre alvorlige, og som ofte forekommer gentagne gange, opretter de et indsatsområde i borgerjournalen. Dermed bliver hændelserne ikke rapporteret som utilsigtede hændelser, men der kommer fokus på hændelsen via det system, som personalet arbejder i dagligt. Teamlederen for hjemmeplejen nævnte også i flere anledninger borgernes journaler som et sted, hvor personalet skriver hændelser, der muligvis kan karakteriseres som utilsigtede hændelser, men hvor en beskrivelse i borger journalen er mere anvendelsesorienteret i hverdagen.

Personalet taler i den forbindelse om, at det kunne være meget funktionelt og brugbart, hvis man direkte i den elektroniske journal kunne skrive de utilsigtede hændelser ind, så det kunne rapporteres direkte, samtidig med at oplysningen kunne bruges af det øvrige personale, uden de skulle benytte forskellige dokumentationssystemer. Det skal til her bemærkes, at en fuld integration vil være en besværlig opgave, idet kommunernes elektroniske systemer er forskellige. Dog kan man stræbe efter en så tæt integration som muligt.

For at fremme rapporteringen, når loven træder i kraft, håber lederen af sygeplejen desuden, at systemet bliver elektronisk med automatisk rapportering til Dansk Patientsikkerheds Database.

8.4 Effekter af rapportering af utilsigtede hændelser

Direkte adspurgt udtaler en stor del af plejepersonalet samt teamlederne, at det har en overvejende positiv effekt at rapportere utilsigtede hændelser.

Til spørgsmålet om, hvorvidt det har haft nogen effekt at rapportere utilsigtede hændelser gennem det sidste halvandet år svarede lederen af hjemmeplejen:

"Ja, det har det i hvert fald. Det er, at det får tid, hvis man kan sige det sådan. Førhen hvis en hjælper oplevede noget i hjemmet, som hun eller han følte, der ikke var tid til at sige, så kunne det godt være, at det ikke ville blive sagt. Men nu bliver det skrevet ned, og nu bliver det taget på et personalemøde. Så nu bliver det i hvert fald sagt."

Nogle ansatte argumenterer i samme tråd for, at det er en læringsproces, hver gang man udfylder en rapportering af en utilsigtet hændelse. Selve skriveprocessen skaber en opmærksomhed, som man ikke ville kunne opnå blot ved dialog. En social- og sundhedsassistent giver således udtryk for, at det også er en 'hjælp til os selv, at vi får mere fokus på de fejl man laver'.

Som beskrevet tidligere er det ikke al plejepersonalet, der kan genkende denne opmærksomhed på utilsigtede hændelser. Nogle ansatte lagde vægt på, at de fleste utilsigtede hændelser er 'hændelige uheld' og alligevel ikke i væsentlig grad kan undgås. Særligt i forbindelse med medicineringsprocedurer nævner flere, at læringspotentialet ikke er så stort, fordi alle har stor opmærksomhed på området i forvejen. Desuden fortæller flere som beskrevet, at de allerede benytter borgerjournalen til at beskrive nogle af de vigtige hændelser, hvorfor rapporteringerne kan synes som dobbeltarbejde.

8.5 Opsummering af rapportering af utilsigtede hændelser

Egedal Kommune har siden kommunesammenlægningen rapporteret utilsigtede hændelser i plejesektoren. I 2008 blev disse rapporteringer opgjort til 63, hvoraf 43 omhandlede medicineringshændelser og 13 hændelser omhandlede fald. Det lave antal rapporteringer kan skyldes at projektet er et pilotprojekt, og at det tager tid før rapporteringerne bliver en integreret del af de ansattes hverdag.

Personale og ledere synes generelt at have taget godt imod rapporteringssystemet, dog kan der identificeres en række barrierer for rapportering hos plejepersonalet. En af disse omhandler en vis usikkerhed over for, hvad der sker med rapporteringerne. Det synes vigtigt for personalets motivation og lyst til at arbejde med patientsikkerhed, at der gives feedback på rapporteringerne. En anden omhandler en generel modvilje mod at 'angive' sine kollegaer, såfremt man opdager, at de har været involveret i en hændelse. Personalet påpeger herudover, at de mangler tid til rapportering i hverdagen, at det ville være rart med flere tilbagemeldinger på de rapporterede hændelser, samt at det ville være en god idé, om rapporteringssystemet blev mere integreret med borgerjournalen.

Spørges der ind til effekten af rapporteringssystemet er holdningerne blandede. Nogle mener, at det har skabt mere fokus på området og et rum for at tale om utilsigtede hændelser. Andre er mere usikre på de positive effekter af rapporteringssystemet.

9. Diskussion

I de foregående afsnit har vi beskrevet og kort diskuteret det empiriske materiale i forhold til arbejds-spørgsmålene. I dette afsnit vil vi diskutere og perspektivere analysens vigtigste resultater med henblik på at fremhæve de resultater, som er mest anvendelsesorienterede. Diskussionerne vil blive holdt op imod relevant litteratur.

Netop mulighederne for at bruge analysens resultater i det videre arbejde med utilsigtede hændelser og rapportering af utilsigtede hændelser i plejesektoren vil betyde, at beslutningstagere, involverede og andre interesserede kan tage udgangspunkt i rapportens resultater i overvejelserne om, hvordan man reducerer utilsigtede hændelser i plejesektoren.

9.1 Derfor er det svært at vide, hvad en utilsigtet hændelse er

I rapporten har en af de vigtigste diskussioner omhandlet, hvad utilsigtede hændelser er, og hvordan hændelserne optræder i hverdagen. Det, der blev brugt mest energi på i samtalerne med ledere og plejepersonale, var at finde ud af, hvad en utilsigtet hændelse egentlig er. Det var ikke kun i diskussioner om definitionen på utilsigtede hændelser, at plejepersonalet overvejede disse spørgsmål, men også i forbindelse med eksemplificering af utilsigtede hændelser opstod der ofte diskussioner om, hvorvidt noget "nu også er en utilsigtet hændelse". Derfor bliver en af rapportens vigtigste konklusioner, at det er væsentligt at diskutere og afgrænse begrebet "utilsigtede hændelser", så det ikke blot tages for givet, at plejepersonalet ved, hvad utilsigtede hændelser er.

I dette afsnit vil det blive diskuteret, hvorfor det er vanskeligt at finde ud af, hvad en utilsigtet hændelse er. Det vil blive diskuteret, hvordan de utilsigtede hændelser opfattes af plejepersonalet, og hvorfor det er problematisk, at de forskellige hændelseskategorier optræder i så forskellig form i plejesektoren.

9.1.1 Opfattelsen af utilsigtede hændelser

Der er flere årsager til, at det er vanskeligt at definere utilsigtede hændelser. For det første er der en række forskellige betingelser, som plejepersonalet mener, skal være til stede for, at en hændelse kan kategoriseres som en utilsigtet hændelse. De fire karakteristika er: At personalet er involveret i hændelsen, at det er noget, der ikke 'sker hver dag', at det har konsekvenser for borgeren, og/eller at det kan forhindres i at opstå igen. Betingelserne hverken udelukker eller betinger hinanden, hvilket gør dem vanskelige at arbejde med. Den sidste betingelse omhandler, at en utilsigtet hændelse skal indeholde et læringspotentiale eller skal kunne forebygges, hvilket også var et af resultaterne i en tidligere DSI rapport (3). Plejepersonalets mulighed for at undgå, at en hændelse opstår igen, opleves som væsentlig i forhold til, hvad der skal karakteriseres som en utilsigtet hændelse. Denne praktiske definition fra plejepersonalets side er ikke præsenteret i de formelle definitioner (fx lovgivningen) og viser, at plejepersonalet anser rapporteringer af utilsigtede hændelser som noget direkte anvendelsesorienteret, som bør indeholde et læringspotentiale. Det betyder desuden, at det vil være væsentligt at give plejepersonalet konstruktiv feedback på rapporteringerne, hvis det skal forblive relevant for personalet at rapportere hændelserne. Denne orientering mod det forebyggende aspekt stemmer fint overens med, at plejepersonalet i flere tilfælde udtaler, at hændelsen skal være personalets ansvar, for at det er en utilsigtet hændelse. Kun hvis det er deres ansvar, føler de nemlig, at de kan handle på den. Som analysen af fx tryksår og fald viser, er det imidlertid meget individuelt, hvornår plejepersonalet føler, at hændelserne er deres ansvar.

I fokusgruppen med sygeplejerskerne bliver det desuden klart, at ordlyden af begrebet i sig selv kan skabe noget forvirring. Sygeplejerskerne har generelt en fornemmelse af, at man har opfundet en nyt og pænere ord for fejl. Hvorfor så ikke bare 'kalde en spade for en spade' som en af sygeplejerskerne udtrykker det. Denne pointe er ikke uvæsentlig, fordi der peges på, at begrebet kan virke fremmedgørende. Desuden er holdningen igen et udtryk for, at personalet i høj grad anser utilsigtede hændelser som noget, der primært er deres ansvar. I relation til litteraturen, kan dette opfattes som et udtryk for, at personalet opfatter utilsigtede hændelser, som et individuelt ansvar, og ikke et ansvar, der kan tilskrives systemet. Bogen "Patientsikkerhed - fra sanktion til læring" beskriver, at denne opfattelse betyder, at arbejdet med patientsikkerhed ikke er særligt udviklet, og det kan skabe modvilje mod erkendelsen af utilsigtede hændelser (30).

9.1.2 Hændelseskategorier

Vi havde på forhånd defineret en række kategorier af utilsigtede hændelser, og flere kom til i interviews og under observationerne. Flere forhold betyder dog, at hændelseskategorierne er vanskelige at samle under et begreb, som det er forsøgt med utilsigtede hændelser. På forhånd havde vi primært identificeret medicinering, fald, sektorovergange og tryksår som former for utilsigtede hændelser. I empirien stødte en række kategorier til: glemte borgere, borgere der vandrer, hjælpemidler mm.

At kategorisere og identificere en række utilsigtede hændelser kan hjælpe plejepersonalet i hverdagen til at få øjnene op for andre hændelseskategorier end medicinering. Det skal imidlertid bemærkes, at kategorierne dækker meget forskellige områder, hvilket er med til at understrege, at utilsigtede hændelser er et vanskeligt begreb. Eksempelvis omhandler medicinområdet et bestemt arbejdsområde, fald en bestemt hændelseskategori og sektorovergange en underliggende årsag.

Medicinområdet henviser til et bestemt arbejdsområde, hvor utilsigtede hændelser kan finde sted inden for meget forskelligartede arbejdsopgaver som eksempelvis medicindosering, dokumentation, medicinindtagelse, samarbejde med apoteker og egen læge osv. Der findes i den forbindelse en lang række procedurer, som gør, at personalet har helt klare regler for, hvordan de skal handle i forbindelse med medicineringen, herunder fx regler om at der skal tælles tre gange ved medicindosering, regler for hvem der må udlevere medicin samt dokumentationsprocedurer i forbindelse med dosering og udlevering. Disse faste procedurer skaber stor opmærksomhed på medicinområdet for personalet og gør, at medicineringshændelser bliver mere håndgribelige for plejepersonalet: Er der signeret, eller er der ikke signeret? Hvem har givet medicinen? Er der en tablet for meget eller en tablet for lidt? Og hvem har doseret?

Fald refererer til en meget specifik type utilsigtet hændelse, som kan opstå i forbindelse med flere forskellige arbejdsopgaver eller helt uafhængigt af plejepersonalet. I plejesektoren er det meget afhængigt af situationen, hvorvidt fald skal betragtes som en utilsigtet hændelse. Det afhænger ifølge plejepersonalet i høj grad af, hvorvidt borgeren falder i forbindelse med plejeopgaver, samt hvorvidt borgeren vælger at tage imod de faldforebyggende tiltag, som personalet tilbyder.

Sektorovergange opererer igen på et andet plan og refererer ikke til et bestemt arbejdsområde eller en specifik hændelse, men til en væsentlig årsag til utilsigtede hændelser. Sektorovergangene vanskeliggøres yderligere, fordi plejepersonalet ofte ikke føler, at de har et så tæt samarbejde med de andre sektorer, at de kan oplyse dem om eventuelle utilsigtede hændelser, som er opstået hos samarbejdspartnerne (fx læge, apotek eller hospital). Dermed forsvinder læringsperspektivet, og personalet føler det ikke nyttigt at beskæftige sig med utilsigtede hændelser, der ligger uden for plejesektoren.

De forskellige typer af hændelseskategorier er naturligvis med til at komplicere forståelsen af utilsigtede hændelser for plejepersonalet. Fx kan sektorovergange føre til medicineringshændelser. Og medicineringfejll i form af fejlmedicinering kan føre til fald. Som det fremgår af litteraturstudiet, er det

helt normalt at arbejde med denne gruppe af kategorier. Det er dog alligevel vigtigt at have forskellen mellem de forskellige kategorier in mente i arbejdet med utilsigtede hændelser i plejesektoren.

Medicinering er det mest håndgribelige og velbeskrevne område indenfor utilsigtede hændelser, og de øvrige kategorier er der ikke det samme fokus på. Der findes ikke i lige så høj grad fastlagte procedurer for de øvrige pleje- og sundhedsydelser. At utilsigtede hændelser i så høj grad afhænger af plejepersonalets fokus betyder, at de øvrige risikoområder risikerer at blive overset.

9.1.3 Særlige vilkår i plejesektoren

Som vi allerede konkluderede på baggrund af litteraturstudiet, og som det er blevet tydeliggjort igennem denne undersøgelse, gør der sig nogle særlige vilkår gældende i plejesektoren, som har betydning for karakteren og forståelsen af utilsigtede hændelser. Et af disse vilkår omhandler borgerens selvbestemmelsesret og autonomi. I plejesektoren kan der i højere grad end i hospitalssektoren opstå situationer, hvor borgerens ønsker ikke er overensstemmende med personalets ønsker om at højne patientsikkerhed eller reducere fejl. Det gælder fx i forbindelse med faldforebyggelse, medicin håndtering, for gammelt mad mm. I de situationer skal plejepersonalet respektere borgerens ønske, hvilket kan betyde, at risikoen for utilsigtede hændelser højnes. Et lignende resultat blev fundet i en Canadisk kvalitativ undersøgelse, hvor de konkluderer, at det konventionelle institutionelle patientsikkerhedsperspektiv ikke passer i plejesektoren (31). Denne problemstilling bliver også fremhævet i de kvalitative resultater fra DSI rapporten om utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen (3).

Når der arbejdes med utilsigtede hændelser i plejesektoren skal disse dilemmaer medtænkes af flere årsager. For det første er det en vigtig indsigt, at sikkerhed ikke altid er første prioritet for borgeren. Fx kan det betyde mere for en borger at få lov at klare så meget som muligt selv end at minimere faldrisikoen. I de situationer skal plejepersonalet i høj grad respektere borgerens ønsker, og det vil derfor virke "uretfærdigt" på plejepersonalet at skulle rapportere en utilsigtet hændelse, såfremt de har oplyst borgeren om den øgede faldrisiko.

En anden besværlighed i forbindelse med arbejdet i plejesektoren omhandler, at det er svært at afgøre, hvilke hændelser der hører ind under pleje- og sundhedsydelserne. På hospitalet opstår dette problem ikke, fordi borgeren er under behandling, så længe han/hun befinder sig på hospitalet. I hjemmeplege og på plejecentret lever borgeren imidlertid sit helt almindelige liv, og spørgsmålet bliver da hurtigt, hvorvidt de hændelser, der sker, er relateret til pleje- og sundhedsydelserne, eller om de sker uafhængigt af de ydelser, borgeren modtager. Hvis en borger, der modtager hjemmehjælp hver 14. dag, falder i sit eget hjem alene, skal det så anses som en utilsigtet hændelse? Denne problemstilling har konsekvenser for, hvad personalet betragter som utilsigtede hændelser. Fx betragter personalet af netop denne årsag langt hen ad vejen ikke fald som en utilsigtet hændelse. Dette er en interessant konklusion, fordi fald oftest betragtes som en af de vigtigste hændelseskategorier (se litteraturstudiet), og derfor også som en af de kategorier vi på forhånd havde forventet ville vise sig i empirien.

9.2 Årsager til utilsigtede hændelser

I undersøgelsen blev der identificeret en række årsager til utilsigtede hændelser. De bagvedliggende årsager handler primært om arbejdsvilkår, men også andre mere eksplicite årsager kan identificeres. De vigtigste årsager diskuteres i dette afsnit.

9.2.1 Tekniske årsager

Tekniske årsager som systemnedbrud og dobbelt dokumentation er identificeret som risikofaktorer for utilsigtede hændelser. Litteraturstudiet viste, at både en canadisk (25) og svensk (26) undersøgelse har identificeret tekniske årsager som systemintegration, dokumentation og journalhåndtering som

underliggende risikofaktorer for utilsigtede hændelser. I plejesektoren og særligt i hjemmeplejen er de meget afhængige af de elektroniske systemer. De er en hjælp i hverdagen, men da man ikke kan regne med, at de altid fungerer, er der oprettet uformelle back up procedurer, som indebærer en hel del dobbeltrapporteringer. I den begrænsede tid vi befandt os i plejesektoren i Egedal Kommune enten for at interviewe eller observere, var systemerne nede to gange. Interviewene viste også, at det er noget, der ligger personalet på sinde i forhold til at komme til at lave fejl. Både de ændrede arbejdsgange ved et systemnedbrud og dobbeltrapporteringerne som sikkerhed ved systemnedbrud kan medføre utilsigtede hændelser.

9.2.2 Arbejdsvilkår

En række forhold, som er knyttet til arbejdsvilkårene, blev identificeret som bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser.

Plejepersonalet nævner tidspres, ressourcemangel og PDA'ernes ufleksibilitet som en årsag til, at utilsigtede hændelser kan opstå. Desuden er alene-arbejde i plejesektoren nævnt i litteraturstudiet som en underliggende årsag til, at utilsigtede hændelser kan opstå (3).

Særligt den infleksibilitet, som PDA'en medfører, opleves af plejepersonalet i hjemmeplejen som meget frustrerende. Den registrering af arbejdstiden, som PDA'en påbyder, kan medføre risikosituationer, fordi plejepersonalet ikke har mulighed for at tilrettelægge hverdagen så fleksibelt, at de kan tilbyde en borger lidt ekstra pleje, hvis borgeren har det særligt dårligt den pågældende dag. Der er altså tale om, at personalet i situationer, hvor der sker noget uventet, ikke føler, at de har mulighed for at handle på dette indenfor de rammer, som de har at arbejde under. Ifølge personalet kan denne manglende fleksibilitet resultere i utilsigtede hændelser.

Tidspres og ressourcemangel blev desuden nævnt af plejepersonalet som en af de bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser. Denne årsag kan ikke genfindes i litteraturen på området, men som en social- og sundhedshjælper udtrykker det: "Jeg tror ikke, der er nogen, der kan se sig fri for på et eller andet tidspunkt at have begået en fejl, fordi man var for presset".

Det fremgik af litteraturstudiet, at der i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen gælder det særlige forhold, at plejepersonalet, i modsætning til plejecenter- og hospitalsansatte, oftest arbejder alene. Ifølge DSI rapporten *Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen* kan det at arbejde alene øge risikoen for utilsigtede hændelser, fordi der ikke er kollegaer til at sparre med i den konkrete plejesituation, og fordi en ansat kan tillægge sig uhensigtsmæssige vaner, uden at det bliver opdaget (3). I forbindelse med dette projekts observationsstudier og interviews træder denne risiko ikke frem som en særlig årsag til utilsigtede hændelser. Desuden betyder morgen- og frokostmøder i hjemmeplejen samt telefonsamtaler i løbet af dagen i såvel hjemmepleje som hjemmesygepleje, at der dagligt finder faglig sparring sted. Herudover er der ofte nogle af plejeopgaverne, som der skal bruges to plejepersonaler til, hvilket også skaber mulighed for sparring.

9.3 Derfor er det vanskeligt at rapportere utilsigtede hændelser

Utilsigtede hændelser i plejesektoren er et aktuelt emne lige nu, fordi det fra 2010 bliver lovpligtigt at rapportere hændelserne. Loven forpligter desuden kommunerne på at analysere hændelserne, handle på dem og lære af dem. Et af omdrejningspunkterne for undersøgelsen er derfor også, hvordan og hvorfor de utilsigtede hændelser skal rapporteres.

9.3.1 Rapporterbare utilsigtede hændelser

Undersøgelsen viser, at de mere abstrakte diskussioner om, hvordan begrebet utilsigtede hændelser skal defineres, træder i baggrunden, når man ser på, hvordan rapporteringssystemet fungerer i Egedal Kommune. I personalets almindelige hverdag kommer afgrænsning i høj grad til at afhænge af pragmatiske forhold. Disse forhold har mindre at gøre med, hvilke hændelser der kan defineres som utilsigtede hændelser og mere at gøre med, hvilke hændelser det på forhånd er aftalt skal rapporteres, samt hvilke hændelser der grundet praktiske årsager ender med at blive rapporteret.

I rapporteringen af de utilsigtede hændelser i Egedal Kommune, er det derfor medicinering, der oftest er rapporteret. Plejepersonalet udtaler flere gange, at det skyldes det håndgribelige ved medicinering, men også at der er fokus på medicineringsfejl, og at det kan have alvorlige konsekvenser. At medicinering er den hyppigst rapporterede utilsigtede hændelse stemmer overens med litteraturstudiet, hvor adskillige af undersøgelserne kun beskæftiger sig med medicinering som utilsigtet hændelse (6-8; 32-35), og hvor øvrige undersøgelser viser, at medicinering er den hyppigste form for utilsigtet hændelse (3; 36; 37). Én udenlandsk undersøgelse, der rapporterer flere typer utilsigtede hændelser, har dog fald som den hyppigst forekomne hændelse, mens medicinering kun udgør 5 % af hændelserne (38).

Der kan være mange årsager til, at medicinering ofte er den hyppigst forekommende utilsigtede hændelse. Den mest åbenlyse er, at der reelt forekommer flest hændelser i forbindelse med medicinering. Andre forklaringer er imidlertid de forhold, plejepersonalet nævner, samt den række mere eller mindre formelle regler der er for, at uregelmæssigheder i forbindelse med medicinhåndteringen skal rapporteres. Som oftest er forklaringen formodentlig en blanding af de forskellige forklaringsmekanismer. Divergensen i andelen af medicinhændelser i litteraturstudiet viser, at rapporteringen kan være influeret af subjektive bedømmelser af, hvad der er utilsigtede hændelser.

Som beskrevet i rapporten, var det ene plejecenter i Egedal Kommune begyndt at rapportere fald, når borgeren faldt i egen bolig, hvis det blev opdaget af plejepersonalet. Det blev derefter besluttet, at denne type hændelser ikke skulle rapporteres. Rapporteringen af hændelser afhænger således i høj grad af, hvad der aftales internt i kommunen eller på den enkelte enhed.

Som beskrevet i litteraturstudiet har vi foretaget opringninger til to af de kommuner, der ligesom Egedal Kommune har arbejdet med rapportering af utilsigtede hændelser. Det drejer sig om Helsingør, hvor der i løbet af et år blev rapporteret 355 medicineringshændelser og 278 fald samt Åbenrå, hvor der i løbet af et år blev rapporteret 1077 hændelser i alt. I begge disse kommuner er der blevet rapporteret væsentligt flere utilsigtede hændelser end i Egedal, hvor der i løbet af et år er blevet rapporteret 63 utilsigtede hændelser. Der kan være mange forskellige årsager til dette. Ud over at der kan være nogle omfangsmæssige forskelle, fx er der i Helsingør også medtaget træningscentre, kan årsagerne til forskellighederne desuden findes i, hvad der opfattes som utilsigtede hændelser. Når der i Helsingør og Åbenrå er blevet registeret henholdsvis 355 og 307 fald over for 13 i Egedal, så tyder det på, at der i de to første kommuner er blevet lagt op til, at alle fald skal rapporteres, mens vi ved fra en teamleder i Egedal Kommune (se afsnit 5.3), at oplægget her har været, at kun de fald, som involverer plejepersonalet eller er direkte relateret til plejen, skal rapporteres. I den internationale litteratur på området finder tre undersøgelser, at der sker et fald per beboer på plejehjem mellem hver 7. og 4. måned (39-41) hvilket også understreger, at niveauet i Egedal Kommune er meget lavt.

Selvom der er store forskelle mellem antallet af rapporteringer kommunerne imellem, så er der en vis overensstemmelse i forhold til fordelingen af utilsigtede hændelser på forskellige hændelseskategorier. Medicin er således den største hændelseskategori i alle tre kommuner. I Helsingør er det dog kun godt halvdelen af hændelserne, som omhandler medicin, mens det i Åbenrå og Egedal er omkring 70 %. Til sammenligning kan det bemærkes, at der i 2008 blev rapporteret 21.000 utilsigtede hændelser på landsplan fra hospitalssektoren i Danmark. Heraf var 36 % medicineringshændelser, 19 % omhandle-

de forveksling og fejlkommunikation, 12 % omhandlede fald og 10. % hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud (42). I plejehjemstilsynene fra 2008 var alle målepunkter vedrørende medicin håndtering kun overholdt i 63 % af tilfældene. Dette viser, at der i forbindelse med medicineringsprocedurerne er mange retningslinjer, der skal overholdes, og selvom plejepersonalet har stort fokus på dette område, sker der alligevel ofte brud på retningslinjerne. Også i den internationale litteratur er det klart, at utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinerung er hyppigt forekommende. Et studie viser, at der sker næsten to utilsigtede hændelser per 100 beboermåneder (43). Der er derfor ingen tvivl om, at medicinerung er en væsentlig hændelseskategori, når der tales om utilsigtede hændelser, men spørgsmålet er, om der sker en underrapportering af de andre kategorier, fordi der er så meget fokus på medicinerung.

9.3.2 Personalets opfattelse af rapporteringen

Hvorvidt utilsigtede hændelser i praksis bliver rapporteret afhænger ifølge plejepersonalet i høj grad af forskellige praktiske forhold. Er der travlt? Er rapporteringsskemaet tilgængeligt? Husker man det efter en lang dag? Som vist i analysen kan der også være mere personlige og følelsesmæssige årsager på spil. Føler den ansatte sig sikker ved rapporteringen? Føles det som en angivelse af en kollega? Føler den ansatte, at rapporteringen er meningsfuld? Selvom denne type barrierer kan virke banale, er det vigtige at tage hensyn til, hvis et rapporteringssystem skal implementeres ensartet og give valide resultater.

Det skal bemærkes, at nogle af disse usikkerheder kan skyldes, at rapporteringssystemet har fungeret som en forsøgsordning i Egedal kommune, og at implementeringen ikke er så omfattende og ensrettet, som det nationale system formentligt vil medføre.

I forbindelse med disse barrierer foreslår personalet, at der skal afsættes tid til rapporteringerne, og det vil være bedst, hvis rapporteringen af utilsigtede hændelser bliver en del af et eksisterende system. Personalet taler i den forbindelse om, at det kunne være meget funktionelt og brugbart, hvis man direkte i den elektroniske journal kunne skrive de utilsigtede hændelser ind. På denne måde kunne det rapporteres direkte, samtidig med at oplysningen kunne bruges af det øvrige personale, uden at de skulle benytte forskellige dokumentationssystemer.

Det er desuden vigtigt for personalets lyst til at arbejde med patientsikkerhed og motivation til at rapportere utilsigtede hændelser, at der gives feedback på rapporteringerne. Ifølge loven skal der også gives feedback, og hændelsesanalyser der formidles til de ansatte vil formodentlig bevirke, at de ansatte i højere grad føler sig informeret.

Problemstillingerne omkring den personlige ansvarlighed for utilsigtede hændelser er også berørt i en engelsk/amerikansk spørgeskemaundersøgelse. Her føler to ud af fem, at rapportering af utilsigtede hændelser er et personligt angreb (44). Et amerikansk studie viser desuden, at personalet mener, at frygt for at blive skyldiggjort er det sværeste at ændre (45).

9.3.3 Årsager til at rapportere utilsigtede hændelser i plejesektoren

Rapporteringen af utilsigtede hændelser har til formål at føre til læring og organisatoriske ændringer. Patientsikkerhedslovgivningen ligger op til, at man på nationalt niveau ser på, hvilke hændelser der samlet set er mest betydende, og derefter udstikker ændringer af procedurer. Det står imidlertid klart, at alle de store som små uregelmæssigheder, der opleves i løbet af en dag, ikke kan rapporteres. Som en ansat i hjemmeplejen udtrykker det, ville hele personalegruppen sige op, hvis alt skulle rapporteres.

Ovenstående diskussioner har vist, at når utilsigtede hændelser rapporteres, så vil rapporteringerne afhænge af forhold såsom: Personalets opfattelse af, hvad en utilsigtet hændelse er, udmeldinger fra kommunalt og nationalt niveau, forsikringen om at der ikke sanktioneres samt praktiske og personlige barrierer. Derfor vil rapporteringer aldrig kunne give et retvisende billede af omfanget af utilsigtede hændelser, men vil i stedet kunne bruges til læring på andre måder end statistiske.

En af de ansatte på plejecentret fortæller, at det at skrive en utilsigtet hændelse giver læring i sig selv, fordi den skriftlige formulering af problemstillingen skaber refleksion. En af teamlederne udtrykker, at rapportering af utilsigtede hændelser først og fremmest giver mening, fordi det giver tid og rum til at tale om de ting, der sker som måske ikke skulle være sket. Desuden bliver det muligt at tale om, hvad der kan gøres i fremtiden for at undgå en lignende situation. Såfremt rapporteringssystemet fornemste opgave er at skabe læring, så bør der lades plads til disse pointer: Rapporteringen af utilsigtede hændelser skal være til for at skabe en kultur, hvor der er rum og tid til at reflektere over, tale om og handle på hændelserne.

10. Konklusioner og anbefalinger

På baggrund af denne undersøgelse kan det konkluderes, at utilsigtede hændelser bliver opfattet meget forskelligt i den primære plejesektor. Det er et begreb, der er vanskeligt for plejepersonalet at forholde sig til, og brugen af begrebet i plejesektoren forudsætter en helt klar definition og afgrænsning. Plejepersonalet nævner fire karakteristika, som kendetegner en utilsigtet hændelse. Det komplicerer begrebet yderligere, at disse karakteristika hverken betinger eller udelukker hinanden. De fire karakteristika er: At personalet er involveret i hændelsen, at det er noget, der ikke 'sker hver dag', at det har konsekvenser for borgeren, og/eller at det kan forhindres i at opstå igen.

Der er identificeret en række forskellige hændelseskategorier som utilsigtede hændelser. Medicinering, og alle procedurer, doseringer, uddelinger og rapporteringer der tilknytter sig til medicineringen, er den klart mest dominerende hændelseskategori. Både litteraturstudiet, øvrige danske erfaringer og denne undersøgelse viser dette. Undersøgelsen problematiserer, hvorvidt den store dominans af mediciningshændelser til dels kan skyldes praktiske, pragmatiske og subjektive faktorer. Vi har påpeget at der er stor fokus på medicinering både i form af procedurer og retningslinjer. Desuden er medicineringsfejl en hændelseskategori, der er nem at identificere og påpege. Det skal derfor overvejes, om denne fokus på medicineringsfejl tager fokus fra andre typer utilsigtede hændelser.

Desuden peger rapporten på en række andre hændelseskategorier: Hændelser i forbindelse med samarbejde og sektorovergange, fald, tryksår, borgere der vandrer, glemte borgere og andre hændelser.

På baggrund af rapporten kan det desuden konkluderes, at der findes en række bagvedliggende årsager til utilsigtede hændelser som primært omhandler plejepersonalets arbejdsvilkår; herunder tidspres, manglende fleksibilitet samt særlige vilkår ved arbejdet i plejesektoren. Desuden er tekniske problemer og afbrydelser nogle af de væsentligste direkte årsager til utilsigtede hændelser, som plejepersonalet kan pege på.

Samtidigt peger undersøgelsen på, at meget af plejepersonalets almindelige arbejde er forebyggende for utilsigtede hændelser. Det gælder bl.a. den almindelige arbejdsdeling, velfungerende kommunikationssystemer, godt samarbejde samt dokumentationsprocesser og procedurer, bl.a. i forbindelse med medicin håndtering.

Undersøgelsen viser desuden, at der findes en række barrierer for rapporteringen af utilsigtede hændelser. Af barrierer kan nævnes, at personalet er usikkert på, hvad der sker med rapporteringerne til trods for, at beslutningstagere har gjort meget ud af at understrege, at det kun bruges i læringsøjemed. Desuden er der en reel fare for, at rapporteringerne af utilsigtede hændelser drukner i en hverdag med mange administrative opgaver. Det er vigtigt, at hændelsesanalyserne på baggrund af rapporteringerne formidles til plejepersonalet.

10.1 Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen kan der opstilles en række anbefalinger i forbindelse med arbejdet med utilsigtede hændelser i plejesektoren:

1. Det er vigtigt at skabe dialog om definitionen af utilsigtede hændelser, så det ikke er op til plejepersonalet at definere, hvad der skal opfattes som en utilsigtet hændelse. Det må ikke forudsættes, at hverken plejepersonale eller teamleder selv skal definere utilsigtede hændelser.

2. Der findes mange former for utilsigtede hændelser, og de er meget heterogene i deres udtryk. Det er væsentligt at gøre en indsats, så plejepersonalet og teamlederne kan tænke utilsigtede hændelser bredere ind i det daglige arbejde og ikke blot fokuserer på medicineringsfejl.
3. Når utilsigtede hændelser skal rapporteres i plejesektoren, er en klar definition nødvendig. Desuden er det vigtigt, at plejepersonalet stoler på anonymiteten, at der sættes tid af til rapporteringen, og at det bliver forklaret, hvorfor det gavner borgerne at utilsigtede hændelser rapporteres.
4. Utilsigtede hændelser kan omfatte meget, og det vil være en fordel, om der bliver fokuseret på de hændelser, som har læringspotentiale, direkte konsekvenser for borgeren eller størst potentiel skade for borgeren.
5. Det anbefales, at rapporteringen af utilsigtede hændelser bliver så let tilgængelig som mulig, således at det bliver helt enkelt at skifte mellem de nuværende kommunale elektroniske systemer og det nationale rapporteringssystem.

Generelt kan det anbefales, at der afsættes tid og ressourcer til uddannelse og oplæring af personale i forbindelse med indføringen af det nye rapporteringssystem, samt at der afsættes tid til rapportering af utilsigtede hændelser i hverdagen. Desuden bør der fokuseres på analyse af udvalgte hændelser med systematisk inddragelse af og feedback til personalet.

Litteratur

- 1) Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. [Udskrevet 21-5-2007 fra <http://dpsd.dk/upload/558685.pdf>]
- 2) L 82 - som vedtaget: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning). Samling 2008-09. [Udskrevet 20-11-2009 fra Web/URL: http://www.ft.dk/dokumenter/tingdok.aspx?samling/20081/lovforslag/L82/som_vedtaget.htm]
- 3) Christensen M, Juul Nielsen A. Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen: En pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006. (DSI rapport 2006.05).
- 4) Hellebek A, Knudsen P og Fønnesbæk L. Patientsikkerhed i primærsektoren: Tværfaglig analyse af medicineringsfejl i et lokalområde: Evalueringsrapport. Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2006.
- 5) Gurwitz JH, Sanchez-Cross MT, Eckler MA og Matulis J. The epidemiology of adverse and unexpected events in the long-term care setting. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1994; 42(1):33-8.
- 6) Sundhedsstyrelsen. Plejehjemstilsynet 2008. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 7) Sundhedsstyrelsen, Embedslægerne. Plejehjemsboerens medicinering - en sammenligning af plejehjemmenes og de praktiserende lægers medicinlister. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- 8) Koch A. Mange fejl i medicinlister. *Sygeplejersken* 2006; 106(10):28-31.
- 9) Pierson S, Hansen R, Greene S, Williams C, Akers R, Jonsson M et al. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. *Qual.Saf Health Care* 2007; 16(4):297-302.
- 10) Ellenbecker CH, Frazier SC og Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr.Nurs.* 2004; 25(3):164-70.
- 11) Ellenbecker CH, Frazier SC og Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr.Nurs.* 2004; 25(3):164-70.
- 12) Pierson S, Hansen R, Greene S, Williams C, Akers R, Jonsson M et al. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. *Qual.Saf Health Care* 2007; 16(4):297-302.
- 13) Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med.* 2000; 109(2):87-94.
- 14) Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S og Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch.Intern.Med.* 2004; 164(5):545-50.
- 15) Kirchhoff M, Bregnbak MJ, Backe H, Hendriksen C og Obel K. Ældres skadestuehenvendelser efter fald. *Ugeskr Laeger* 2008; 170(45):3667-70.
- 16) Heinze C, Halfens RJ og Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *J Clin.Nurs.* 2007; 16(3):495-501.

- 17) Navarro A, Ancizu I. Analyzing the occurrence of falls and its risk factors: some considerations. *Prev.Med.* 2009; 48(3):298-302.
- 18) Krueger PD, Brazil K og Lohfeld LH. Risk factors for falls and injuries in a long-term care facility in Ontario. *Can.J Public Health* 2001; 92(2):117-20.
- 19) Fonad E, Wahlin TB, Winblad B, Emami A og Sandmark H. Falls and fall risk among nursing home residents. *J Clin.Nurs.* 2008; 17(1):126-34.
- 20) Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M og Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist* 2006; 46(3):367-76.
- 21) Iinattiniemi S, Jokelainen J og Luukinen H. Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scand.J.Prim.Health Care* 2009; 27(1):25-30.
- 22) Lang A, Edwards N og Fleiszer A. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int.J.Qual.Health Care* 2008; 20(2):130-5.
- 23) Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int J Qual.Health Care* 2006; 18(4):281-6.
- 24) Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA, Nace DA, Fridsma DB et al. Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *J Am Med.Dir.Assoc.* 2007; 8(9):568-74.
- 25) Masotti P, Green M og McColl MA. Adverse events in community care: implications for practice, policy and research. *Healthc.Q.* 2009; 12(1):69-76.
- 26) Landstingsförbundet. Patientens säkerhet i hemsjukvården: personalens uppfattning av potentiella risker. Sammenfattning. Landstingsförbundet; 2003. (Rapport nr. 1, 2003).
- 27) Kohn LT, Corrigan JM og Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academic Press; 2000.
- 28) L 82 - som vedtaget: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning). Samling 2008-09. [Udskrevet 20-11-2009 fra Web/URL: http://www.ft.dk/dokumenter/tingdok.aspx?samling/20081/lovforslag/L82/som_vedtaget.htm.
- 29) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Begreber [FAQ]. [Udskrevet 20-11-2009 fra Web/URL: <http://www.patientsikkerhed.dk/patientsikkerhed/begreber/>.
- 30) Pedersen BL, Mogensen T (red.). Patientsikkerhed - fra sanktion til læring. Munksgaard; 2003.
- 31) Lang A, Edwards N og Fleiszer A. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int.J.Qual.Health Care* 2008; 20(2):130-5.
- 32) Pierson S, Hansen R, Greene S, Williams C, Akers R, Jonsson M et al. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. *Qual.Saf Health Care* 2007; 16(4):297-302.
- 33) Ellenbecker CH, Frazier SC og Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr.Nurs.* 2004; 25(3):164-70.
- 34) Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S og Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch.Intern.Med.* 2004; 164(5):545-50.

- 35) Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med.* 2000; 109(2):87-94.
- 36) Hoff H. Helsingør Kommune - Utilsigtede hændelser [Telefoninterview]. Helsingør: Social og Sundhedsforvaltningen; 2009.
- 37) Gravengaard M. Åbenrå Kommune - Utilsigtede hændelser [Telefoninterview]. Åbenrå: Forvaltningen for Sundhed og Omsorg; 2009.
- 38) Gurwitz JH, Sanchez-Cross MT, Eckler MA og Matulis J. The epidemiology of adverse and unexpected events in the long-term care setting. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1994; 42(1):33-8.
- 39) Navarro A, Ancizu I. Analyzing the occurrence of falls and its risk factors: some considerations. *Prev.Med.* 2009; 48(3):298-302.
- 40) Heinze C, Halfens RJ og Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *J Clin.Nurs.* 2007; 16(3):495-501.
- 41) Krueger PD, Brazil K og Lohfeld LH. Risk factors for falls and injuries in a long-term care facility in Ontario. *Can.J Public Health* 2001; 92(2):117-20.
- 42) Kristensen E. Et plus for patientsikkerhed og arbejdsmiljø. *Infoa* 2009; (3):8-9.
- 43) Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med.* 2000; 109(2):87-94.
- 44) Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int J Qual.Health Care* 2006; 18(4):281-6.
- 45) Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA, Nace DA, Fridsma DB et al. Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *J Am Med.Dir.Assoc.* 2007; 8(9):568-74.
- 46) Region Hovedstaden. Patientsikkerhed i Region Hovedstaden. Handlingsplan 2008-2010. Hvidovre: Region Hovedstaden, Enhed for Patientsikkerhed; 2008.

Bilag 1: Vurdering af undersøgelsesmetoder

Som et delformål i denne pilotundersøgelse skal vi vurdere, hvorvidt undersøgelsens dataindsamlingsmetoder er hensigtsmæssige i forbindelse med et studie af utilsigtede hændelser i plejesektoren. Overordnet må det konkluderes, at metoderne fungerer rigtig godt i forhold til en kvalitativ beskrivelse af utilsigtede hændelser i plejesektoren. Supplerende kvantitative undersøgelser af omfanget af utilsigtede hændelser i den primære plejesektor er vanskelige, men nødvendige at gennemføre.

Der er blevet benyttet tre kvalitative undersøgelsesmetoder til indsamling af undersøgelsens empiri; observationsstudier, fokusgruppeinterviews og enkeltpersoninterviews.

Der blev foretaget fem observationsstudier af henholdsvis to social- og sundhedshjælpere, to social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske. Oplevelsen af brugen af observationsstudier i forbindelse med forståelsen af og opmærksomheden omkring patientsikkerhed og utilsigtede hændelser er særdeles positiv. Observationerne har givet et indblik i plejepersonalets arbejdsrutiner samt særlige situationer eller arbejdsopgaver, som involverer risiko for utilsigtede hændelser. Desuden har observationsstudierne givet en mere overordnet forståelse af sektoren, arbejdsgange, arbejdsdelinger osv. Herudover synes observationsstudierne i særlig grad at være nyttige i forbindelse med at få blik for, hvilke processer og arbejdsrutiner i hverdagen der på den ene side er risikofyldte, og hvilke der er med til at forebygge utilsigtede hændelser. Derfor kunne man med fordel tænke sig, at observationsstudier kunne blive benyttet i forbindelse med identificering og implementering af forebyggende tiltag. Det var ikke på forhånd forventet, at vi ville få lejlighed til at observere utilsigtede hændelser i løbet af de korte observationer, men der var mange situationer, hvor risikoen for utilsigtede hændelser var meget nem at identificere.

Der blev foretaget tre fokusgruppeinterview med ansatte i henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og et plejecenter. Diskussionerne af utilsigtede hændelser, definitionsspørgsmål, forskellige hændelseskategorier, eksemplificeringer af utilsigtede hændelser mm fungerede glimrende i fokusgruppeinterviewene. At fokusgrupperne synes særligt godt egnede til emnet om utilsigtede hændelser skyldes, at utilsigtede hændelser er et forholdsvis uklart begreb for de ansatte. Diskussioner og øvelser i fokusgruppen kunne på den ene side belyse, hvori disse uklarheder bestod, og på den anden side via samtalen med kollegaerne være med til at åbne blikket for hvilke hændelseskategorier begrebet kan indbefatte.

Der blev desuden foretaget tre individuelle lederinterviews. Teamlederne i Egedal Kommune er dem, der er blevet introduceret til utilsigtede hændelser, og de har derfor det største indblik i problemstillingerne. Lederne kunne derfor i højere grad selvstændigt reflektere over mulige problemstillinger end plejepersonalet. Hvis der iværksættes en større empirisk dataindsamling kan også lederinterviewene med fordel foretages som fokusgruppeinterviews, da også lederne vil have gavn af at få inspiration af hinanden. Dog er der den risiko ved fokusgruppeinterviews, at der indtræder et konkurrenceelement lederne imellem, således at de ikke vil være lige så ærlige. Det skal derfor vurderes, hvor følsomme emnerne er. Det kan ikke anbefales, at lederinterviews og borgerinterviews integreres.

Borgerinterviewene er den eneste af de benyttede undersøgelsesmetoder, som det ikke kan anbefales at arbejde videre med i deres nuværende form. Det var svært for borgerne at forholde sig til problemstillingerne omkring sikkerhed og fejl, og de synes desuden at have en modvilje mod at udstille plejepersonalet. Dog skal det bemærkes, at denne konklusion drages på baggrund af kun to interviews.

Bilag 2: Retningslinjer for utilsigtede hændelser i Egedal Kommune



Retningslinje for Utilsigtede Hændelser Ældrecenteret og Sundhedscenteret

**Egedal
Kommune**

Indholdsfortegnelse

1.0	Indledning.....	Side 2
2.0	Formål.....	Side 3
3.0	Værdigrundlag for registrering af utilsigtede hændelser.....	Side 3
4.0	Definition på utilsigtede hændelser.....	Side 3
5.0	Målgruppe.....	Side 4
6.0	Ex. på utilsigtede hændelser i primær sektor	Side 4
7.0	Arbejdsgang.....	Side 5
7.1	Udfyldelse af registreringsskema.....	Side 5
7.2	Videre forløb.....	Side 5
7.2.1	Indenfor enhedsforvaltningen.....	Side 5
7.2.2	Udenfor enhedsforvaltningen.....	Side 6
8.0	Omsorg for borgere, der har været involveret i en utilsigtet hændelse.....	Side 6
9.0	Omsorg for medarbejdere, der har været involveret i en utilsigtet hændelse.....	Side 7
	Bilag 1, Registreringsskema.....	Side 8



Egedal Kommune
Rådhusvej 2
3660 Stenløse

1.0 Indledning

Sundhedsstyrelsen har mundtligt samt i diverse tilsynsrapporter, udtalt, at de finder det hensigtsmæssigt at primær sektor registrerer utilsigtede hændelser.

Ønsket er blevet understøttet af Kommunernes Landsforening, og tidligere sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen samt Dansk Sygeplejeråd.

Der er ikke for kommunerne lovgivet på området på samme måde som for sekundær sektor.

Imidlertid vil der fra 01.01 2010 også for kommunerne være et lovkrav om registrering af utilsigtede hændelser, indberetning til Dansk Patient Sikkerheds- database og at der foretages analyse/r af hændelsen med henblik på forebyggelse af lignende situationer. Lovkravet vil være gældende for hele primær sektor, d.v.s ikke blot ældreplejen, men også f.eks. sundhedsplejersker, forebyggende medarbejdere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og medarbejdere der arbejder med borgere med misbrug. Lovgivningen vil ligeledes gælde for praksis sektoren, ex. praktiserende læger, apoteker og tandlæger.

For at komme udviklingen i forkøbet, samt honorere opfordringerne, blev Retningslinje for utilsigtede Hændelser udarbejdet første gang i Ældrecentret maj 2007 og januar 2008 blev der indledt et samarbejde med Sundhedscenteret på dette område.

Retningslinjen er således gældende for begge centre. Da der er udarbejdet en brochure (pixi-udgave) om utilsigtede hændelser, skal retningslinjen betragtes som en form for opslagsværk for lederne.

Retningslinjen tager udgangspunkt i- samt tilpasset i forhold til

- Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, BEK nr. 1018 af 10/12/2003
- Sundhedsloven, kapitel 61

og vil blive udbygget og revideret, når den nye lov er offentliggjort. Fra 2010 vil f.eks. metode for analyse af utilsigtede hændelser og hvordan hændelser klassificeres fremgå af retningslinjen.

Regeringen og KL forventer, at kommunerne og praksis sektor bruger 2008/09 til at forberede sig på arbejdet med utilsigtede hændelser, således at sektorerne fra januar 2010 er parate til at arbejde ud fra lovgivningen.

Fra 2010 indgår utilsigtede hændelser også i sundhedsaftalerne.

Da Ældrecentret og Sundhedscentret stiler mod at blive akkrediteret, er der i denne udgave inddraget elementer fra akkrediteringsstandard: Kvalitets- og risikostyring.

2.0 Formålet med registrering af utilsigtede hændelser

Formålet er at forbedre patientsikkerheden¹ gennem 1) indsamling, 2) analyse og 3) formidling af viden om utilsigtede hændelser.

I internationale sammenhænge er det unikt at have en lov og intention af denne karakter. Således var loven om patientsikkerhed fra 2004 (indgår nu i Sundhedsloven) den første af sin art på verdensplan.

Det er lige så unikt, at loven hviler på, at registrering foregår anonymt og ikke er sanktionerende, hvorfor medarbejderen er beskyttet mod videregivelse af oplysninger fra det lærende rapporteringssystem til det sanktionerende system (Sundhedsstyrelsen, Patientklagenævn samt offentligheden i øvrigt).

Dog skal det påpeges, at loven ikke fratager medarbejderen for det faglige ansvar de til enhver tid har i henhold til anden gældende lovgivning.

3.0 Værdigrundlag ved registrering af utilsigtede hændelser

Det er lige så vigtigt at påpege samt arbejde ud fra et værdigrundlag ved rapportering af utilsigtede hændelser.

Menneskelige fejl er uundgåelige. Hvor mennesker arbejder sammen i komplekse organisationer og varetager komplicerede funktioner, er det ikke muligt at sikre fejlfri adfærd. Menneskelige fejl er symptomer på dybere liggende problemer i systemet, hvorfor det er altafgørende, at arbejdsprocesser, teknik og apparater sikres så godt som muligt, så risiko for menneskelige fejl mindskes.

Med ovenstående systemperspektiv tages der udgangspunkt i, at fokus skal være, at der i organisationen skal ske læring af fejlene, og dermed at finde frem til barrierer og sikkerhedsforanstaltninger, der fremover kan minimere risikoen. Fokus er og må derfor ikke være den person, der er involveret i den utilsigtede hændelse.

Denne retningslinje skal således også være medvirkende til, at Ældrecenteret og Sundhedscenteret i Egedal Kommune har en kultur hvor det accepteres, at hvor der er mennesker, begås der fejl, at der tales åbent om fejlene samt at det er positivt og uden sanktioner for den enkelte at gøre opmærksom på såvel begåede fejl som fejl, der var lige ved at ske (kun gennem refleksion er det muligt at lære og blive bevidstgjort²). Det er ikke ensbetydende med, at medarbejderen kan agere uansvarligt eller med manglende omhu, men skyld og skam kan ikke forebygge fremtidige lignende hændelser.

4.0 Definition på utilsigtet hændelse

Ifølge Sundhedsloven samt BEK om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, BEK nr. 1018 af 10/12/2003, § 1 stk. 1 defineres en utilsigtet hændelse som

"... en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl"



Egedal Kommune

Rådhusvej 2

3660 Stenløse Herefter benævnt borgersikkerhed

² "Den bedste er ikke fejlfri, - men forberedt", James Reason

Ovenstående definition findes brugbar også for primær sektor, hvor sygehus erstattes af eget hjem/plejecenter/sundhedscenter og patient erstattes af borger³.

5.0 Målgruppe

Alle, der er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar, er i henhold til Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, BEK nr. 1018 af 10/12/2003, § 3 stk. 1, samt Sundhedsloven, ansvarlige for at rapportere utilsigtede hændelser i forbindelse med pleje og behandling.

I Ældrecenteret drejer det sig om følgende medarbejdere: 1) hjemmehjælpere, 2) social- og sundhedshjælpere, 3) sygehjælpere, 4) social- og sundhedsassistenter, 5) plejehjemsassistenter og 6) vikarer, 7) pædagoger, 8) uaglærte i faste stillinger og 9) sygeplejersker.

I Sundhedscenteret drejer det sig om: 1) sygeplejersker, 2) sundhedsplejersker, 3) social- og sundhedsassistenter, 4) fysioterapeuter, 5) ergoterapeuter, 6) aktivitetsmedarbejdere, 7) sagsbehandlere, 8) tandlæger, 9) klinikassistenter, 10) tandplejere, 11) uaglærte i faste stillinger og 12) teknisk servicemedarbejder.

6.0 Eksempler på utilsigtede hændelser i primær sektor

Ud fra definitionen opstilles nogle eksempler på utilsigtede hændelser:

- Fejlmedicinering
- Fejlmedicinering på hospitalet, som opdages når borgeren er kommet hjem, opholder sig i rehabiliteringsafsnittet, er i dagcentret m.m.
- Borgeren har fået forkert medicin med hjem fra hospitalet
- Laboratorier skal rykkes adskillige gange for blodprøvesvar og lignende
- Praktiserende læge eller anden læge opgiver ikke hvilken medicindosis, der skal gives til borgeren
- Egen læge har ikke modtaget epikrise fra hospital
- Fald (ex. i borgerens eget hjem, løse gulvtæpper, ifm. genoptræning)
- Påførte infektioner via medarbejderen
- Apotek har ikke sat rigtig label på medicinglas, således at der ikke er overensstemmelse mellem lægens ordination og tekst på label
- U hensigtsmæssigt samarbejde mellem egen læge eller andre læger ex. i forhold til trombolysebehandling og hvor det kan blive eller er skadevoldende for borgeren
- U hensigtsmæssigt samarbejde mellem primær og sekundær sektor
- Forkert medicin modtaget fra apoteket
- Ansvars- og kompetenceområde er ikke overholdt
- Arbejdsulykker
- Blodsukkermåling
- En tandlæge der borer et hul i en forkert tand
- En sundhedsplejerske vejer et barn, knuden er ikke bundet godt nok så barnet tabes.

I forhold til fejlmedicinering skal Retningslinje for Medicinhåndtering deslige følges.

³ Herefter bruges denne terminologi

7.0 Arbejdsgang

7.1: Udfyldelse af registreringsskema

Registreringsskema⁴ for utilsigtede hændelser (bilag 1) udfyldes snarest muligt og senest 7 dage efter, at medarbejderen har observeret eller på anden måde er blevet gjort opmærksom på hændelsen.

Når registreringsskemaet bruges internt i centrene oplyses navn på borgeren, cpr.nr., den/de involverede afdelinger, apotek eller hospital.

Når en utilsigtet hændelse fra 01.01.2010 indrapporteres til Dansk Patient Sikkerheds- database, anonymiseres ovenstående data inden videresendelsen.

I Ældrecenteret udfyldes skemaet altid sammen med nærmeste leder.

I Sundhedscenteret er nærmeste leder eller anden kollega ved behov behjælpelig med udfyldelse af registreringsskemaet.

For at alle brugere af skemaet kan få øje på, hvad der gik galt i systemet, skal det overvejes hvilken information, der skal med, - og dermed få ideer til hvordan der kan forebygges.

Der må kun anvendes forkortelser, der er alment kendte.

Det skal overvejes om to eller tre linjer er nok, eller om der er brug for en nøjere beskrivelse. Komplekse hændelsesforløb skal dog rapporteres udførligt for at kunne forstås af andre kolleger.

Det er vigtigt at oplyse, hvor i borgerforløbet hændelsen skete, og hvordan den blev opdaget.

Med henblik på at forebygge fremtidige utilsigtede hændelser, skal det beskrives hvorfor hændelsen skete. Ikke kun kendte årsager beskrives, men også formodninger om mulige årsager ved ex. organiseringen af arbejdet, kommunikationen, arbejdsbelastning, uddannelse og kompetence.

Det skal beskrives, hvad der skete med borgeren samt hvad der kunne være sket, såfremt der ikke blev grebet ind. Det skal endvidere beskrives om lignende hændelser er sket i afdelingen/gruppen.

Konstatering af eller forslag til hvordan den utilsigtede hændelse kunne være undgået, beskrives.

7.2 Videre forløb

7.2.1 Indenfor enhedsforvaltningen

Registreringsskemaet afleveres til udførerlederen i Ældrecenteret og i Sundhedscenteret til nærmeste leder.



Egedal Kommune

Rådhusstorvet 3 Registreringsskemaet ligger som dokument på Q-drevet i mappen: Ældrecenteret, under-3660 Stenløse mappen: Utilsigtede hændelser. I Sundhedscenteret ligger dokumentet i Acadre. For begge centre ligger registreringsskemaet i Acadre fra den 01.01.2009

Afhængig af hvor skadevoldende hændelsen har været eller kunne have været, indkalder udførerleder/nærmeste leder til ekstraordinært møde i gruppen eller afdelingen.

Hvor det skønnes forsvarligt, ventes der med diskussion af hændelsen til det førstkommande leder- og /eller personalemøde med henblik på læring, udvikling og forebyggelse og efterfølgende med afdelingen/gruppen.

Udførerlederen/nærmeste leder følger kontinuerligt effekten af den læring, udvikling og forebyggende tiltag, registrering og opfølgning af utilsigtede hændelser har givet anledning til.

Hvor en utilsigtet hændelse involverer flere udførerledere (ex. en sygeplejerske har hældt forkert medicin op og det opdages af en social- og sundhedshjælper, - og begge registrerer det som utilsigtet hændelse), mødes udførerlederne med henblik på fælles opfølgning og forebyggelse.

Efter at hændelsen er diskuteret på et personalemøde samles registreringskemaerne, hvoraf opfølgning samt forebyggende tiltag er beskrevet, hos uddannelses- og udviklingssygeplejerskerne i Ældrecenteret og for Sundhedscenterets vedkommende i Administrationen. Dette for at have et samlet overblik over de utilsigtede hændelser i organisationen.

7.2.2 Udenfor enhedsforvaltningen

I Ældrecenteret afleveres registreringsskemaet til udførerlederen og i Sundhedscentret til nærmeste leder

Er den utilsigtede hændelse sket udenfor enhedsforvaltningen, indsamler udførerlederen/nærmeste leder registreringsskemaerne over en tre måneders periode. Er der i denne periode fremkommet flere registreringer, samt afhængig af hvor skadevoldende det er eller kunne have været for borgeren/erne, tager udførerleder/nærmeste leder initiativ til et møde med pågældende sektor/person. Dette med henblik på fælles læring, udvikling og forebyggelse.

Udførerlederen/nærmeste leder følger kontinuerligt effekten af den læring, udvikling og forebyggende tiltag, registrering og opfølgning af utilsigtede hændelser har givet anledning til.

8.0 Omsorg for borgere, der har været involveret i hændelsen

Da information til borgere der har været involveret i en utilsigtet hændelse afhænger af hændelsens art og alvor, beskrives overordnede tiltag i dette afsnit.

Afhængig af hændelsens art og alvor besluttet det, hvem der skal informere borgeren, om det er en medarbejder eller en leder på mellem- eller højere niveau.

Borgeren informeres om de faktuelle eller potentielle konsekvenser af den utilsigtede hændelse og hvilke eventuelle behandlingstiltag, der er iværksat som følge af hændelsen. Der dokumenteres i den elektroniske fagjournal, hvad borgeren og evt. pårørende er blevet informeret om.

Borgerens tilstand følges og der dokumenteres i den elektroniske fagjournal.

Drejer den utilsigtede hændelse sig om fejlmedicinering følges deslige Retningslinjer for Medicinhåndtering.

Borgeren oplyses om, at pågældende kan klage til udførerleder/nærmeste leder over den utilsigtede hændelse.

9.0 Omsorg for medarbejdere der har været involveret i hændelsen

Da omsorg og handling i forhold til medarbejdere der har været involveret i en utilsigtet hændelse, lige såvel som for borgerne, afhænger af hændelsens art og alvor, beskrives også i dette afsnit overordnede tiltag.

Umiddelbart efter at der er sket en utilsigtet hændelse informerer medarbejderen teamlederen/udførerlederen/nærmeste leder som vil være behjælpelig med udfyldelse af registreringsskemaet. Anden kollega kan også være behjælpelig.

Det understreges overfor medarbejderen, at indberetning af en utilsigtet hændelse ikke er sanktionerende, og i stedet påpege det lærende og udviklende og at det er menneskeligt at fejle.

Medarbejderen kan evt. opfordres til at dele hændelsen med andre, dvs. sætte ord på.

Afhængig af hændelsens art og alvor og medarbejderen dermed har brug for komme hjem, sørges der for, at kollegaen kommer godt hjem.

Aftal, hvem medarbejderen kan kontakte, hvis der bliver behov for det, ex. kollega eller leder.

Er medarbejderen sygemeldt dagen efter, tages der kontakt til pågældende.

Afhængig af hændelsens art og alvor kan det overvejes, om medarbejderen skal tilbydes psykologhjælp.

Udarbejdet maj 2007, evalueret marts 2008 af
Kirsten Skyum, uddannelses- og udviklingssygeplejerske, Ældrecentret
Gennemgået med Nina Nygaard-Rasch, ledende sundhedsplejerske, Sundhedscentret
Evalueret januar 2009 og godkendt af ledelsen
Evalueres og revideres ved ny lovgivning



Egedal Kommune
Rådhusvej 2
3660 Stenløse

Registrering af utilsigtede hændelser

Registreringsskemaet udfyldes snarest muligt og senest 7 dage efter at medarbejderen har observeret eller på anden måde er blevet gjort opmærksom på hændelsen (fortsæt evt. registreringen på bagsiden).

Borgers navn:

Cpr.nr:

Afdeling/gruppe:

Hvor skete hændelsen:

Hvornår skete hændelsen: Dato: Klokken: Tidspunkt
ukendt

Hændelsestype (ex. fejlmedicinering, fald, uhensigtsmæssigt samarbejde, adskillige rykkere for laboratoriesvar):

Hændelsesbeskrivelse

Beskriv hændelsen, hvad skete der

Formodede årsager til hændelsen

Angiv hvilke tilfælde du mener, var årsager til hændelsen

Konsekvens af hændelsen

Angiv hvilken betydning hændelsen fik for borgeren, hvilken konsekvens kunne den have fået, og hvor hyppigt skønnes denne type hændelser at forekomme i afdelingen/gruppen

Forslag til tiltag

Angiv forslag til, hvordan gentagelse kan undgås



Egedal Kommune
Rådhusvej 2
3660 Stenløse

Bilag 3: Eksempel på interviewguide til fokusgruppe med plejepersonalet

Introduktion

Præsentation af projektet samt fokusgruppens form og formål

Præsentation af ansatte: Navn, uddannelse, faglig erfaring samt hvor længe vedkommende har været ansat i nuværende ansættelse

Definitionen/beskrivelse af utilsigtede hændelser

Øvelse 1 (Snak sammen 2 og 2 i ca. 10 min.):

Hvad er en utilsigtet hændelse – ifølge jer?

- **Kendetegn**
- **Forskellige kategorier**

Hvad fandt I ud af?

Var det en svær øvelse? Hvis ja, hvorfor?

Er det klart for jer, hvad begrebet utilsigtede hændelser indebærer?

Falder det jer naturligt at bruge begrebet?

Hvornår er det svært at afgøre, om noget er en utilsigtet hændelse?

Hvad har I fået oplyst skal opfattes som en utilsigtet hændelse?

Hvordan har I fået oplysninger om utilsigtede hændelser (møder, pjecer eller andet)?

Eksempler på utilsigtede hændelser

Øvelse 2 (Snak sammen 2 og 2 i ca. 10. min.):

Beskriv hændelser I har oplevet eller kunne forestille jer kunne ske, som kunne have været karakteriseret som en utilsigtet hændelse? Tænk utilsigtede hændelser så bredt som muligt

Hvad fandt I ud af?

Årsager til utilsigtede hændelser

Har I en opfattelse af, at visse arbejdsopgaver involverer større risiko for utilsigtede hændelser end andre? Hvilke? Særlige situationer hvor der kan opstå utilsigtede hændelser?

Hvorfor tror I, at utilsigtede hændelser opstår? Gør der sig nogle særlige vilkår gældende, som øger risikoen?

Forebyggelse

Har de hændelser, I indtil videre har omtalt, været af en sådan karakter, at de kunne være undgået? Hvordan?

Åbenhed og rapportering

Hvordan har I det med at tale om utilsigtede hændelser og fejl med hinanden og lederne? Både hændelser som I selv og hændelser som kollegaer er involveret i?

Hvordan reagerede I, da det blev introduceret, at utilsigtede hændelser skal til at rapporteres?

Har I tiltro til systemet? Anonymiteten?

Kan I komme på tiltag, som ville gøre det nemmere for jer at rapportere utilsigtede hændelser? (Fx praktiske forhold, anonymitet, mere åbenhed osv.).

Behandlingen af de rapporterede utilsigtede hændelser

Hvad sker der, når der er lavet en rapportering af en utilsigtet hændelse?

Hvad synes I om denne proces? Er der noget I savner/mangler eller bliver der gjort for meget ud af det?

Ved I hvad der sker med rapporteringerne i kommunalt regi?

Det nye rapporteringssystem

Hvad har I fået at vide om det nye rapporteringssystem, som indføres i løbet af 2010 på landsplan?

Hvad er jeres forventninger til det kommende rapporteringssystem?

Bilag 4: Eksempel på interviewguide med teamleader

Introduktion

Præsentation af projektet

Teamlederens navn samt oplysninger om uddannelse, erhvervserfaringer og længden af nuværende ansættelse

Definitionen/beskrivelse af utilsigtede hændelser

Hvad er en utilsigtet hændelse – ifølge dig?

Hvad er patientsikkerhed for dig?

Hvornår er det svært at beslutte, om noget skal opfattes som en utilsigtet hændelse?

Hvad har I fået oplyst skal opfattes som en utilsigtet hændelse?

Hvilke erfaringer har du med rapportering af utilsigtede hændelser?

Kan du give eksempler på utilsigtede hændelser, der har været rapporteret indtil videre? Kan du give eksempler på hændelser, som I er blevet enige om, ikke skal rapporteres?

Hyppeghed, arbejdsopgaver og faggrupper

Har du en opfattelse af, hvor ofte der opstår utilsigtede hændelser i hjemmeplejen?

Kan du give nogle hovedoverskrifter for de utilsigtede hændelser, du oftest oplever eller hører om? Fx manglende kommunikation, faldulykker osv.

Har du en opfattelse af, at visse arbejdsopgaver involverer større risiko for utilsigtede hændelser end andre? Hvilke?

Har du nogen fornemmelse af, om nogle faggrupper i højere grad er involveret i utilsigtede hændelser (også set i lyset af deres forskellige arbejdsopgaver og ansvarsområder)? Hvorfor?

Er der evt. forskel i opfattelsen af utilsigtede hændelser i de forskellige faggrupper?

Årsager til utilsigtede hændelser

Er der ofte særlige vilkår til stede/ikke til stede i situationerne omkring de utilsigtede hændelser (fx tidspres, nye medarbejdere, nye arbejdsopgaver, overflytninger mellem primær og plejesektor osv.)?

Analyserer I jer frem til årsagerne til de utilsigtede hændelser, når de sker?

Særlige vilkår i hjemmeplejen

Er der særlige forhold/vilkår/udfordringer, som gør sig gældende, når man taler om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i hjemmeplejen frem for på fx hospitalet?

Hvilken betydning har det, at plejepersonalets arbejdsplads er borgerens hjem?

Forebyggelse

Er der iværksat specifikke procedurer eller andet som følge af en utilsigtet hændelse?

Har de hændelser, du indtil videre har omtalt, været af en sådan karakter, at de kunne være undgået?

Hvordan kan forebyggelse af utilsigtede hændelser finde sted? Kan du give eksempler?

Lederens rolle

Hvordan opfatter du din egen rolle i forbindelse med utilsigtede hændelser og forebyggelse heraf?

Hvordan vil du generelt beskrive lederens rolle i forbindelse med patientsikkerhed?

Åbenhed og rapporteringssystem

Mener du, at de ansatte her i hjemmeplejen er åbne omkring fejl og hændelser? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Hvordan er tankerne omkring rapportering af utilsigtede hændelser blevet modtaget af de ansatte?

Mener du, at der findes barrierer for rapportering af utilsigtede hændelser? Hvilke?

Kan du komme på tiltag, som ville fremme rapporteringen?

Har rapporteringssystemet haft en positiv virkning på patientsikkerheden? Hvis ja, hvorfor? Hvis nej, hvorfor ikke?

Hvad er dine forventninger til det kommende rapporteringssystem, som indføres i løbet af 2010 på landsplan?

Bilag 5: Eksempel på interviewguide med borger

Introduktion

Introduktion til projektet

Borgerens navn og alder

Hvor lang tid har du modtaget hjemmepleje?

Beskriv hvilken hjælp du får til daglige gøremål/medicin/personlig pleje mm.

Overordnet

Hvordan har du det overordnet set med hjemmeplejen?

Føler du, at du får den hjælp, du har brug for?

Er der noget, du savner?

Tid

Har hjemmehjælperne den tid, der er brug for?

Er der plads til, at tingene kan tage lidt ekstra tid en dag, eller at der sker noget uforudset?

Er det sket, at personalet ikke er kommet til de aftalte tider?

Hjælpemidler, fald, medicin og overgange

Beskriv kort dine hjælpemidler. Har du oplevet situationer, hvor dine hjælpemidler har fejlet?

Har du været faldet i dit hjem? Prøv at beskrive situationen/situationerne?

Har du været ude for at have fået forkert medicin/for meget medicin eller for lidt medicin?

Har du været på sygehus eller andet sted, og er kommet tilbage til hjemmet? Har du oplevet problemer herved?

Tryghed og sikkerhed

Har du en fornemmelse af, at plejepersonalet går meget op i din sikkerhed?

Har du været ude for episoder, hvor der har været uenighed mellem dig og social- og sundhedshjælper om fx karakteren af pleje, hjælpemidler eller lignende?

Kan du komme i tanker om episoder, hvor du har været utryg i forbindelse med den hjælp, du modtager fra kommunen?

Føler du dig generelt tryk ved at modtage hjemmepleje?

Kan du komme i tanke om noget, man kunne gøre for at højne din sikkerhed?

Bilag 6: Søgeord og søgetermer

Indledningsvis blev der foretaget søgning i PubMed/Medline på udvalgte emner relateret til utilsigtede hændelser kombineret med udvalgte MeSH-termer (se nedenfor). Der er desuden søgt i "related articles". Der er søgt i Cinahl og AMED med henblik på at identificere den litteratur, de ikke-kliniske personalegrupper har skrevet. I WHOLis er undersøgt hvilken litteratur WHO særskilt har publiceret. Sociological Abstracts er søgt primært for at kortlægge patienters oplevelser af utilsigtede hændelser, her er søgt både artikler, rapporter og bøger.

Der er desuden søgt i DSI's egen database efter artikler, rapporter og bøger om emnet. Der er søgt i den svenske database SweMed samt Netpunkt/Danbib. Danske tidsskrifter: Ugeskrift for Læger, Sygeplejersken, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, Fysioterapeuten og Ergoterapeuten er søgt til dels på Internettet, men også ved gennemgang af tidsskrifternes indekser. Infomedia er søgt for at identificere omtaler og plejepersonalets beskrivelser af utilsigtede hændelser. Via Internettet er dels søgt i Google og Google Scholar, dels på relevante danske, svenske og norske hjemmesider.

Alle databaser er søgt for perioden 1999 – til ultimo juli 2009.

Indledningsvis søgning i PubMed/Medline:

- ◆ ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("Safety Management/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Safety Management/methods"[Mesh] OR "Safety Management/organization and administration"[Mesh]) OR "Risk Management"[Mesh] NOT (("Nursing Homes"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh])) AND (("Medical Errors/adverse effects"[Mesh] OR "Medical Errors/ethics"[Mesh] OR "Medical Errors/prevention and control"[Mesh])) – 2549 refs
 - .. AND patient transfer – 58 refs
 - .. AND hospital discharge – 83 refs
 - .. AND Patient discharge – 30 refs
 - .. AND Patient readmission – 28 refs
 - I alt 32 refs

Følgende strukturerede databaser er søgt:

PubMed/Medline

- ◆ ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("Medical Errors/adverse effects"[Mesh] OR "Medical Errors/ethics"[Mesh] OR "Medical Errors/prevention and control"[Mesh])
- OR
- ◆ (("Nursing Homes"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("Risk Management"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh])) AND "Accidental Falls"[Mesh] – 180 refs

Cochrane

- ◆ "medical errors and home care in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Central Register of Controlled Trials" 3 refs.

- ◆ Primary Health Care/explode [MeSH] OR Home Care Services/explode [MeSH] OR Nursing Homes/explode [MeSH] AND Medical Errors/explode [MeSH] OR Safety Management/explode [MeSH] OR Risk Management/explode [MeSH] – 9 hits – 3 udskrevet
- ◆ Accidental Falls/explode MeSH – 3 reviews

Cochrane – HTA basen

- ◆ Accidental Falls [MeSH] – HTA: 5 refs

CINAHL

1. ((MH "Nursing Homes+") OR (MH "Home Health Care+") OR (MH "Primary Health Care")) AND MH "Health Care Errors") OR (MH "Adverse Health Care Event") – 66 refs
2. ((MH "Nursing Homes+") OR (MH "Home Health Care+") OR (MH "Primary Health Care") AND (MH "Patient Safety")) NOT #1 – 556 refs
#2 AND Discharge OR transfer OR readmission – 30 refs
#2 AND transfer – 0 relevant
3. ((MH "Nursing Homes+") OR (MH "Home Health Care+") OR (MH "Primary Health Care")) AND (MH "Adverse Health Care Event") OR (MH "Accidental Falls") or (MH "Fall Prevention (Iowa NIC)") or (MH "Fall Risk Assessment Tool") – 17 refs

AMED

- ◆ ("NURSING HOMES" OR "HOME CARE" OR "HOME CARE SERVICES" OR "HOME CARESERVICES" OR "HOME NURSING") AND ("RISK" OR "SAFETY" OR "QUALITY OF HEALTH CARE" OR "QUALITY ASSURANCE HEALTH CARE" OR "QUALITY OF HEALTH CARE" OR "QUALITY OF HEALTH CARE") OR "QUALITY OF HEALTH CARE") AND patient – 36 refs

SOCIOLOGICAL Abstracts

- ◆ ((patient safety) and (nursing homes or home care)) OR ((medical errors and (nursing homes or home care)) – 21 refs

WHO

- ◆ "patient safety" – 51 refs
- ◆ Falls and accidents – 0 refs

Følgende litteratur/bestandsdatabaser er søgt:

DSIBib

- ◆ Hjemmepleje og (fejl eller hændelser eller utilsigtede) – 6 refs
- ◆ Kommuna? og (fejl eller hændelser eller utilsigtede) – 9 refs
- ◆ Kommune og (fejl eller hændelser eller utilsigtede) – 4 refs
- ◆ Ældreomsorg og (fald eller hændelser eller utilsigtede eller fejl) – 28 refs
- ◆ Utilsigtede hændelser – dubletter
- ◆ Ældreomsorg og fald – 1 ref

- ◆ Hændelser og fald – 0 refs
- ◆ Patientsikkerhed og fald – 1 ref

Netpunkt.dk

- ◆ patientsikkerhed og hjemmepleje – 1 ref
- ◆ patientsikkerhed og kommun? – 13 refs – 7 refs
- ◆ hændelser og hjemmepleje – 1
- ◆ patientsikkerhed og primær? – 9 refs
- ◆ hændelser og primær? – 9 refs
- ◆ patientsikkerhed og hjemmesygepleje – 2 refs
- ◆ hændelser og hjemmesygepleje – 1 ref
- ◆ fejl og hjemmesygepleje – 1 ref
- ◆ fejl og primær? – 26 refs
- ◆ hjemmepleje og fald – 7 refs
- ◆ utilsigtede og fald – 1 ref

SweMed

- ◆ Medical errors and home care – 4 refs
- ◆ (Primärvård eller hemsjukvård og (behandlingsskador eller behandlingsbiverkningar) – 4 refs
- ◆ (Primärvård eller hemsjukvård og behandlingsfel – 4 refs (dubletter)
- ◆ primary health care and (safety management or medical errors) – 13 refs
- ◆ home care and (safety management or medical errors) – 4 refs
- ◆ Home care services and accidental falls – 7 refs

INFOMedia – seneste 2 år

- ◆ patientsikkerhed hjemmepleje – 5
- ◆ utilsigtede hjemmepleje – 5
- ◆ hændelser hjemmepleje – 45
- ◆ fejl hjemmepleje patient – 17
- ◆ Hændelser kommu? – 28
- ◆ patientsikkerhed kommun? – 18 ref
- ◆ utilsigtede kommun? – 86
- ◆ hændelser plejesektor – 2
- ◆ fejl og plejesektor – 8
- ◆ utilsigtede plejesektor – 0

Følgende tidsskrifter er søgt på udvalgte emner:

Ugeskrift for Læger

- ◆ hjemmepleje og fejl
- ◆ hjemmepleje og patientsikkerhed"
- ◆ hjemmepleje og hændelser
- ◆ primær sektor og hændelser
- ◆ primær sektor og patientsikkerhed
- ◆ sektorskifte
- ◆ primær sundhedsvæsen og patientsikkerhed
- ◆ utilsigtede hændelser

I alt - 9 artikler

- ◆ Plejehjem og (fald eller faldulykker) – 0
- ◆ Hjemmepleje og fald – 3 art

MPL

- ◆ Utilsigtede hændelser
- ◆ Patientsikkerhed

I alt - 5 artikler

- ◆ Patientsikkerhed og fald – 0
- ◆ Faldulykker og hjemmepleje – 2 refs
- ◆ faldulykker utilsigtede – 3 refs

Sygeplejersken

- ◆ hjemmepleje og patientsikkerhed – 10 refs
- ◆ hjemmepleje og hændelser – 8 refs
- ◆ hjemmepleje og fejl – 0 refs
- ◆ hjemmesygepleje og fejl – 1 ref
- ◆ hjemmesygepleje og patientsikkerhed – 1 ref
- ◆ hjemmesygepleje og utilsigtede – 1 ref

I alt – 8 artikler

- ◆ Patientsikkerhed og fald – 4 artikler
- ◆ Hjemmepleje og fald – ingen relevante

Følgende hjemmesider er søgt:

www.patientsikkerhed.dk

- ◆ Hjemmepleje
- ◆ Plejehjem
- ◆ Retningslinjer
- ◆ Lov
 - litteratur gennemgået

www.socialstyrelsen.se

- ◆ hemsjukvård och patientsäkerhet
 - litteratur gennemgået

www.sundhed.dk

- ◆ Hjemmepleje
- ◆ Hjemmesygepleje
- ◆ Utilsigtede hændelser
- ◆ Guidelines
- ◆ Referenceprogrammer
 - ingen relevante

Google og Google scholar

- ◆ "patient safety" "homecare"
- ◆ "patient safety" "primary care"
- ◆ "utilisgtede hændelser" "primær sektor"
- ◆ hjemmepleje og fald
- ◆ patient safety accidental falls home care
 - litteratur gennemgået

Bilag 7: Danske kommuners erfaringer med rapporteringssystemer

Grundet den begrænsede mængde danske studier på området har vi valgt at se nærmere på nogle af de patientsikkerhedsprojekter, som kommuner rundt om i landet har arbejdet med, endnu før lovgivningen træder i kraft i 2010. Data er fremskaffet via telefonopringninger til de gældende kommuner.

Helsingør Kommune

I Helsingør Kommune har man skabt mulighed for, at plejepersonalet i plejesektoren kan rapportere medicineringshændelser og fald på borgerens elektroniske journal. Det foregår i praksis på den måde, at der under henholdsvis medicineringsfejl og fald findes en række afkrydsningsmuligheder, som omhandler hændelseskategori, tidspunkt for hændelse, konsekvenser af hændelsen, årsag til hændelse, muligheder for forebyggelse af nye hændelser mm. Langt de fleste plejehjem og hjemmeplejegrupper benytter rapporteringsmuligheden, dog har kommunen kendskab til få steder, som ikke har benyttet sig af det. Desuden er nogle institutioner først kommet i gang med rapporteringerne i løbet af 2008, hvorfor der kan være noget usikkerhed omkring data fra 2008.

I 2008 havde Helsingør Kommune 1301 borgere i eget hjem samt 928 borgere på plejecentre/træningscentre, som fik hjælp med medicin (Der er i alt syv plejehjem og et træningscenter med døgnpladser i kommunen). Der blev i løbet af 2008 rapporteret 335 utilsigtede medicineringshændelser fordelt på 188 borgere. Af disse var 147 hændelser fordelt på 81 borgere i eget hjem. Næsten halvdelen af hændelserne omhandler, at en dosis medicin ikke blev givet. Den mest hyppige årsag til hændelserne var, at retningslinjer vedr. medicin håndtering ikke blev fulgt.

Rapporteringerne for fald er kun foretaget for pleje- og træningscentre. Ud af de 928 borgere, som er på pleje- eller træningscenter, er der i alt blevet rapporteret 278 fald fordelt på 133 borgere i 2008. Fald i beboerstuen er hyppigst, og herefter følger fald på badeværelset (27).

Åbenrå Kommune

Fra juni 2003 og indtil kommunesammenlægningen i 2006 arbejde 'den gamle' Åbenrå Kommune systematisk med rapportering af utilsigtede hændelser på plejecentre og i hjemmeplejen. Systemet blev lanceret i forbindelse med implementeringen af akkrediteringsmodellen KISS. Hændelsesrapporterne blev udfyldt af den, som havde begået/oplevet hændelsen (både social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og andre), hvorefter lederen analyserede hændelsen bl.a. i form af en vurdering/scoring af hændelsens alvorlighed (score 1, 2 eller 3). Lederen rapporterede desuden hændelserne til kommunen til central rapportering og besluttede, om der skulle handles på hændelsen. Hvert kvartal blev rapporteringerne behandlet centralt, og det blev vurderet, hvorvidt der var tendenser, som man burde handle på, og hvorvidt tiltag på tværs skulle igangsættes. Fx gav de mange faldulykker anledning til at oprette faldforebyggende træningshold.

For 2004 blev der i alt rapporteret 1077 hændelser. Af disse var 741 medicineringshændelser, 307 fald, 16 andet, 8 tryksår og 5 uheld/ulykker. Af de mange medicineringshændelser er den største hændelseskategori, at borgeren enten ikke får eller ikke tager sin medicin (28).

Bilag 8: Oversigt over begrebet utilsigtede hændelser

Utilsigtede hændelser				
Skadevoldende utilsigtet hændelse		Ikke skadevoldende utilsigtet hændelse		
Egentlige hændelser			Nærhændelser	
Komplikationer	Fejl			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur
<p>En patient, der er fuldt orienteret, oplyser at kunne tåle penicillin.</p> <p>Patienten får en injektion med dette lægemiddel og udvikler anafylaktisk chok.</p>	<p>En patient, der har oplyst ikke at kunne tåle penicillin, får en injektion med dette lægemiddel og udvikler anafylaktisk chok.</p>	<p>En patient, der har oplyst ikke at kunne tåle penicillin, får en injektion med dette lægemiddel.</p> <p>Det medfører ingen udtalt allergisk reaktion.</p>	<p>Patienten har oplyst ikke at kunne tåle penicillin.</p> <p>Lige før lægemidlet er på vej til at blive injiceret, siger en pårørende, der netop er kommet til stede, at patienten ikke tåler penicillin, hvorfor hændelsen afværges.</p>	<p>En patient har oplyst ikke at kunne tåle penicillin, og dette er registreret i det elektroniske medicinordinationssystem.</p> <p>Idet lægen alligevel ordinerer penicillin, fremkommer en advarsel, hvorefter ordinationen ændres.</p>

Reference (46).

