

Patientsikkerheden understøttes ved indsamling, analyse og formidling af viden om utilsigtede hændelser. Dermed skabes en systematisk læring, dels i sundhedsvæsnets sektorer og dels i sektorovergange.

Årsrapport Patientsikkerhed 2018

chvpe

chvpe

Introduktion

Lov om patientsikkerhed blev enstemmigt vedtaget i Folketinget den 4. juni 2003. Det var den første lov af sin art i verden. Med lov om patientsikkerhed fulgte det nationale rapporteringssystem for rapportering af utilsigtede hændelser.

Patientsikkerhedsordningen blev indført i regionerne 2004

I 2007 blev lov om patientsikkerhed en del af sundhedsloven. Paragrafferne, der vedrører patientsikkerhed, findes i sundhedsloven kap.61.

Sundhedsloven kap. 61 giver sundhedsvæsenet mulighed for at lære af utilsigtede hændelser uden risiko for sanktion, som følge af en indrapporteret hændelse. Det er således adskilt fra de sanktionerende systemer (patientklagenævn, patientforsikring og Sundhedsstyrelsens tilsynssystem). Patientsikkerhedsloven fratager dog ikke det sundhedsfaglige personale for det faglige ansvar, de til enhver tid har i forhold til autorisationsloven. Patienters ret til at klage til Patientklagenævnet eller at søge erstatning i Patientforsikringen eksisterer uændret og har borgeren lidt skade skal de oplyses om deres rettigheder.

01.09.10 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor. Fra d. 01.09.11 kunne patienter og pårørende også indrapportere utilsigtede hændelser.

Systemet skal understøtte den kvalitetsudvikling, som finder sted i sundhedsvæsenet og udviklingen af et miljø, hvor det er muligt for personalet at håndtere utilsigtede hændelser og drage læring heraf.

Patientsikkerhedsordningen er en metode for kvalitetsudvikling på det sundhedsfaglige felt. Den har til hensigt at optimere patientens vej igennem sundhedsvæsenet, således at arbejdsgange er årsag til at borgeren får den gode effekt af pleje og behandling. Patientsikkerhed har fokus på den fagspecifikke struktur og proces. Tanken er, at når der indføres en god struktur og der implementeres en god proces, som indeholder de faglige standarder vil det gode resultat komme. Patientsikkerhed er arbejdet med en lærings- og evalueringskultur i det kliniske felt og i den faglige ledelse på niveau 1,2,3 og 4 i Odsherreds ledelseshierarki. Det er primært en kvalitativ kvalitetsudvikling, som vurderer på struktur- og proces indikatorer, med eksemplets magt. Systemet kan anvendes til at vurdere mønstre og tendenser, som kan benyttes som ledelsesinformation for udviklingstiltag.

Indrapporteringer af utilsigtede hændelser i Odsherred Kommune siden indførelsen af patientsikkerheds ordningen i primær sektor 2010, ses i nedenstående figur.

År	Antal indrapporteringer i Odsherred kommune
2010	0
2011	272
2012	755
2013	1003
2014	666
2015	852
2016	925

2017	1087
2018	810

Ved utilsigtet hændelse forstås en på forhånd kendt og ukendt hændelse og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men som forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig indsats. (BEK nr 1 af 03/01/2011)

Den kommunale sundhedssektor

Den kommunale sundhedssektor omfatter institutioner, som kommunen har driftsansvar overfor eller tilsynsforpligtelse overfor og som udøver sundhedsfaglige opgaver af autoriseret sundhedspersonale eller handler på delegation af sådanne.

Den kommunale patientsikkerhedsorganisation

Odsherred Kommune er organiseret med en kommunal risikomanager i en flad organisering. Der er på plejecentre, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen decentrale sagsbehandlere.

For at den decentrale sagsbehandler kan opretholde færdigheder og opnå erfaring i kvalitetsudvikling, skal der være et vist antal indrapporteringer på enheden. Den decentrale sagsbehandler forestår læring i enheden på den enkelte utilsigtede hændelse.

Implementering og fastholdelse af patientsikkerhedsordningen.

Det vurderes, at der i alle enheder arbejdes med patientsikkerhed. Der er samlet arbejdet med kompetence og fagprofiler på sygeplejersker, SSA, SSH, pædagoger og ufaglærte som arbejder i ældreområdet. Formålet er at forbedre samarbejdet med sikre roller, ansvar og kompetenceområde. Dette vil forbedre patientsikkerheden ved delegering og opgaveoverdragelse på ældre området.

Der har igen i 2018 været fokus at journalen skal være et arbejdsredskab som giver et mere sikkert patientforløb. Strukturen og kvalitetsniveauet for journalen er målepunkter, jævnfør styrelsen for patientsikkerhed risikobaseret tilsyn. Når niveauet er opnået vil journalen være en spejling af patientforløbet. Når journalen opfattes som et arbejdsredskab og benyttes som dette ses, at der findes forbedringstiltag i de enkelte patientforløb.

Center for Omsorg og Sundhed har i forbindelse med skift af den elektroniske patient journal arbejdet struktureret og målrettet med at konverterer data fra de gamle journaler. Den nye journal og FSIII metoden har udfordret de vante arbejdsgange og plejekulturens selvforståelse. Dette har medført en betydelig konstruktiv og faglig debat vedrørende arbejdsgange, ansvar og kompetence. Desuden har den ændret journal opsætning og Cura betydet at det faglige sprog er blevet kortere og mere præcist i sin form.

Hygiejne uge 38

I forbindelse med hygiejneugen har plejecentrene i flere år gennemført en hygiejnekonkurrence. Denne konkurrence er også afholdt i 2018. Alle personaler dyster i denne uge på korrekt håndhygiejne og korrekt uniformsetikette. De hygiejniske principper er som sådan ikke svære at lære og forstå, men det kan være svært at

implementere og fastholde en kultur med alle de små adfærdsændringer, de medfører i hverdagen. Derfor skal der gøres en indsats på dette med jævne mellemrum. Vi har valgt at benytte hygiejneugen som en årlig tilbagevendende indsats.

Centersygeplejerskerne har i samarbejde med risikomanager 2016 lavet en læringsfilm, som bliver set og diskuteret i plejegrupperne.

Bosteder og social psykiatri

Bosteder kender indrapporteringsmodulet og benytter sig af det. Indrapporteringerne omhandler primært medicin. Der er arbejdet med en generel ensretning af arbejdsgange vedrørende medicin.

Bostederne har været meget fokuseret på at styrke patientsikkerheden ved at arbejde meget målrettet med tilsyn fra styrelsens for patientsikkerhed. Det har medført en bedre dokumentation, som giver et overblik over borgerens situation og patientforløb. Der er arbejdet med den generelle struktur i afdelingen vedrørende fordelingsnøgle af fagkompetencer i vagtlagene, e-journalen og de sundhedsfaglige arbejdsgange. Dette betyder at der subjektivt opleves roligere i forhold til borgernes sundhedsfaglige problematikker.

Sundhedsplejen.

Der har undervist i indrapporteringsmodulet. Der tages utilsigtede hændelse op på personalemøder. Der indrapporteres på den sundhedsfaglige kommunikation direkte til regionen. Det er indrapporteringer vedrørende udskrivelser og kommunikation mellem region og kommune.

Træning

Træning har arbejdet med at lægge patientforløb struktureret i journalen således, at de kan genfindes. Ønsket er, at det kan skabe et mere detaljeret overblik over indsatserne. Det er forventningen, at teamlederen vil kunne uddrage nogle mønstre og tender for indsatser, som vil kunne danne grundlag for den faglige undervisning af medarbejdere, optimering af indsatser i patientforløb og planlægning i den fremadrettede ansættelsespolitik vedrørende særlige kompetencer indenfor fysioterapi og ergoterapi.

Undervisning i patientsikkerhed 2018

- 23.08.18 Medicinerings processen og FSIII/CURA
- 27.09.18 Dokumentations krav og FSIII (Del 1 Journal optaget og vedligeholdelse)
- 25.10.18 Styrelsen for Patientsikkerhed - Dokumentations krav og FSIII (Del 2 vedligeholdelse af journal og daglig journalføring)
- 04.12.18 Det sammenhængende og koordinerede patientforløb.

Brugen af interne undervisere styrker samarbejdsrelationerne i organisationen. Det støtter op om, at enhederne tager initiativ til at arrangere undervisning og samarbejde med de interne specialister på områder.

Handlingsplaner på forebyggelse af risikoområder og analyser af alvorlige uth.

Der er gennemført enkelte kerneårsags-/hændelsesanalyser. Når der laves kerneårsags-/hændelsesanalyser, virker det meget positivt på den videre proces for samarbejde i personalegruppen, hvor der er sket noget utilsigtet. Det giver afklaring over forløbet og sætter retning for den fremadrettet indsats.

Monitorering

Monitoreringen af arbejdet omfatter:

- Afsluttede sager. Fordelt på DPSD (Dansk Patientsikkerheds Database) hovedgrupper
- Oprettet sager. Fordelt på location og Kvartalsvis
- Afsluttede sager. Fordelt på alvorlighed

Rapporterne er opbygget, så de dels giver en status på antallet af utilsigtede hændelser og dels en status på, hvordan disse hændelser er klassificeret i forhold til alvorlighedsgrad samt DPSD-klassifikation (se nedenfor).

Alvorlighedsgraden

En hændelse kategoriseres efter, hvor alvorlig skaden faktisk har været:

Ingen skade *Ingen skade*

Mild skade *Lette, forbigående skade som ikke kræver øget behandling eller pleje indsats.*

Moderat skade *Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.*

Alvorlig skade *Permanent skader, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.*

Dødelig *Dødelig*

DPSD - klassifikation i hovedgrupper Klassifikationen består af 15 forskellige overordnede hovedgrupper herunder klassifikationen "Anden utilsigtet hændelse". Under hovedgrupperne klassificeres den enkelte sag på yderligere detaljeringsniveau i DPSD-proces og DPSD-problem.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

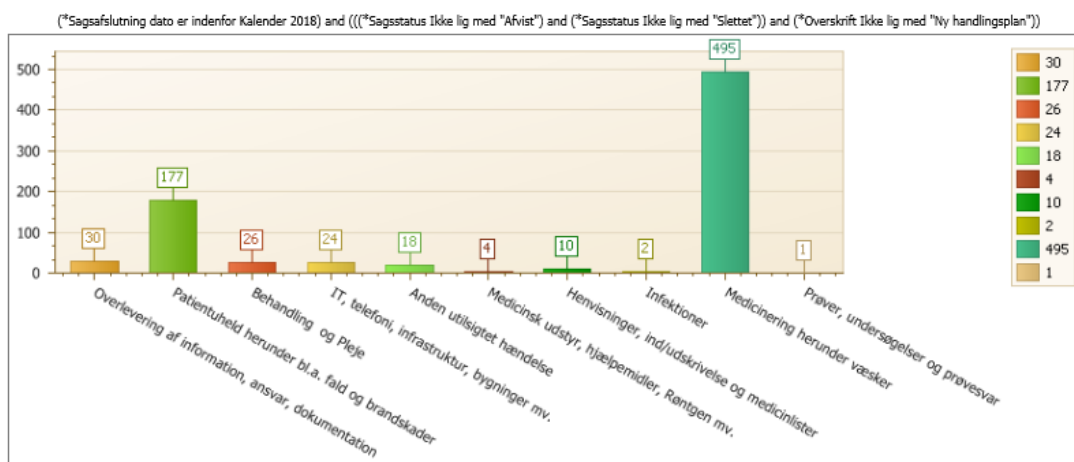
Når en utilsigtet hændelse er rapporteret bliver hændelsen automatisk sendt til risikomanager og afhængig af sagen videre til decentral sagsbehandler. Sagsbehandleren indhenter yderligere oplysninger, igangsætter dialog mellem implicerede parter og sikrer læring for eget område. Der handles på alle utilsigtede hændelser i forhold til at afværge den enkelte skade, samt iværksættelse af forebyggende og lærende tiltag, så det ikke gentages.

chvpe

Afsluttede sager i Odsherred – 2018

Fordelt på DPSD hovedgrupper

Afsluttede sager - Fordelt på DPSD hovedgrupper



Indrapporteringer viser, at vi stadig indrapporterer samme risikoområder, som det resterende kommunale område i Danmark. Det virker til at der indrapporteres fra eget fag/arbejdsområde og, at indrapporteringerne og løsningerne skal findes på SSH og SSA'ens arbejdsfelt i ikke givet medicin og fald. Ikke givet medicin og fald ser ud til at være meget høje, men kan være forholdsmæssigt høje, fordi de andre områder er underrapporteret. Fald og den generelle fald forebyggelse har fået en øget opmærksomhed for plejen.

Medicin

Oprettede sager - Medicin

Sidste kalenderår

(*Opret dato er indenfor Kalender 2018) and ((DPSD Hovedgruppe Lig med "Medicinering herunder væsker"))

DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
		2018/Q01	2018/Q02	2018/Q03	2018/Q04	
Medicinering heru	Administration (Ud	109	111	94	88	402
	Andet	1		6	1	8
	Bestilling, rekvisiti			1		1
	Dispensering (Dos	25	29	17	13	84
	Emballage mv	1				1
	Opbevaring	2				2
	Ordination, receipt	4	2	1	2	9
	Medicinering herunder væsker Total		142	142	119	104

Der er indrapporteret 507 hændelser vedrørende medicin. Langt overvejende omhandler det administration, som er at hjælpe borgeren med at få sin medicin, på 402 hændelser. Der ses 84 hændelser på dispensering, som er medicindoseringen.

chvpe

Fald

Oprettede sager - Fald

Sidste kalenderår

(*Opret dato er indenfor Kalender 2018) and ((DPSD Hovedgruppe Lig med "Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader"))

		*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				
DPSD Hovedgrupp	DPSD Proces	2018/Q01	2018/Q02	2018/Q03	2018/Q04	Grand Total
Patientuheld heru	Anden skade		4	1		5
	Fald	30	47	52	40	169
Patientuheld herunder bl.a. fald og bra		30	51	53	40	174

Der er indrapporteret 350 fald i 2016 og 281 i 2017 fald og 174 i 2018. Indrapportering af utilsigtede hændelse er ikke statistisk materiale, men der er en øget bevågenhed på indrapportering af fald. Oftest er der ingen skade ved disse fald, men når der er, kan det have store konsekvenser for patienten, på grund af hovedtraumer eller brækket lårben.

Der har i 2016 været faldprojekt på to plejecentre. Det er ikke undersøgt om de færre utilsigtede hændelse kan tilskrives, at der er en fastholdelse af faldforebyggelsestiltag disse steder. Der er udført faldforbyggende tiltag i form af oprydning, om røkeringer i lejlighederne og ændringer i lysætningen. Der er øget opmærksomhed på at der er nogle borgere hvor man ser faldet som en indikator på, at de er blevet dårligere i deres tilstand og hvor man finder at inden et fald er en bestemt adfærd. Denne adfærd kan blive indikator på behandlingsændring, hvilket skulle forebygge denne gruppe borgeres fald. Dette har også være et forbedringsområde i 2018, hvor der ved fald i større grad er en bevågenhed på hjemmets indretning og borgerens medicin.

Oprettede sager i Odsherred 2018

Fordelt på location kvartalsvis og kumuleret

Oprettede sager - fordelt på lokation

Sidste kalenderår

(*Opret dato er indenfor Kalender 2018) and (*Overskrift Ikke lig med "Ny handlingsplan")

		*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				
Lokation		2018/Q01	2018/Q02	2018/Q03	2018/Q04	Grand Total
Andet		4	3	11	9	27
Hjemmeplejen		52	37	24	19	132
Hjemmesygepleje		34	5	2	5	46
Misbrugsbehandlin		2	2	1		5
Plejebolig		79	83	102	85	349
Sociale botilbud		40	51	53	38	182
Sundheds- og syg			2	1	2	5
Sundhedsplejerske					1	1
Træning		4	7	10	4	25
Øvrige tilbud til bo		4	21	7	6	38
Grand Total		219	211	211	169	810

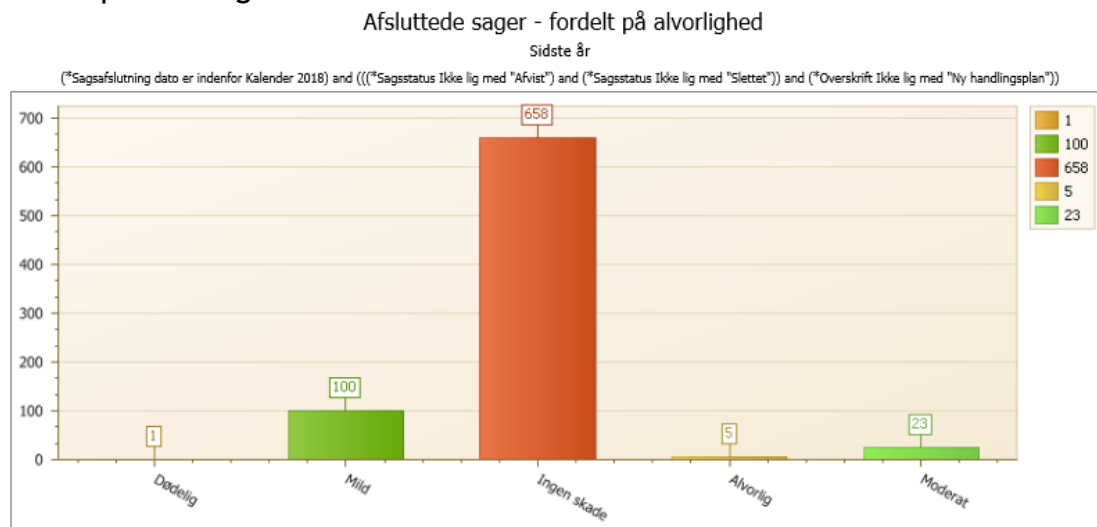
Andet: Daghjemmet er egentlig ikke omfattede at Patientsikkerheds ordning, men her finder personalet borgere, som ikke har fået sin morgen medicin eller fået sin medicin med da de skulle afsted. Risikosituationen er i hjemmeplejen, hvor borgerens rutiner afviger fra hverdagen.

chvpe

Øvrige tilbud til borgere: Lynghuset, Sejrsbo og aflastningspladser.

Afsluttede sager i Odsherred 2018

Fordelt på alvorlighed



I alt indrapporteringer 2018: 810 utilsigtede hændelser

Der har i 2018 været indrapporteret 1 utilsigtede hændelser med alvorlighedsgraden dødelig. Den utilsigtede hændelse kategoriseres med alvorlighedsgrad dødelig, når døden indtræffer i forløbet med en utilsigtede hændelse uanset om det har noget med den utilsigtede hændelse at gøre. Når alvorlighedsgraden er dødelig, skal det opfattes som en markør for at undersøge om der er utilsigtede hændelser i forløbet op til døden indtræder.