

Patientsikkerhed i Kommunerne



**Patientsikkerhed for kommunale ledere
Introdag i Odense den 9. marts 2010**

Beth Lilja, 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



Haveri



- Myndigheder
- Forsikringselskab
- Luftfartselskab

Fra kontrol til læring

Lov om Patientsikkerhed

§ 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.

De 4 søjler

- Klagesystemet
- Tilsynssystemet
- Det kompenserende system
- **Det lærende system**

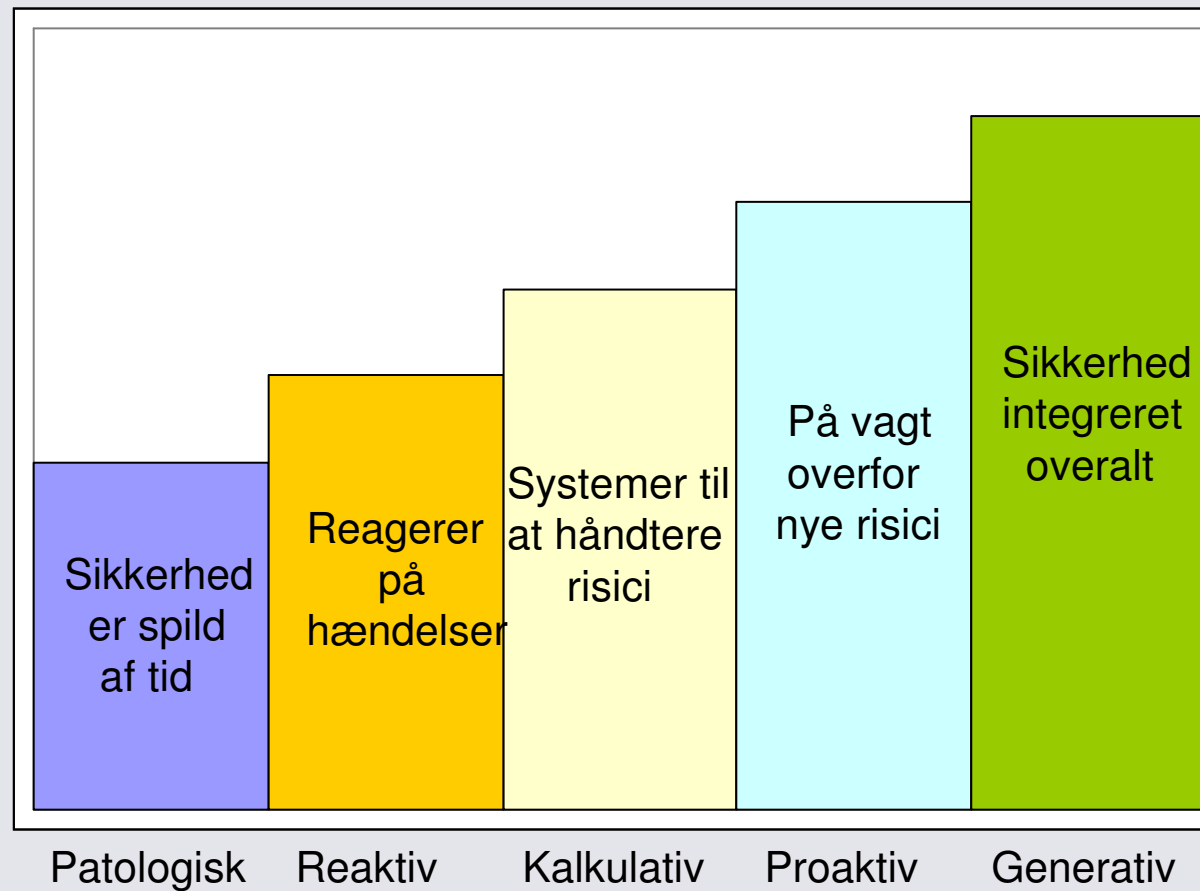


'De 4 søjler'

Hvad er en moden patientsikkerhedskultur?

- 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

Trin på vejen



Medarbejdernes oplevelser

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.

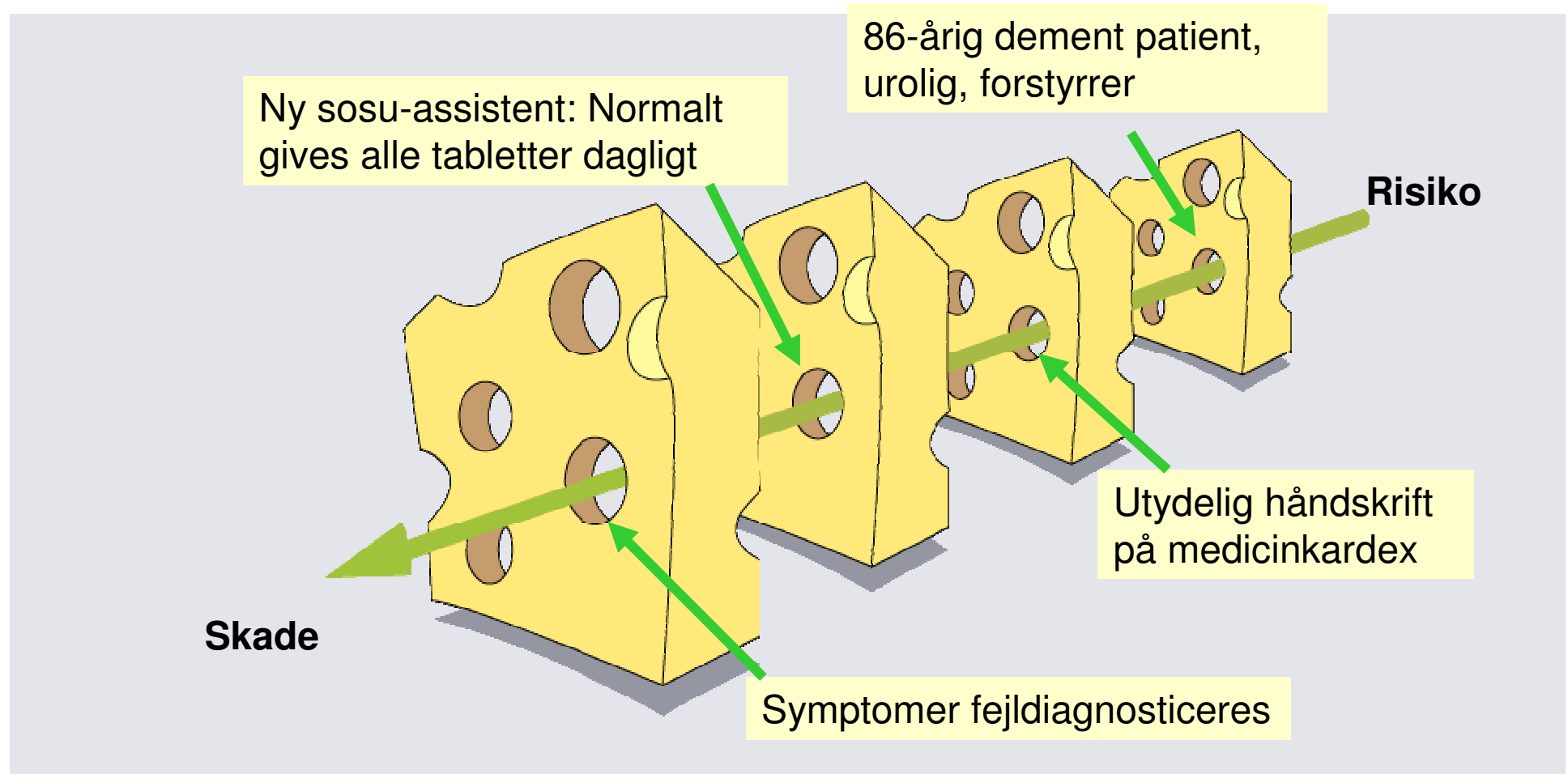
Metoder



Hændelsesanalyser

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

Kvinde dør af medicineringsfejl



Patientsikkerhedsrunder

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?

Utilsigtede hændelser i kommunerne

- Medicineringshændelser
 - Mange typer
- Ulykker
 - Fald
 - Efterladt beboer
- Sektorskift
 - Udskrivning fra sygehus
- Plejerelateret
 - Tryksår, infektioner



Hvad ved vi om omfang?

Spanien

- 96047 kontakter i praksis og kommuner, utilsigtede hændelser eller nærhændelser i 2% bedømt på frivillig rapportering
 - $\frac{3}{4}$ fundet af læger, $\frac{1}{4}$ af sygeplejersker,
 - 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
 - $\frac{1}{4}$ medicineringsfejl $\frac{1}{4}$ fejl relateret til behandling og pleje

Utilsigtede hændelser i kommunerne – 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)

Medicineringsfejl

Hvad skete der?

- En beboer i et botilbud får en anden beboers aftenmedicin

Hvilken konsekvens?

- Beboeren indlægges på hospital pga sløvhed

Årsager:

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

Fanget i et vendelagen



VENDELAGEN



Teknisk svigt

Hvad skete der:

Plejekrævende tung beboer findes viklet ind i elektrisk vendelagen

- Konsekvenser: Beboeren er blå i hovedet, vejrtrækningssvækket, kommer sig
- Årsag: Teknisk fejl på elektrisk mekanisme, så lagenet kan rotere af sig selv uden at være aktiveret af personalet

Medicineringsfejl

Hvad skete der?

Ansats giver 10 ml Cisordinol (200 mg/ml) i stedet for som ordineret 1/10 ml., dvs. 100 gange ordineret dosis.

Hvilken konsekvens?

Borgeren får akutte bivirkninger og må indlægges.

Årsager:

- Overføringsfejl, kollega modtager beskeden 1/10 ml. og skriver 1:10 ml i plejeplanen (håndskrift), læses af den ansatte som 10 ml
- Den ansatte uvant med at give intramuskulær injektion, og uvant med præparatet Cisordinol

Utilsigtede hændelser i kommunerne



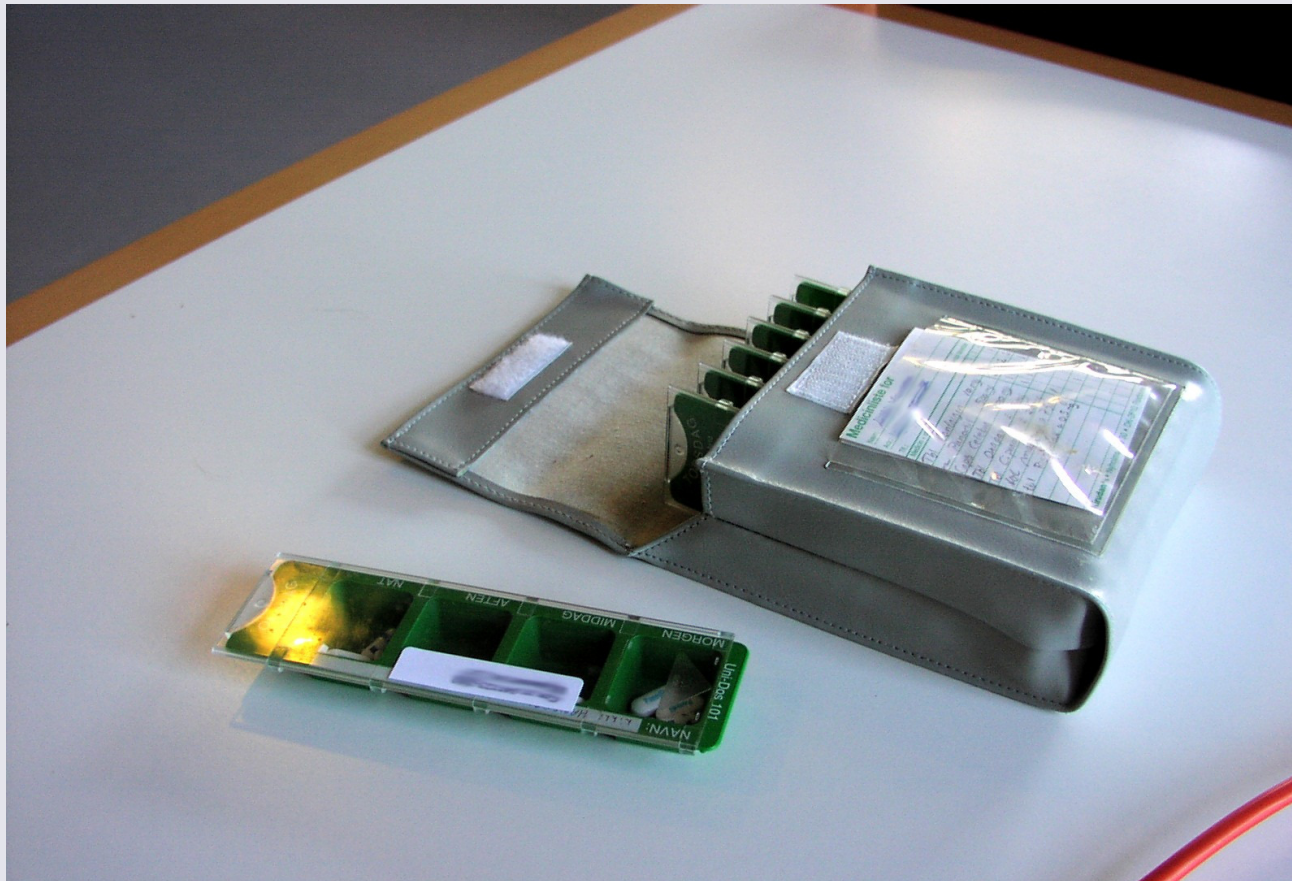
Beboer skal rejse sig fra badebænk men den ene sten fra pungen sidder fast mellem ribberne i badebænken.

Sygeplejerske tilkaldes og retter kontakt til hjælpemiddelafdelingen. De kommer straks til adressen og saver badebænken itu for at få borgeren fri.

Kommunikationsbrist



Principper for løsninger



Udarbejde handlingsplaner

- Kulturændringer
- Tekniske løsninger
- Forenkle processen
- Mere undervisning
- Sanktioner



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

Ryd op



Forenkle og standardisere



Alternativ til skjult kamera



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