

Patientsikkerhed i Kommunerne



Patientsikkerhed for kommunale ledere Introdag i Hvidovre den 11. marts 2010

Annemarie Hellebek, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Udviklingen i Danmark

Udvidelse af Lov om Patientsikkerhed, 2009 / 2010

Evaluering af Lov om Patientsikkerhed, 2006

Implementering af Lov om Patientsikkerhed, jan.2004

Lov om Patientsikkerhed, juni 2003

Ekspertgruppe rekommandationer, sept. 2002

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, dec. 2001

Dansk undersøgelse vedr. utilsigtede hændelser, sept. 2001



Hvad ved vi om omfang og typer fra udlandet?

Spanien

- 96047 kontakter i praksis og kommuner, utilsigtede hændelser eller nærhændelser i 2% bedømt på frivillig rapportering
 - 7% var alvorlige sv t. 1,5 promille af alle kontakter
 - 70% blev vurderet som klart forebyggelige
 - Halvdelen medicineringsfejl, 8% var infektioner,

Skotland

- 191 analyser af UTH i praksissektor
 - 1/4 medicineringsfejl 1/4 fejl relateret til behandling og pleje

Hvad ved vi fra Danmark

Kilder

- Forsøgsordninger
 - Hele kommunen (Gl. Åbenrå, Egedal)
 - Plejehjem (Flere steder bl.a. Hillerød, Furesø, Gentofte)
 - Medicinhændelser, hele eller dele af kommunen (Helsingør, Odense)
 - Værløseprojektet (prakt.læge, hj.pleje, apotek)
- Patientklagesager og Patientforsikringsager
- SST's plejehjemstilsyn (fejl/mangler vedr. medicin)

Hvad ved vi fra Danmark

Typer

- Medicineringshændelser
 - Mange typer
- Ulykker
 - Fald
 - Efterladt beboer
 - Problemer med udstyr
- Plejerelateret
 - Tryksår, infektioner
- Sektorskift
 - Udskrivelse fra sygehus



Fanget i et vendelagen

- Beboer findes blå i hovedet viklet ind i vendelagen
- Årsag: Teknisk fejl på elektrisk mekanisme, så lagenet kan rotere af sig selv uden at være aktiveret af personalet



VENDELAGEN

Medicineringsfejl

Hvad skete der?

- En beboer får en anden beboers aftenmedicin

Hvilken konsekvens?

- Beboeren indlægges på hospital pga sløvhed

Årsager:

- To doseringsæsker er ved en fejl markeret med samme fornavn og stuenummer
- En vikar administrerer medicin ved det fælles middagsbord
- Beboernes aftendoserings"finger" er samlet i en kurv

- Hvad bliver den næste utilsigtede hændelse i min kommune?



Hvad gør vi ved det i dag?

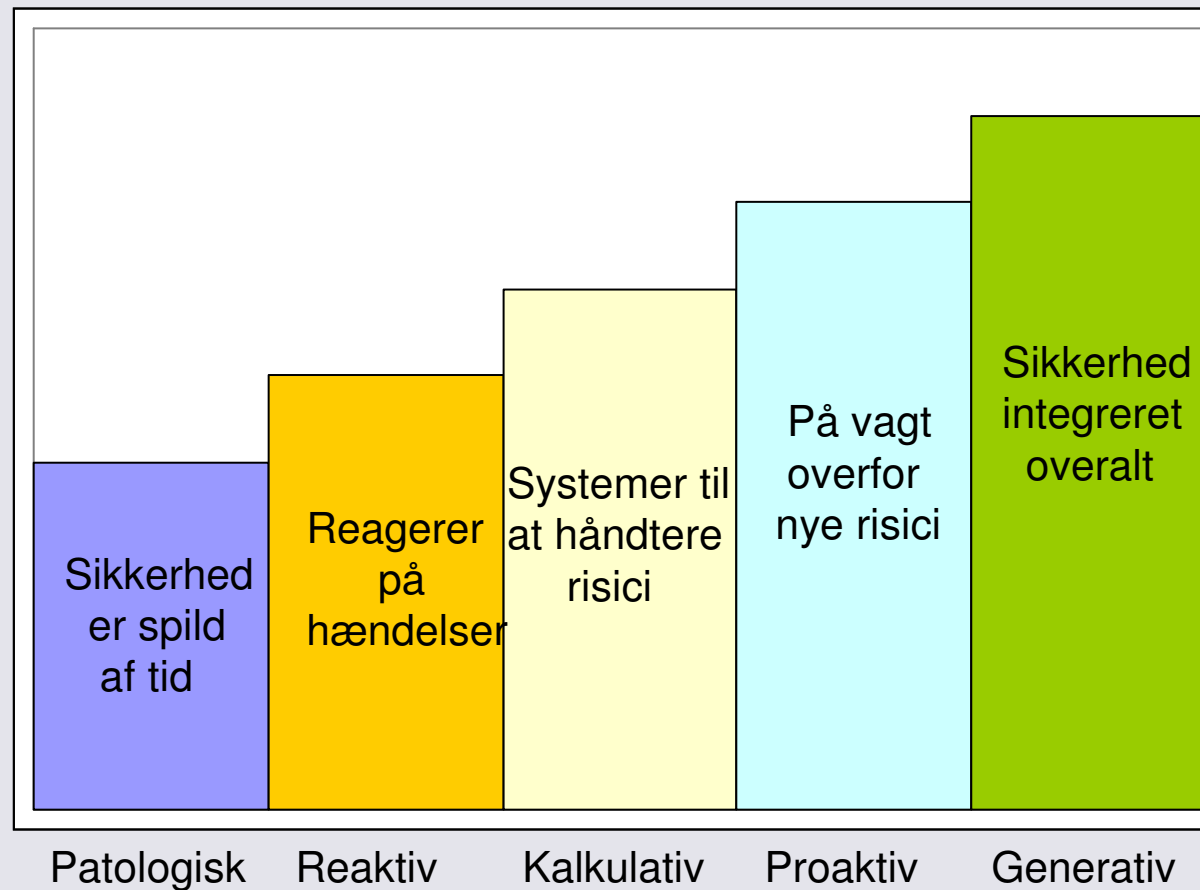




Det lærende system

- Vi er ikke ufejlbarlige
- Vi kan lære af vores fejl
- Vi kan identificere og handle på specifikke problemer og risici
- Vi tænker patientsikkerhed ind i alle vores beslutninger

En lang rejse - trin på vejen



Kan det lade sig gøre at få medarbejderne med?

Region Hovedstaden 2006

- Vi siger til, når vi bemærker noget, der kan true patientsikkerheden
89% positive
- Man kan trygt rapportere UTH
84% positive
- Min nærmeste leder er god til at støtte personalet efter alvorlige hændelser
72% positive
- Ledelsen støtter personalets forslag om forbedringer af patient sikkerheden
69% positive
- Der kommer forbedringer ved at rapportere UH
49 % positive

Ref: *Medarbejdernes Vurdering af Patientsikkerhedskulturen 2006*. Enheden for Brugerundersøgelser, maj 2007.

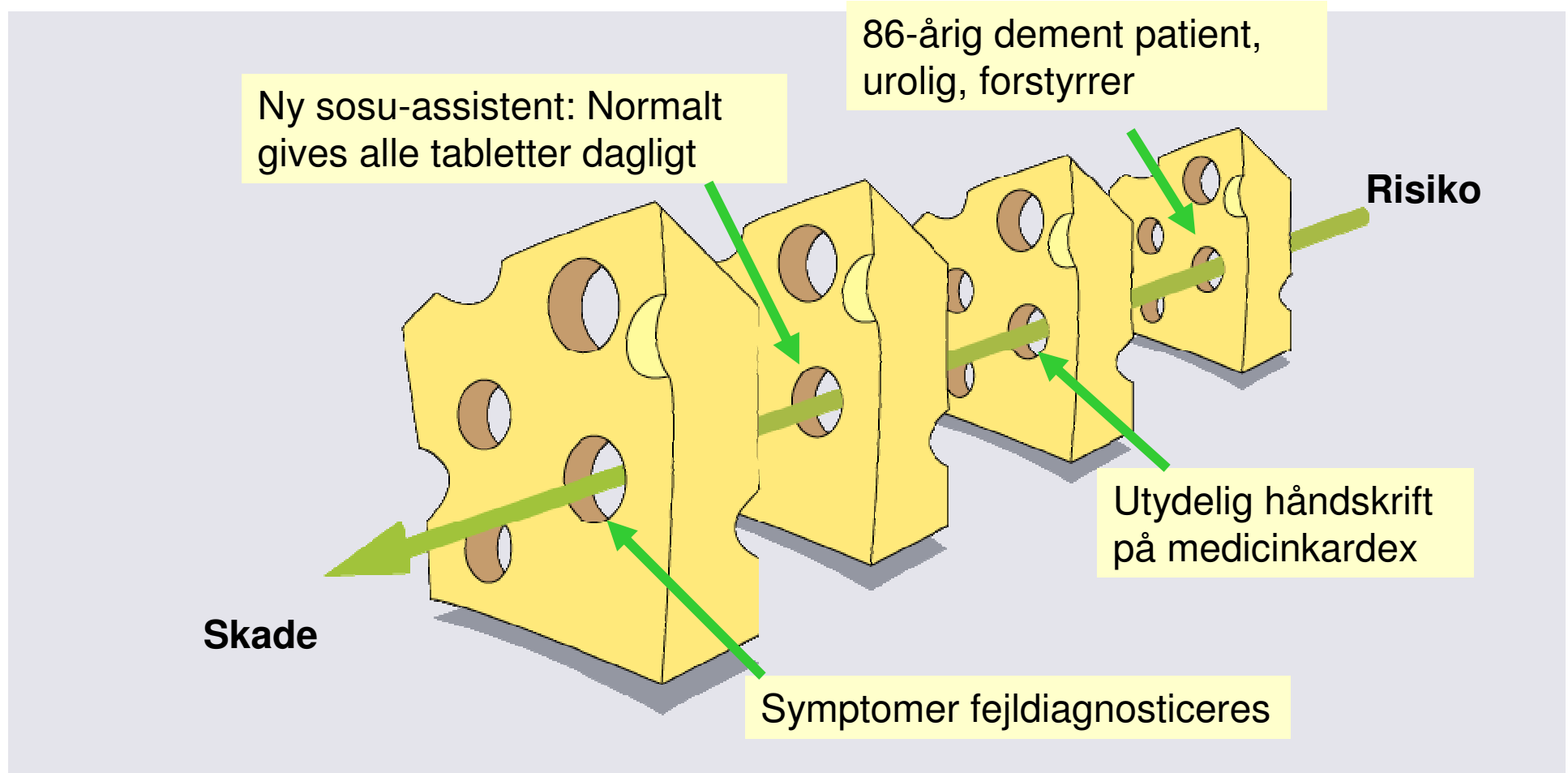
Hvordan arbejder vi til daglig med patientsikkerhed?



Skaden er sket?

- Hvad skete der?
- Hvorfor skete det ?
- Hvordan kan vi forebygge lignende hændelser?

Kvinde dør af medicineringsfejl



Før skaden er sket –proaktiv risikostyring

Ledelse går en runde i området
Spørger til sikkerhedsproblemer



Der laves handlingsplaner for, ud fra:

- hvilke risici kan accepteres?
- hvilke risici skal kontrolleres?
- hvilke risici skal elimineres?

Udarbejde handlingsplaner



- Reducere afhængighed af individuel hukommelse
- Forenkle til færrest mulige trin
- Standardisere processer og udstyr
- Etablere barrierer, blokeringer, alarmer
- Eliminere forvekslingsmuligheder



- Indskærpe mere opmærksomhed
- Etablere mere undervisning

Sikker kommunikation



Ryd op



Forenkle og standardisere



- www.patientsikkerhed.dk
- www.sikkerpatient.dk