



# Patientsikkerhed i primærsektoren

1. møde

# Dagsorden

1. Baggrunden for møderækken
  - a. introduktion til projektet
  - b. gennemgang af forløb for møderne og deltagernes roller
2. Præsentation af alle deltagere og møderegler
3. En kort introduktion til patientsikkerhed
4. Præsentation af kerneårsagsanalyse som metode og præsentation af Håndbog i kerneårsagsanalyse
5. Pause



# Dagsorden (2)

6. Gennemgang af viden om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren
7. Gennemgang og beskrivelse af medicineringsvejene i lokalområdet - Hvordan plejer vi at gøre?
8. Præsentation af rapporterings-skema og vejledning
9. Aftaler vedrørende indsamling af hændelser
10. Opsummering til rapport fra gruppen
11. Aftaler omkring hvad der kan refereres fra mødet
12. Eventuelt





# Baggrund for projektet

# Baggrund for projektet

- I 2004 kom Lov om Patientsikkerhed, der dækker hospitalssektoren
- Forventningen er, at loven kommer til at omfatte primærsektoren i løbet af 2006
- Utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering er hyppigt forekommende og har alvorlige konsekvenser både for patienten og samfundet
- Apotekerne har sat patientsikkerhed højt på dagsorden siden 2003 - apotekerne laver fejl og kan bidrage til at forebygge fejl
- Tro på, at der i samarbejde kan skabes læring om medicinrelaterede utilsigtede hændelser



# Projektets grundlæggende idé

At skabe rammer og redskaber, så det bliver overkommeligt

- dels at indsamle og dokumentere utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemidler i primærsektoren og
- dels at identificere og implementere forslag til løsninger ved dialog og samarbejde mellem apotek, praktiserende læger og hjemmepleje/plejehjem.



# Rammer

- Patientsikkerhedsgruppe
  - Bredt sammensat
- Patientsikkerhedsansvarlig/risikomanager
  - Delt på flere personer



# Redskaber / produkter

## Redskaber

- Mappe
- Håndbog i kerneårsagsanalyse af medicineringsfejl i primærsektoren

## Produkter

- Rapport med gruppens arbejde
- Rapport for projektet (proces- og deltagerevaluering)



# Hvad skal der ske?

## 1. møde

- ✓ Etablere en fælles platform - patientsikkerhed, kerneårsagsanalyse og medicineringsveje
- ✓ Introducere indsamling af hændelser

## 2. møde

- ✓ Præsentation af indsamlede hændelser
- ✓ Diskussion og prioritering af hændelser til analyse

## 3. møde

- ✓ Analyse - identifikation af kerneårsager, samt løsninger

## 4. møde

- ✓ Tilretning af løsningsforslag - diskussion af rapport





# Gensidig introduktion

Alle fortæller lidt om eget arbejde -  
samt baggrund og erfaring med  
patientsikkerhed

# Møderegler

- Alle er ligeværdige bidragydere
- Alle har pligt til at stille "dumme spørgsmål"
- Der kan komme organisationsfølsomme eller personrelaterede problemer frem. Det er vigtigt, at der ikke siges noget uden for rummet, som ikke kan siges i rummet
- Det skal aftales, hvad vi kan referere fra møderne
- Deltagelse i alle møder er højt prioriteret
- Slukkede mobiltelefoner





# Kort om patientsikkerhed

# Patientsikkerhed

- Patientsikkerhed - hvorfor det?
- Hvad ved vi om patientsikkerhed i DK? - Det startede med ...
  - 1100 tilfældigt udvalgte patientjournaler er gennemgået
  - 9% havde været udsat for utilsigtet hændelse, som i gennemsnit kostede 7 dages ekstra indlæggelse
- Der er begrænset viden om omfanget af fejl og utilsigtede hændelser i primær sektoren



# Patienter dør af lægeføj

**Fejl i behandling af patienter bliver aldrig indberettet, fordi lægerne er bange for at få skyld for dødsfaldene. Lav klagesystemet om, siger lægerne.**

Af Hanne Fall Nielsen  
Christine Cordse

Forbyttet medier, som falder i tet. Et drop, sort fast. Fejlmulighed danske sygehus og hvert år dør skere på grund fejl.

Denne opsig tilståelse kom selv på regeringens om sygehu

ser, og jeg tror sådan set, at tallet holder meget godt», siger han, der ser det som et selvstændigt problem, at dødsfaldene ikke kommer frem i lyset.

»Lægerne er det værste eksempel på, at man ikke vil indberette fejl. Det er en meget dårlig kultur, og det er svært at ændre på. Det er en meget dårlig kultur, og det er svært at ændre på.

## at 5.000

## ld af fejl.

## am h

spirere af forsøgene på fejlfinding i fly- og rumindustrien, baserer sin konklusion på en gennemgang af ca. 10.000 patientjournaler. Patientbehandling blev nøje gennemgået for at finde store og små fejl, og på den baggrund skønner australske og senere britiske forskere de mange dødsfald.

»Det sker jo hele tiden på sygehusene, at vi opdager fejl. Små og store. Puh, siger vi. Det gik godt denne gang ... Men hvad med de gange, det ikke gør? Vi må ændre kulturen, for med hver eneste ny behandling opstår muligheden for nye og flere fejl», siger han.

Som kur mod de mange skjulte fejl og mangler foreslår Yngre Læger, at klagesy-

stemet på sundhedsområdet laves om, så kræfterne ikke i så høj grad bruges på at finde en entydig synder.

»Mange fejl opstår jo i systemet og tilrettelæggelsen af arbejdet - ikke hos den enkelte«, sagde Jylling.

### Ansvarsforflygtigelse

Ønsket om en radikal ændring af patientklagesystemet blev støttet af Marianne Thomsen, formand for Patientforeningen Danmark.

»Vi fraråder faktisk de borgere, som henvender sig til os, at bruge klagesystemet. I øjeblikket er det indrettet, så alle forsøger at løbe fra ansvaret i en konkret sag. Det får hverken den enkelte patient eller systemet gavn af. Patienterne kan faktisk godt

forstå, at der sker fejl. De vil bare ikke have, at de gentager sig. Det har vi ingen sikkerhed for med det nuværende system«, sagde Marianne Thomsen.

Selv om de nye oplysninger om 5.000 upåagtede dødsfald i sygehusvæsenet gjorde indtryk på sundhedsminister Sonja Mikkelsen (S), ser hun ikke en løsning i at ændre på klagesystemet.

»Klagesystemet er da en dårlig undskyldning for, at læger og andre medarbejdere på sygehusene ikke lærer af deres fejl. En kulturændring på sygehusene er nødvendig i retning af den lærende organisation. Det får man ikke ved at ændre noget uden for sygehusene«, lød ministerens reaktion efter høringen.

# Utilsigtet hændelse

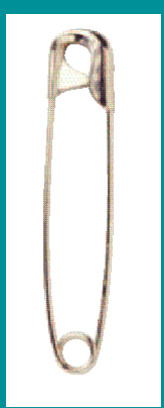
## Definition:

- En ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsnets handlinger eller mangel på samme.

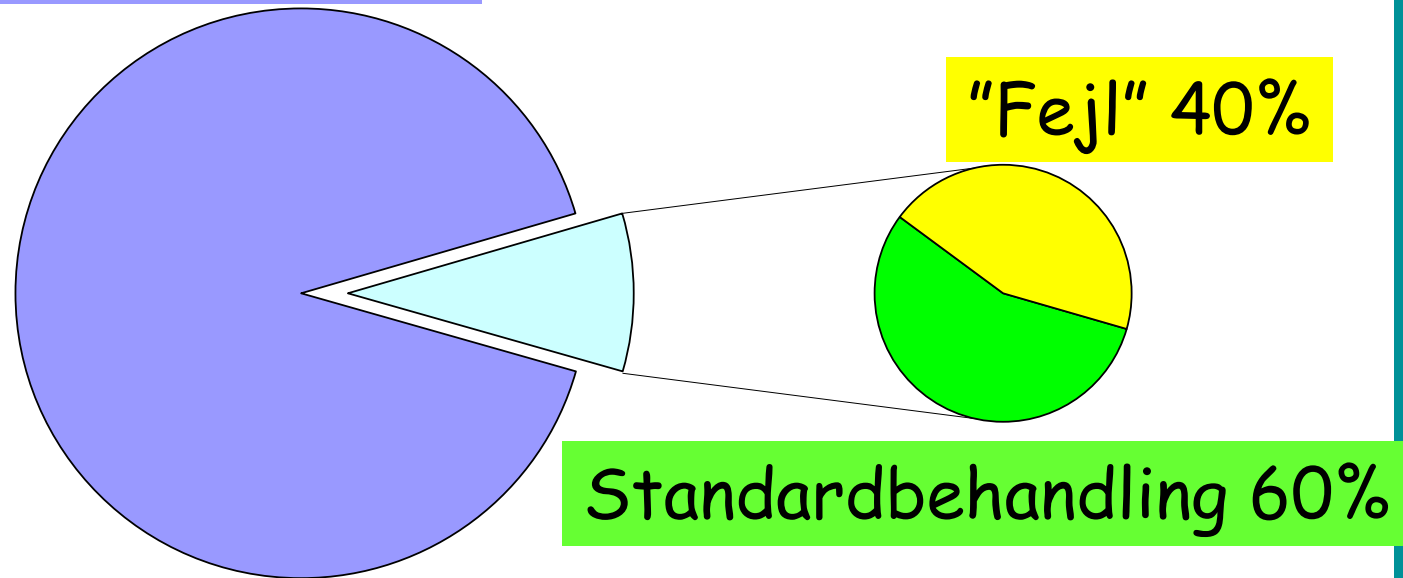
Kilde: Sundhedsvæsnets kvalitetsbegreber og definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, jan. 2003



# Pilotundersøgelse af forekomst af utilsigtede hændelser 2001



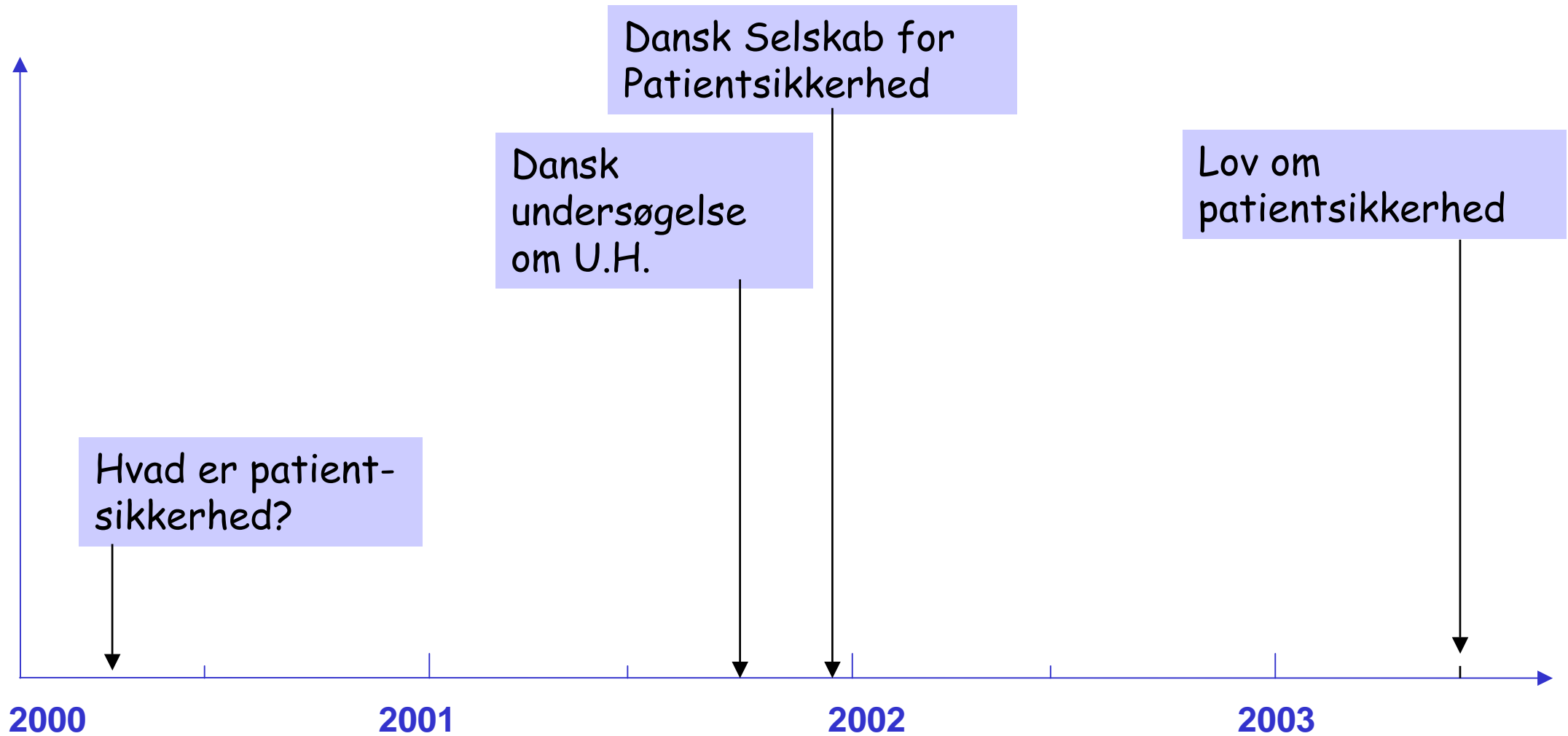
Ingen hændelser 91%



Utilsigtede hændelser 9%

7 ekstra sengedage per utilsigtet hændelse

# De fire magiske år



# Lov om patientsikkerhed pr. 1. januar 2004

- Sundhedspersonalet
  - oplysningspligt
- Sygehusejerne
  - handlepligt
- Sundhedsstyrelsen
  - formidlingspligt



## § 6 i loven

- En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene
- Primærsektoren er foreløbig ikke en del af loven om patientsikkerhed



# Menneskelige fejl

## Individorienteret tilgang

- Personalet har frit valg mellem sikre og usikre procedurer
- Fejl nedbringes ved sanktioner og træning
- Det antages, at den samme person ikke gentager fejlen

## Systemorienteret tilgang

- Det er menneskeligt at fejle
- Den menneskelige natur kan ikke ændres
- Den organisation, vi arbejder i, skal tage højde for menneskelige fejl og beskytte mod større skader



# Tendenser

## Vi bevæger os ...

Fra fokus på

- Kontrol
- Individ
- Fejl

Til fokus på

- Risiko
- System
- Læring

En proces, der medvirker til at opbygge en sikkerhedskultur, der flytter fokus til en kultur, hvor årsager til fejl og utilsigtede hændelser søges i arbejdstilrettelæggelsen, arbejdsmiljøet og de organisatoriske sammenhænge

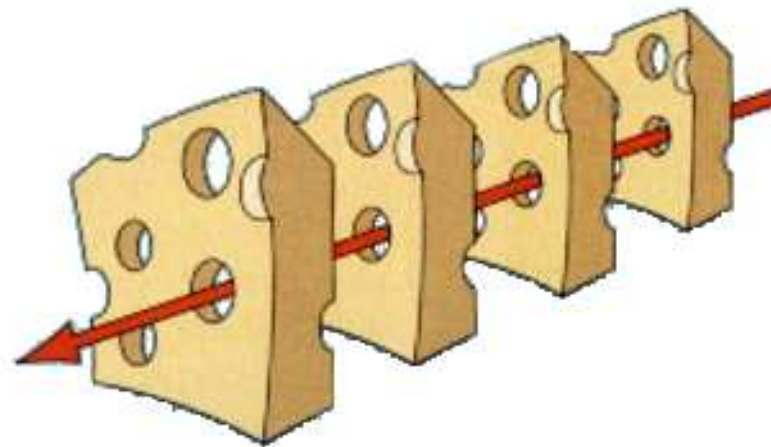


# Hvordan opstår fejl og utilsigtede hændelser?



"Schweizerostmodel"

Skade

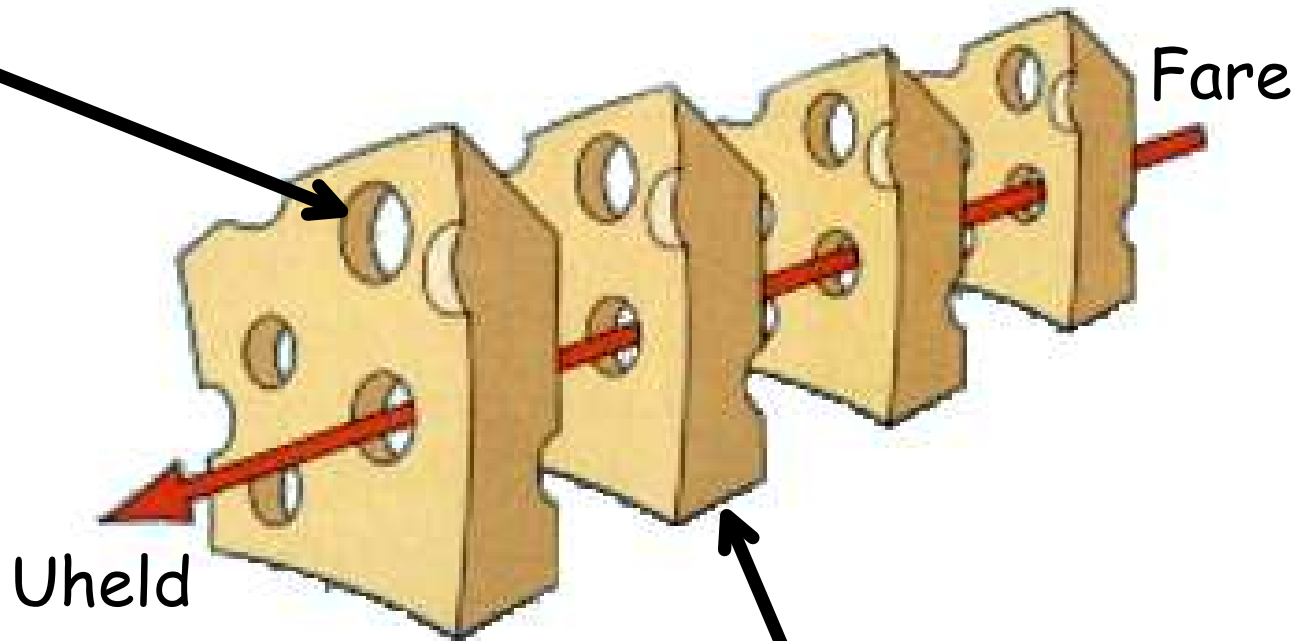


Hændelser

Vigtigt at flytte fokus fra det individuelle til systemet

# Analyse: Reasons oste

Hvert hul er en defekt i sikkerhedsfaktoren



Hver skive er en sikkerhedsfaktor (aktør)



# Case

- En mor henter på recept: Stesolid 5 mg, 10 stk. suppositorier til sin søn.
- Apoteket ekspederer recepten korrekt, men laver en fejl i fremtagningen ved at tage en pakning på 5 mg og en på 10 mg.
- Fejlen opdages af kunden, desværre først efter at den forkerte styrke er givet til barnet
- Barnet indlægges til observation



# Analyse - eksempel

2. kontrol opdager ikke fejlen

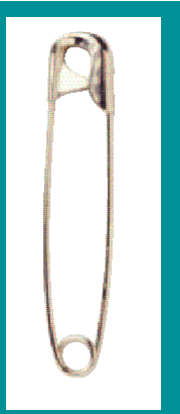
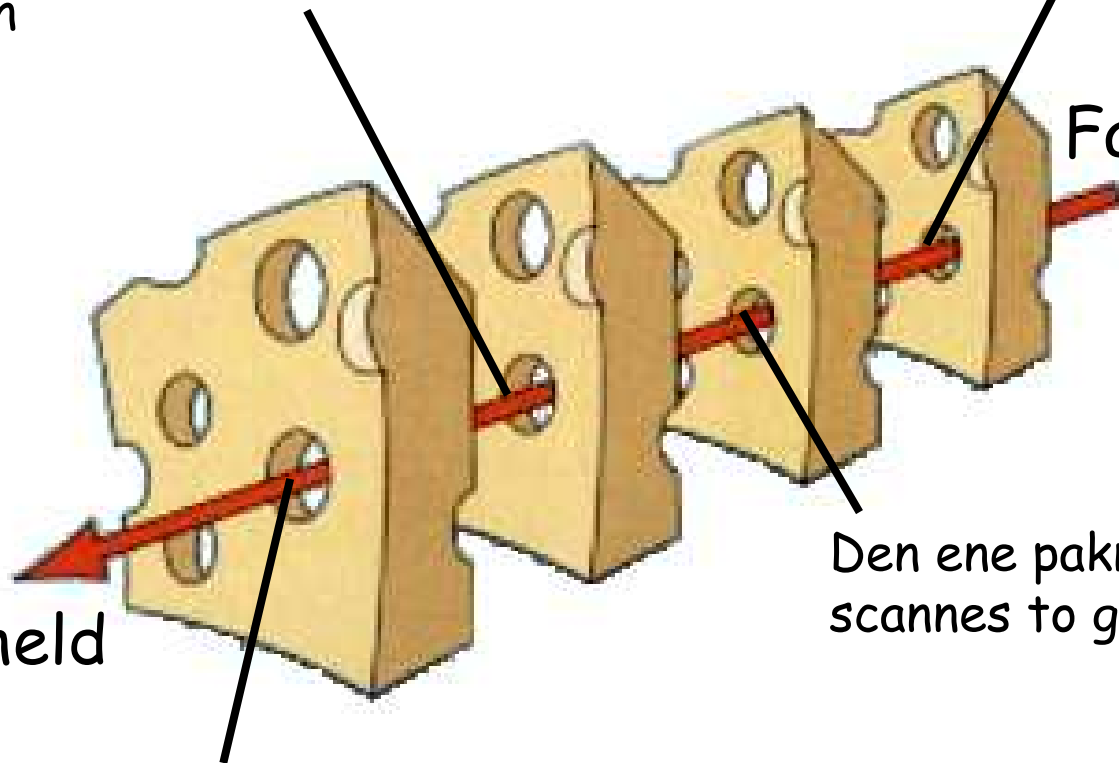
Fejl ved fremtagning

Fare

Uheld

Den ene pakning scannes to gange

Fejlen opdages ikke ved udleveringen



# Kerneårsagsanalyse

- Ved en kerneårsagsanalyse analyseres en utilsigtet hændelse i bund
- Alle de dybereliggende årsager til hændelsen afdækkes og analyseres med det formål at sikre, at skaden ikke sker igen
- Fokus er rettet mod at finde og lukke de uhensigtsmæssige forhold i organisationen, som førte til skaden
- Det er ikke en analyse af, hvem der konkret havde ansvaret for fejlen

