

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 2017

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. (Retsinformation.dk - VEJ nr 67 af 14/07/2010)

Patientsikkerhedsordningen er en metode for kvalitetsudvikling på det sundhedsfaglige felt. Den har til hensigt at optimere patientens vej igennem sundhedsvæsenet, således at det ikke er arbejdsgange ved behandling og pleje, der er årsag til at borgeren får komplikationer til sin sygdom. 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 systematisk til at vurdere mønstre og tendenser, som kan benyttes som ledelsesinformation for udviklingstiltag.

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

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. (Retsinformation.dk - BEK nr. 925 af 14/07/2010)

År	Antal indrapporteringer i Odsherred kommune
2010	0
2011	272
2012	755
2013	1003
2014	666
2015	852
2016	925
2017	1087

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. (Retsinformation.dk - VEJ nr. 67 af 14/07/10)

Den kommunale patientsikkerhedsorganisation

Odsherred Kommune er organiseret med en kommunal risikomanager i en flad organisering. Der er som minimum en kontaktperson i hver decentral enhed. Det er hensigten, at kontaktpersonen på sigt skal være en decentral sagsbehandler for den lokale læring af de utilsigtede hændelser. Der har siden 2013 været decentrale sagsbehandlere på plejecentrene og 2017 blev fagkonsulenterne i hjemmeplejen decentrale sagsbehandlere.

For at den decentrale sagsbehandler kan opretholde færdigheder og opnå erfaring i kvalitetsudvikling, skal der være et vist antal indrapporteringer.

Implementering og fastholdelse af patientsikkerhedsordningen.

Det vurderes, at patientsikkerhedsordningen er implementeret på et niveau, hvor alle kender til ordningen og ved hvordan der skal indrapporteres. Det ses på omfanget af decentrale sagsbehandlinger at der er implementeret eller påbegyndt en implementering af en læringskultur i nogle områder. Der er i 2017 ikke gjort nogle specifikke fastholdelsestiltag.

Patientsikkerhedstiltag på plejecentre.

Rehabilitering

Rehabilitering på plejecentre er i implementerings fase, derfor arbejdes der med patientsikkerhed for at skabe en struktur og en proces for plejen. Strukturen og processen er afstemt med fagligestandard for rehabilitering som metode.

På plejecentre har centerlederne, centersygeplejerskerne og risikomanager haft en proces for at indkredse, hvilken målgruppe der skal rehabiliteres, genoptrænes og hvem der skal have en almindelig tilrettelæggelse af hverdagen, så de opnår mest mulig livskvalitet. Der er tilrettelagt en proces på arbejds gange indenfor egen afdeling. Der arbejdes videre i 2018 med koordineringen til andre afdelinger.

Sammenhæng i patientjournaler på plejecentrene giver sikre patientforløb

Der har igen 2017 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 (de tidligere embedslægetilsyn). 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 forløb.

For at bibeholde den kvalitetsudvikling som de risikobaserede tilsyn har støttet op omkring, er der på plejecentre indført tilsyn fra et andet plejecenter 2016. I 2017 har der i andet halvår været pause med denne interne egenkontrol og det forventes at der startes op igen senest midt 2018.

Patientsikkerhedstiltag Plejecentre, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Hygiejne uge 38

I forbindelse med hygiejneugen har plejecentrene i flere år gennemført en hygiejnekonkurrence. Denne konkurrence er udvidet til også at inkludere hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. 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 adfærdændringer, 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 er set og diskuteret i plejegrupperne.



Hygiejne uge 38 2016 resultat.mp4

Desuden var risikomanager i P4 Sjælland omkring hygiejne ugen 38. Programmet kan høres på nedenstående link. Programmet blev sendt d. 18 september 2017 kl. 15.35 Hele programmet handler om hygiejne fra forskellige fagpersoner og områder i hele sundhedssektoren.

<http://www.dr.dk/radio/p4sjaelland/p4-sj-eftermiddag/p4-eftermiddag-2017-09-18-15-03-6>

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Der arbejdes med en indrapporteringskultur af utilsigtede hændelser. Dernæst en systematik for lokal læring ved de to fagkonsulenter i hjemmeplejen. Fagkonsulenterne har modtaget undervisning og vejledning af risikomanageren i krav og forventninger der skal opfyldes ved de risikobaserede tilsyn og i lokal læring. På baggrund af dette har fagkonsulenterne påbegyndt kollegialt medicintjek jævnfør instruksen for egenkontrol på plejecentre.

Der er gennemført et forløb med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen for at sikre, at processen vedrørende delegation udføres korrekt. Der er udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelser som fagkonsulenterne og teamlederen for hjemmesygeplejen skal videre implementere i de respektive grupper. Der har været gennemført undervisning i delegationsprincipper for hjemmeplejens personale i nord og syd ved risikomanager.

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 er påbegyndt arbejdet omkring sundhedsfaglige arbejdsgange på samarbejde med læge og patient. Disse arbejdsgange afspejles i journalføringen. Denne proces skaber rum for refleksion og deraf findes forbedringstiltag for den enkelte patient.

Sundhedsplejen.

Der har været enkelte indrapporteringer.

Træning

Træning har arbejdet med at lægge patientforløb struktureret i journalen således, at det 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 2017

- 25.01.17 Medicinhåndtering v/Kvalitets og udviklingskonsulent Christine Vammen
- 23.02.17 KOL og astma v/centersygeplejerske Lotte Meibom
- 23.03.17 Hjerte- kredsløb v/ Centersygeplejerske Sine Dalby
- 27.04.17 Observationer af Dialyse patienten v/ Tine E Schulz
- 23.05.17 Pleje af mennesker med Alkoholmisbrug og alkohol skader v/Winnie Søgaard og Jeanette Agregard Jensen Centersygeplejerske
- 22.06.17 Dobbelt diagnoser og håndtering af mennesker, der er ramt af dette v/ Lone Naundrup Nielsen Teamleder Rusmiddelteamet Center for Social og Psykiatri
- 24.08.17 Sårpleje og kompression v/ Inger Jacobsen og Jytte Drehn Centersygeplejersker
- 28.09.17 Dobbelt diagnoser og håndtering af mennesker, der er ramt af dette V/ Lone Naundrup Nielsen Teamleder Rusmiddelteamet Center for Social og Psykiatri
- 26.10.17 Dobbelt diagnoser og håndtering af mennesker, der er ramt af dette v/ Lone Naundrup Nielsen Teamleder Rusmiddelteamet Center for Social og Psykiatri
- 23.11.17 (Udsat på grund af implementering af Cura)
- 14.12.17 (Udsat på grund af implementering af Cura)

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, særligt indenfor demens og inkontinens.

Handlingsplaner på forebyggelse af risikoområder og analyser af alvorlige uth.

Fagcentret har i første halvdel af 2017 valgt at øge patientsikkerheden ved at bruge puljemidler fra værdighedsmidlerne til faglig undervisning, som kompetenceudvikling. Emnerne er valgt efter, hvad der er kerneområder for primær sektor. Hensigten er undervisningen skal danne grundlag for en refleksion over tilrettelæggelsen af plejen. I sidste ende påvirke de utilsigtede hændelser vedrørende medicin administration. Målgruppen var SSH og SSA'er i hjemmeplejen og SSA'er på plejecentrene.

Undervisningen:

- Hjemmeplejens medarbejdere med SSH baggrund har alle modtaget undervisning 4 eftermiddage med fagspecifik undervisning. Inkontinens, diabetes, palliation, træning og rehabilitering.
- Hjemmeplejens medarbejdere med SSH og SSA baggrund har modtaget 2x2 timers undervisning i pleje af demente ved Demens konsulenterne
- Hjemmeplejens og plejecentrenes medarbejdere med SSA baggrund har modtaget undervisning 4 eftermiddage med fagspecifik undervisning. Inkontinens, demens og delir, rehabilitering og træning og palliation.

Der er gennemført enkelte kerneårsagsanalyser. Når der laves kerneårsagsanalyser, virker det meget positivt på den videre proces for samarbejde omkring situationer, hvor der er sket noget utilsigtet.

Monitorering

Monitoreringen af arbejdet omfatter:

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

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.*

chvpe

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*

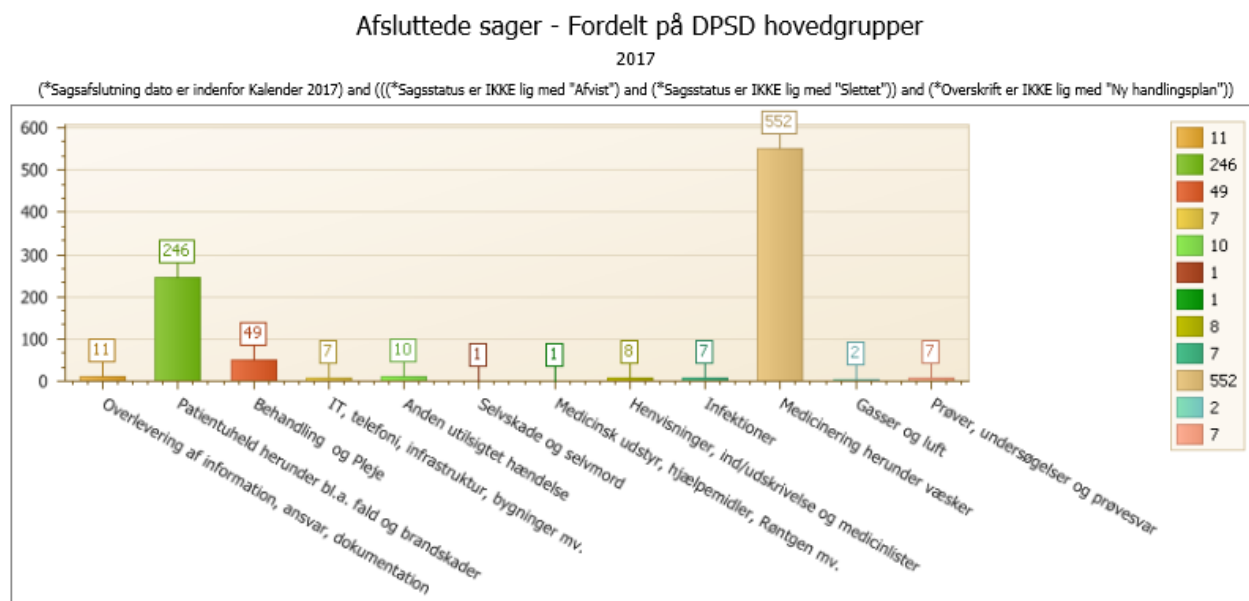
DPSD - klassifikation i hovedgrupper Klassifikationen består af 15 forskellige overordnede hovedgrupper herunder klassifikationen "Anden utilsigtet hændelse". Under hovedgrupperne klassificeres den enkelte sag på yderligere detaljeringsniveau i DPSD-proces og DPSD-problem.

Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

Når en utilsigtet hændelse er rapporteret bliver hændelsen automatisk sendt til den sagsbehandler eller risikomanager, der har ansvar for patientsikkerheden på det rapporterede hændelsessted. 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.

Afsluttede sager i Odsherred – 2017

Fordelt på DPSD hovedgrupper

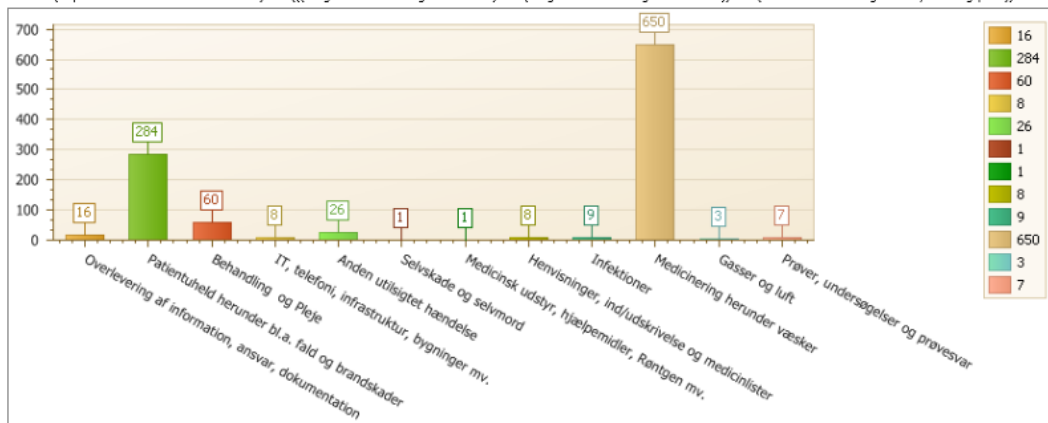


Løbende analyser af indrapporteringer viser, at vi har indrapporteret samme risikoområder, som det resterende kommunale område i Danmark. Det virker til at der indrapporteres fra eget fag/arbejdsområde og, at indrapporteringerne og løsningerne skal findes på SSH og SSA'ens arbejdsfelt i ikke givet medicin 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. Desuden har fald ikke været et indsatsområde i hele organisationen, men kun på enkelte plejecentre.

Oprettet sager - Fordelt på DPSD hovedgrupper

2017

(*Opret dato er indenfor Kalender 2017) and ((*Sagsstatus er IKKE lig med "Afviset") and (*Sagsstatus er IKKE lig med "Slettet")) and (*Overskrift er IKKE lig med "Ny handlingsplan"))



Medicin

Oprettet sager - fordelt på medicin og medicin proces

2017

(*Opret dato er indenfor ("01-01-2017 og 31-12-2017")) and ((*Overskrift er IKKE lig med "Ny handlingsplan") and (DPSD Hovedgruppe Er lig med "Medicinering herunder væsker"))

DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
		2017/Q01	2017/Q02	2017/Q03	2017/Q04	
Medicinering heru	Administration (Ud	121	176	156	126	579
	Andet	2		3	1	6
	Bestilling, rekvisiti	1		1	2	4
	Dispensering (Dos	18	14	8	12	52
	Opbevaring	3		2	1	6
	Ordination, receipt		2		2	4
Medicinering herunder væsker Total		145	192	170	144	651

Der er indrapporteret 651 hændelser vedrørende fald. Langt overvejende omhandler det administration, som er at hjælpe borgeren med at få sin medicin, på 579 hændelser. Der ses 52 hændelser på dispensering, som er medicindoseringen.

Fald

Oprettet sager - fordelt på patientuheld, herunder fald

Sidste kalenderår

(*Opret dato er indenfor Kalender 2017) and ((*Overskrift er IKKE lig med "Ny handlingsplan") and (DPSD Hovedgruppe Er lig med "Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader"))

DPSD Hovedgruppe	DPSD Proces	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
		2017/Q01	2017/Q02	2017/Q03	2017/Q04	
Patientuheld heru	Anden skade	1			1	3
	Fald	81	92	53	55	281
Patientuheld herunder bl.a. fald og bra		82	92	54	56	284

Der er indrapporteret 350 fald i 2016 og i 2017 281 fald. 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.

chvpe

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 vil være et forbedringsområde i 2018.

Oprettede sager i Odsherred 2017

Fordelt på location kvartalsvis og kumuleret

Oprettede sager - fordelt på lokation

Sidste kalenderår

(*Opret dato er indenfor Kalender 2017) and (*Overskrift er IKKE lig med "Ny handlingsplan")

Lokation	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
	2017/Q01	2017/Q02	2017/Q03	2017/Q04	
Andet	10	9	5	9	33
Forebyggelsescent		1			1
Hjemmeplejen	40	34	35	37	146
Hjemmesygepleje	4	4	7	9	24
Misbrugsbehandlin			1		1
Plejebolig	162	238	163	141	704
Sociale botilbud	29	33	34	37	133
Sundheds- og syg	1			2	3
Træning	3	4	1	1	9
Øvrige tilbud til bo	13	5	3	12	33
Grand Total	262	328	249	248	1087

Andet: Daghjemmet, som egentlig ikke er omfattede at Patientsikkerheds ordning, men hvor man finder mange borgere, som ikke har fået sin morgen medicin eller fået sin medicin med da de skulle afsted. Risikosituationen er i hjemmeplejen, hvor borgeren har afvigelser fra hverdagen.

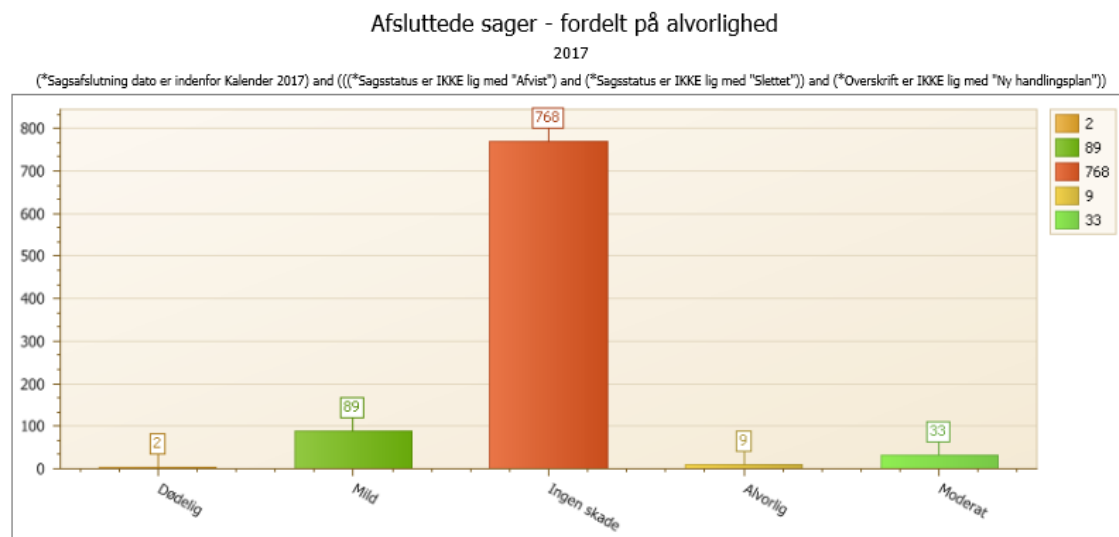
Øvrige tilbud til borgere: Lynghuset, Sejrsbo og aflastningspladser.

I 2017 er der stadig enheder som ikke indrapportere utilsigtede hændelser eller som er meget sparsomt i gang. Det drejer sig om hjemmesygeplejen, træning, sundhedstjenesten og folkesundhed.

chvpe

Afsluttede sager i Odsherred 2017

Fordelt på alvorlighed



I alt

indrapporteringer 2017: 1087

Der har i 2017 været indrapporteret 2 utilsigtede hændelser med alvorlighedsgraden dødelig. I begge hændelser er døden ikke indtrådt som en direkte forlængelse af de eller den utilsigtede hændelse. Når alvorlighedsgraden er dødelig, skal det opfattes som en markør for at undersøge om der er utilsigtede hændelser i forløbet op til døden indtræder. Det har dog i begge tilfælde givet anledning til at arbejde med sundhedsfaglige basisoplysninger, kommunikationsveje og ventetider på pleje og behandling

Patientsikkerhedsordningen 2017

Se <http://patientsikkerhed.odsherred.bellcom.dk/>