

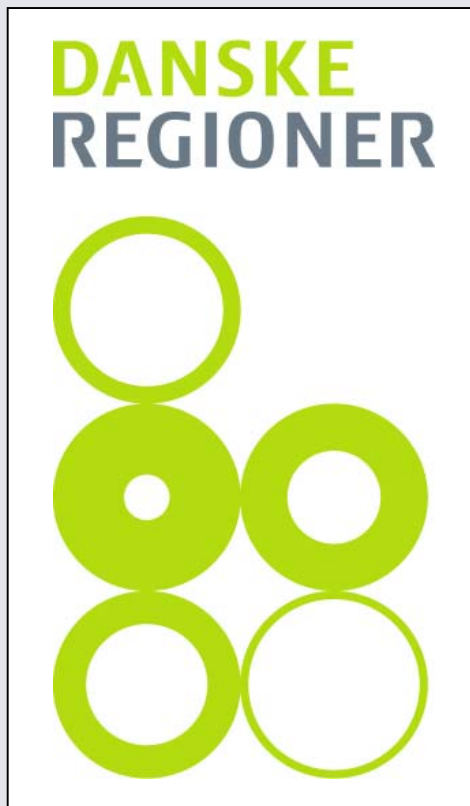
Patientsikkerhed kl. 2 om natten

Erfaringer fra Patientsikkerhedsstuegange gået i vagten

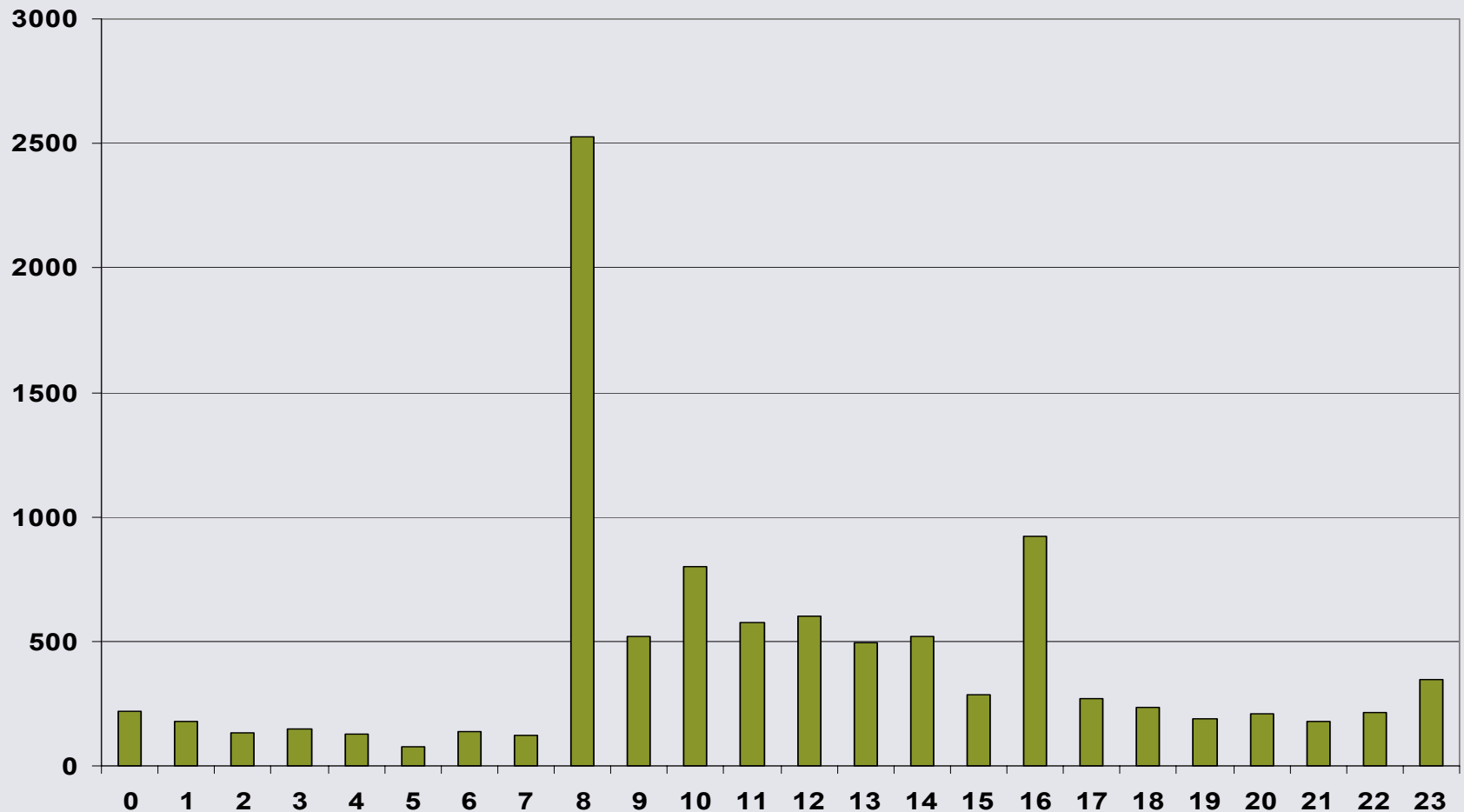
Beth Lilja

Sekretariatsleder Dansk Selskab for Patientsikkerhed

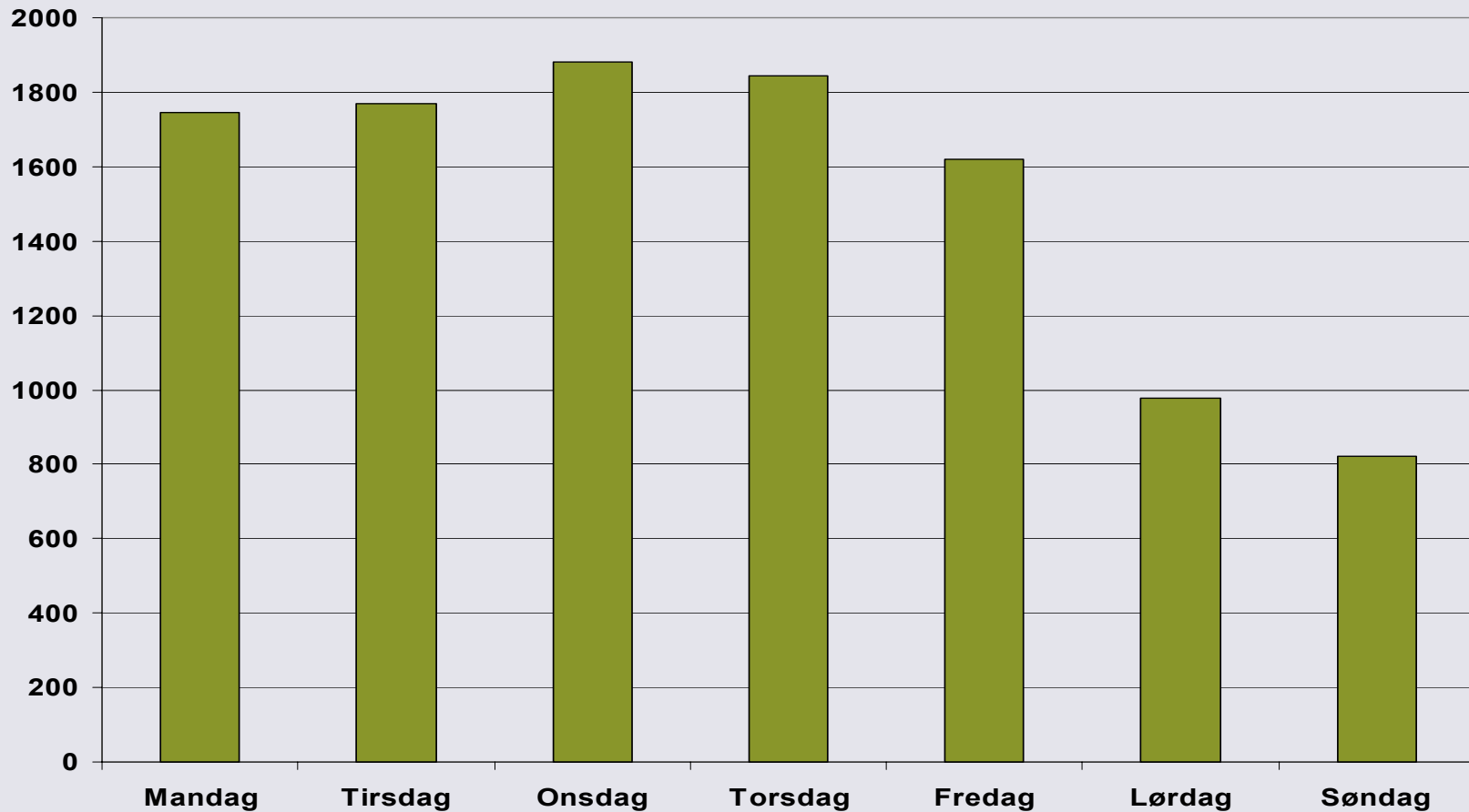
Er der særlige patientsikkerhedsproblemer i vagten?



UTH fordelt på hændelsestidspunkt



UTH - fordelt på ugedage



Fejlfremmende omstændigheder

- **Uvant med opgaven** x17
- **Tidnød** x11
- Dårlig signal:støj ratio x10
- Design/bruger mismatch x8
- Informationsoverflow x6
- Fejlbedømmelse af risiko x4
- Dårlig system feedback x4
- **Uerfaren, ikke mangel på træning** x3
- **Dårlige procedurer, instruktioner** x3
- Utilstrækkelig kontrol x3
- **Forstyrret søvnmønster** x1,6
- Fjendtlige omgivelser x1,2
- Monotoni og kedsommelighed x1,1

Ref.: Reason, J., 1995: Understanding Adverse Events: Human Factors. Williams.

Man kan ikke sove på forhånd

- **Lys** er en væsentlig faktor for døgnrytmen.
- Mange af kroppens funktioner følger en døgnrytme:
 - kropstemperatur,
 - aktivitetsniveau (øget ydre påvirkning)
 - udskillelse visse hormoner
 - kortisol
 - melatonin
 - mavesyreproduktion
 - urinproduktion



Ref.: Overlæge, dr. med. Poul Jennum

Effekt af reduktion af arbejdstid

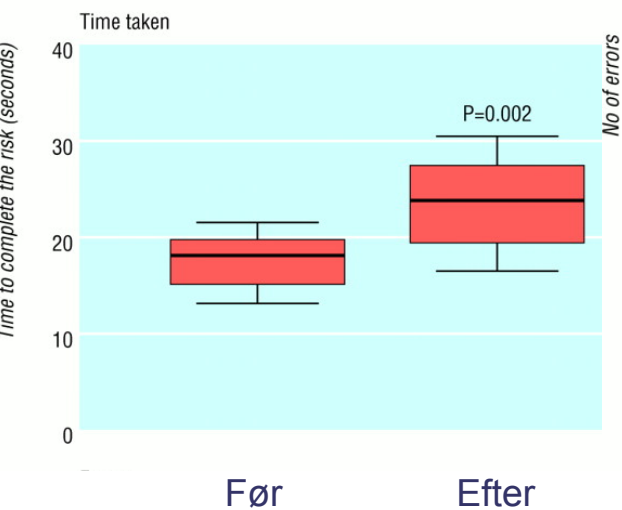
	Traditionel arbejdstilrettelæggelse	Interventionsgruppe
Timer pr. uge	77-81	60-63
Timer i træk	34	16
Alvorlige medicineringsfejl / 1000 patientdage	136,0	100,1*
Alvorlige fejl /1000 patientdage	193,2	158,4*
Alvorlige diagnostiske fejl	18,6	3,3*

*P<0,001

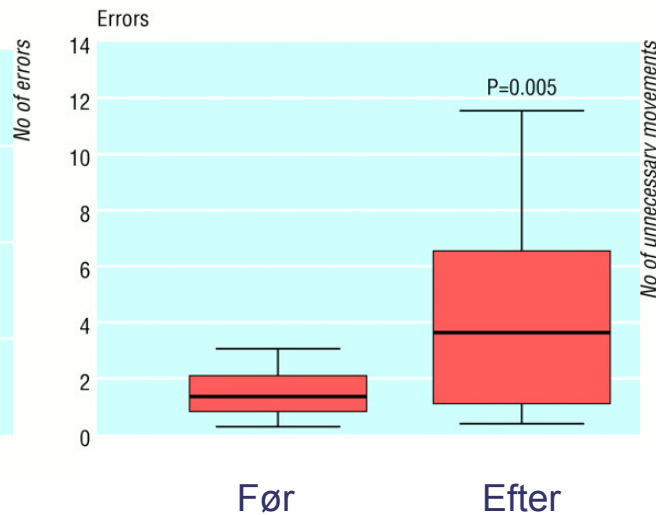
Ref.: Landrigan et al.: Effects of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors on Intensive Care Units, New England Journal of Medicine, 2004

Laparoskopisk performance efter en aften/nattevagt (16 timer)

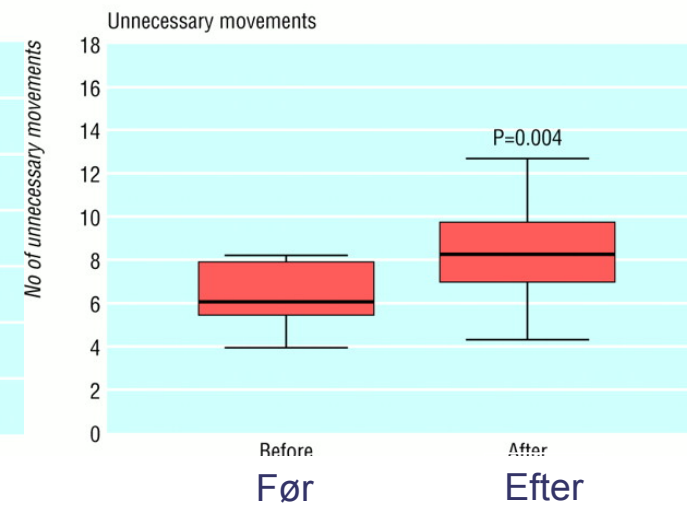
Tid/sekunder



Fejl



Unødvendige bevægelser



Ref.: Grantcharov, et al.: Laparoscopic Performance After One Night on Call in a Surgical Department: Prospective Study, BMJ 2001

Håndbog i Kerneårsagsanalyse

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Håndbog i kerneårsagsanalyse

Indledning/veiledninger	4
Hovedspørgsmål til brug ved kerneårsagsanalyse	19
Supplerende spørgsmål - Menneskelige faktorer kommunikation	21
Menneskelige faktorer oplæring og uddannelse	25
Menneskelige faktorer arbejdsmiljø	29
Udstyr og apparater	31
Procedurer og retningslinjer	35
Barrierer/kontrolforanstaltninger mod fejl	39
Kontrol af kerneårsager	41
Om handlingsplaner	45
Tjekliste til brug ved interviews	47

Tjekliste til brug ved interviews
 Om handlingsplaner
 Kontrol af kerneårsager
 Barrierer/kontrolforanstaltninger mod fejl (B)
 Procedurer og retningslinjer (P)
 Udstyr/apparater (U)
 Menneskelige faktorer - arbejdsmiljø (A)
 Menneskelige faktorer - oplæring og uddannelse (O)
 Menneskelige faktorer - kommunikation (K)
 Hovedspørgsmål til brug ved kerneårsagsanalyse

A3	Tillod vagtplanerne og belastningen i vagterne medarbejderne tilstrækkelig søvn/hvile?
A4	Var der regelmæssige pauser (fx spisepauser)?
A5	Havde man forudset/foregribet træthed på den rette måde/i tide?
A6	Var omgivelserne fri for distraherende faktorer?
A7	Var der tilstrækkeligt med personale ved hånden til at håndtere arbejdsbelastningen på tidspunktet for hændelsen (fx var arbejdsbyrden for høj, for lav, eller forkert sammensætning af personalet)?
A8	Var medarbejderne på tidspunktet for hændelsen involverede i at løse problemer omkring vagtdækning?

Hvilken betydning har erfaring?

Rutinebaseret:

- Opgaven løses uden, at bevidstheden er involveret

Regelbaseret:

- Opgaven løses vha. tidligere erfaring. Man skal koncentrere sig om opgaven

Vidensbaseret:

- Løsning til opgaven udarbejdes på stedet. Handlinger baseret på aktive vurderinger og beslutninger. Langsomme bevidste processer

Efter: Patientsikkerhed og den menneskelige faktor, Læringsæt

Kulturværdier

”Vis aldrig usikkerhed. Det er overlæge Jørn Jepsens lektion nr. ét til de yngre læger. [...]”



Ref.: Operation: Magiske hænder ryster ikke, Jyllandsposten
20.09.2004

”Hvis nogen bliver opmærksom på en sikkerhedsrisiko eller bliver i tvivl om sikkerheden i de beslutninger jeg træffer vil jeg bede om at de gør mig opmærksom på det”



Metode: Patientsikkerhedsrunder



- Topleder besøger en afdeling
- Går sammen med ledelse og frontliniemedarbejdere
- Spørger medarbejdere og evt. patienter om patientsikkerhed
- Mellem kl. 20 og 08: kan målrettes til vagterne
- Formidler skyldfri kultur og ledelsesengagement i patientsikkerhed
- Håndterer samtidig konkrete problemer

Typiske spørgsmål på runderne

- Hvad tror du, den næste utilsigtede hændelse vil dreje sig om?
- Hvad mener du, vi kan gøre for at forebygge den næste utilsigtede hændelse?
- Hvad er det værste, du kan forestille dig at der kan ske når du er i vagt?
- Har du i løbet af de 3 sidste vagter kunnet tage vare på patienterne så sikkert som muligt?
- Har du været ude for, at patienter eller pårørende har været bekymrede for deres sikkerhed i aften/nattetimerne?

Deltagende Sygehuse

- Hillerød Hospital
- Hvidovre hospital
- Regionshospitalet Herning
- Sygehus Nord (Roskilde)
- Sygehus Thy- Mors



Hvor og hvornår?



- 2 Fødeafdelinger
- 1 Gynækologisk afdeling
- 4 Kirurgiske afdelinger/afsnit
- 3 Medicinske afdelinger/afsnit heraf en Medicinsk Modtage Afdeling

Hvad går det galt med?

- Kapacitet
- Kommunikation
- Medicin
- Patientjournaler
- Personale-sammensætning



Senge og kapacitet

Problemer

- Overflytninger pga. pladsproblemer (inkl. ITA og opvågning) – informationstab og pres på stamafdelinger
- Uklare kriterier for overflytninger og stillingtagen akut
- Fokus på det “aktuelt” akutte – opgaver afsluttes ikke

Handlingsplaner

- Tjeklister ved overflytninger
- Kriterier for interne flytninger af patienter
- Tværfaglige triage når det bliver nødvendigt med en plan B

Intern kommunikation

Problemer

- Ikke ajourførte
behandlingsplaner mv. til vagten
– overser opgaver, prøvesvar

Handlingsplaner

- Etablering af mellemvagt
- Tværfaglige tavlemøder om
patienterne ved vagtskifte
- Obs: Nyt på patienttavler med
aktuelle ændringer og opgaver

Medicinering

Problemer

- Vanskeligere at få overblik over medicinforbrug og medicinafstemning i vagterne
- Ændringer i medicin ses ikke, hvis journal ikke er tilgængelig
- Vanskeligheder ved at skaffe lægemidler, der ikke er en del af standardsortimentet

Handlingsplaner

- Instruks for sikker medicinering
- Indarbejdelse af medicinafstemning

Patientjournaler

Problemer

- Ikke ajourførte patientjournaler i vagterne eller håndskrevne notater



Handlingsplaner

- Digital journalskrivning
- Fjernjournalskrivning ved lægesekretærer (hjemmearbejdspladser)
- Revision af adgang til ajourføring af EPM

Personalesammensætning

Problemer

- Vanskeligt at få kontakt med mellemvagt og bagvagt for forvagten
- Øvrige personalemedlemmer også ofte nyuddannede/nyansatte
- U hensigtsmæssig opgaveglidning
- Yderligere vanskeligheder med integration af ikke-dansktalende personale

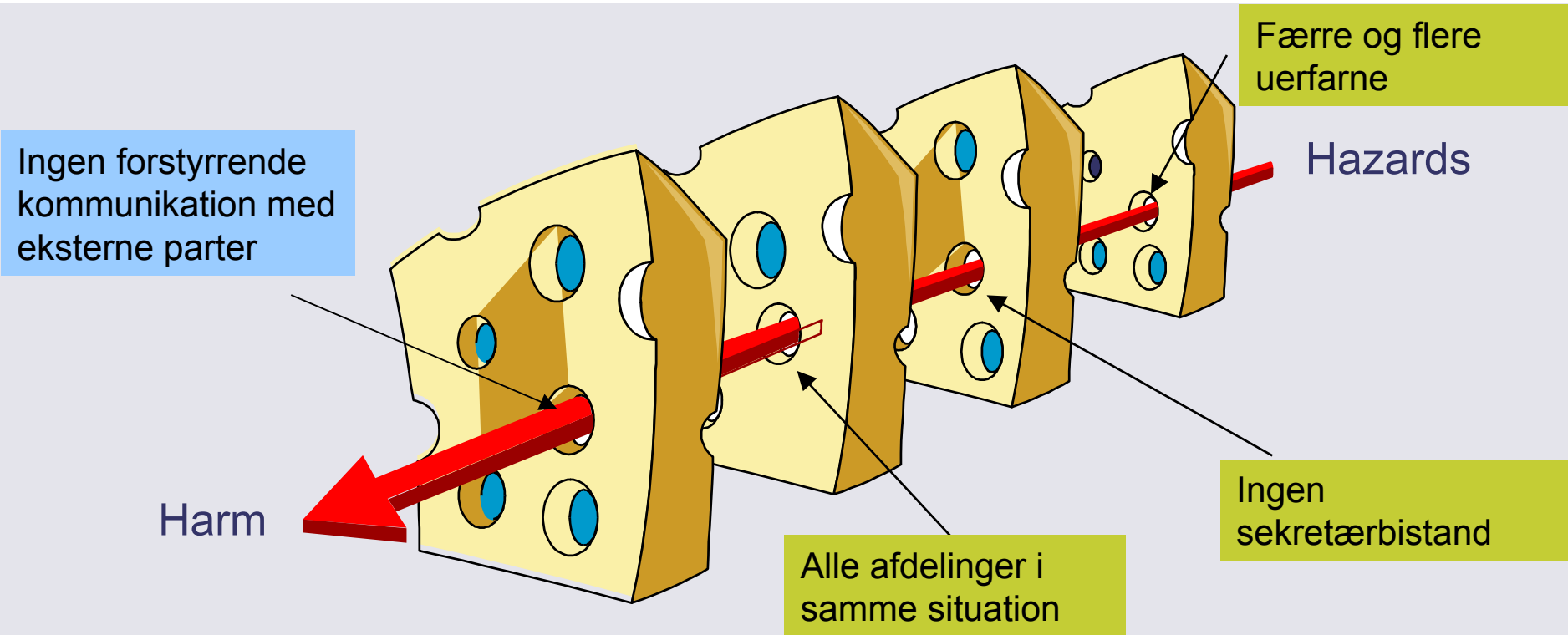
Handlingsplaner

- Revurdering af normeringer
- Introduktionsprogrammer og actioncards
- Minimumskrav til ikke dansk-talende før de indgår i vagten

Hvad er det værste du kan forestille dig, at der kan ske når du er i vagt?

- At overse noget hos en patient, finde en patient, der er blevet rigtig dårlig eller er død
- At overse kliniske tegn hos de patienter, der kommer tidligt tilbage fra intensiv pga. min manglende viden og rutine
- At pleje patienter, der kommer tidligt retur fra intensiv, så det medfører en risici for patienterne
- En uopdaget akut situation, fordi vi er optaget af de mest plejkrævende patienter

I vagten er hullerne i osten større



Efter.: J. Reason

Junior Doctors Committee

Safe handover: safe patients

Guidance on clinical handover for
clinicians and managers



Hospital at Night

Patient Safety Risk Assessment Guide

