

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 2019

chvpe

chvpe

Introduktion

Lov om Patientsikkerhed blev vedtaget i Folketinget den 4. juni 2003. Det var den første lov af sin art i verden. Med loven 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 er udarbejdet med henblik på at hæve kvaliteten i sundhedsvæsenet idet den giver mulighed for, at medarbejdere i sundhedsvæsenet kan tage ved lære af indrapporterede utilsigtede hændelser uden risiko for sanktion. Derved adskiller ordningen sig fra sanktionerende systemer (patientklagenævn, patientforsikring og Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynssystem). Patientsikkerhedsloven fratager dog ikke det sundhedsfaglige personale det faglige ansvar, som de til enhver tid har i henhold til Autorisationsloven. Patienters ret til at klage til Patientklagenævnet eller søge erstatning i Patientforsikringen eksisterer uændret og har borgeren lidt skade i forbindelse med en utilsigtede hændelse, skal borgeren oplyses om sine rettigheder.

2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor. Fra 2011 kunne patienter og pårørende også indrapportere utilsigtede hændelser.

Formålet med Patientsikkerhedsordningen er løbende at udvikle og forbedre sundhedsvæsenet til fordel for borgeren ved at systematisere en lærings- og evalueringskultur inden for det kliniske felt. Ved den systematiske registrering og indrapportering bliver det muligt at identificere u hensigtsmæssige mønstre og tendenser, som der skal handles på.

En utilsigtet hændelse er, når der sker en fejl, der forekommer i forbindelse med en sundhedsfaglig indsats, som enten er skadevoldende eller kunne have været det, men som forinden bliver afværget eller ikke indtræffer på grund af andre omstændigheder (BEK nr. 1 af 03/01/2011).

Organiseringen omkring utilsigtede hændelser i Odsherred Kommune

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

Odsherred Kommune er organiseret med en kommunal risikomanager. Risikomanageren arbejder med større hændelses- og kerneårsagsanalyser, mønstre og tendenser og sørger for implementering af nødvendige instrukser. Der er på plejecentre, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen decentrale sagsbehandlere, der følger op med nødvendige tiltag i forlængelse af en utilsigtet hændelse. Sagsbehandlere indberetter utilsigtede hændelser en gang om måneden til risikomanageren.

Arbejdet med patientsikkerhed i Odsherred Kommune Kompetence- og fagprofiler

chvpe

Der har i 2019 været fokus på implementeringen af kompetence- og fagprofiler. Der er inden for ældreområdet udarbejdet og påbegyndt implementeringer af kompetence- og fagprofiler for sygeplejersker, SOSU-assistent, SOSU-hjælpere, pædagoger samt for ufaglærte medarbejdere. Formålet med kompetence- og fagprofiler er at tydeliggøre roller og ansvar inden for hvert fagområde. Det er ekstra vigtigt, at medarbejderne er bekendte med roller og ansvar i forbindelse med delegering og opgaveoverdragelse af indsatser.

Dokumentation og journalføring

Der har igen i 2019 været fokus på journalføring som et vigtigt arbejdsredskab. Journalen er platformen, hvor kommunikationen omkring borgeren finder sted på tværs af fagligheder og er derfor en hjørnesteen i arbejdet med sikring af patientforløb. Journalarbejdet er et af de vigtige målepunkter ved tilsyn.

Hygiejneugen

I forbindelse med hygiejneugen i uge 38 blev der afholdt konkurrencer blandt medarbejdere. Alle personaler dystede i denne uge på korrekt håndhygiejne og korrekt uniformsetikette. I Odsherred Kommune bruges hygiejneugen til at tage fat i aktuelle sundhedsfaglige temaer.

Sagsbehandlere har i samarbejde med risikomanageren stået for planlægningen af hygiejneugen samt udarbejdelse af læringsmateriale.

Bosteder og social psykiatri

Der indrapporteres også utilsigtede hændelser fra kommunale bosteder. De fleste indrapporteringer af utilsigtede hændelser fra bostederne har omhandlet hændelser relateret til medicin. Derfor har der været fokus på arbejdsgange vedrørende medicin. Der har derudover været afholdt undervisning i medicinadministration.

Indrapporterede utilsigtede hændelser har også givet anledning til at gå arbejdsgange i forbindelse med journalisering og dokumentation efter i sømmene. Det har ligeledes været et fokusområde.

Sundhedsplejen.

I Sundhedsplejen har utilsigtede hændelser i høj grad omhandlet den sundhedsfaglige kommunikation med Region Sjælland. Der har primært været indrapporteringer vedrørende udskrivelser fra sygehuse. Personalet er efterfølgende blevet undervist i indrapporteringsmodulet og de utilsigtede hændelser tages op på personalemøder med henblik på at analysere og lære af den enkelte hændelse.

Træning

Træning har haft fokus på journalisering af patientforløb. Der har været brug for at give medarbejderne et mere detaljeret overblik over indsatserne. På baggrund af de indberettede hændelser, har teamlederen identificeret mønstre og tendenser, som der følges op på ved undervisning og bedre planlægning af patientforløb. Herudover vil der blive sat fokus på kompetence- og fagprofiler inden for fysioterapi og ergoterapi.

chvpe

Tværasektorielle hændelser

Risikomanagere fra Holbæk Sygehus og Odsherred Kommune har indledt et såkaldt forbedringssamarbejde. Samarbejdet har fokus på arbejdsgange i forbindelse med udskrivelser fra sygehuset. Der indsamlet data fra november 2019 - december 2019, som i første omgang skal identificere mønstre i fejl, der relaterer sig til udskrivelser fra sygehuset og overgangen til kommunen.

Afrapportering af utilsigtede hændelser

Rapporten er opbygget således, at der dels gives en status på antallet af utilsigtede hændelser og dels en status på, hvordan hændelsen er klassificeret i forhold til alvorlighedsgrad samt hvilken DPSD-klassifikation hændelsen falder ind under (hændelserne er inddelt i 15 forskellige overordnede hovedgrupper kaldet DPDS-klassifikationer).

Alvorlighedsgraden

En hændelse kategoriseres efter, hvor alvorlig skaden har været:

Ingen skade	<i>Ingen skade</i>
Mild skade	<i>Lettere, forbigående skade som ikke kræver øget behandling eller pleje indsats.</i>
Moderat skade	<i>Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.</i>
Alvorlig skade	<i>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.</i>
Dødelig	<i>Dødelig</i>

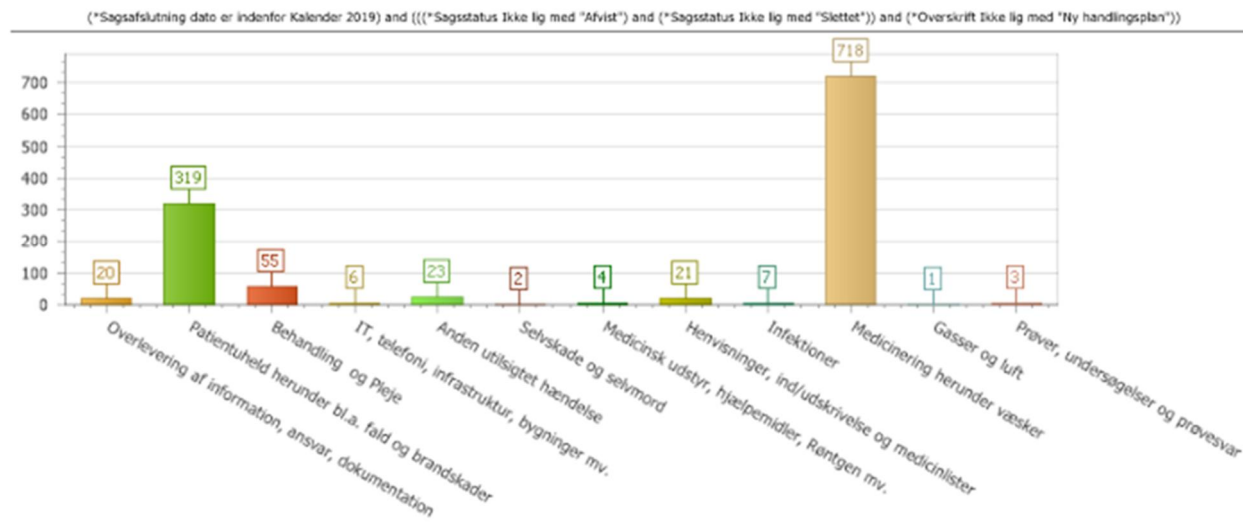
Utilsigtede hændelser in Odsherred Kommune

I figuren nedenfor ses indrapporteringer af utilsigtede hændelser i Odsherred Kommune siden indførelsen af patientsikkerhedsordningen i 2010.

År	Antal indrapporteringer i Odsherred Kommune
2010	0
2011	272
2012	755
2013	1003
2014	666
2015	852
2016	925
2017	1087
2018	810
2019	1028

Afsluttede sager i Odsherred Kommune i 2019 fordelt på DPSD-hovedgrupper

Afsluttede sager - Fordelt på DPSD hovedgrupper



De indrapporterede utilsigtede hændelser relaterer sig tydeligvis primært til hovedgruppen "Medicinering herunder væsker" med 718 indrapporteringer samt hovedgruppen omhandlende "Patientuheld herunder blandt andet fald og brandskade" med 319 indrapporteringer. Disse to kategorier uddybes nedenfor.

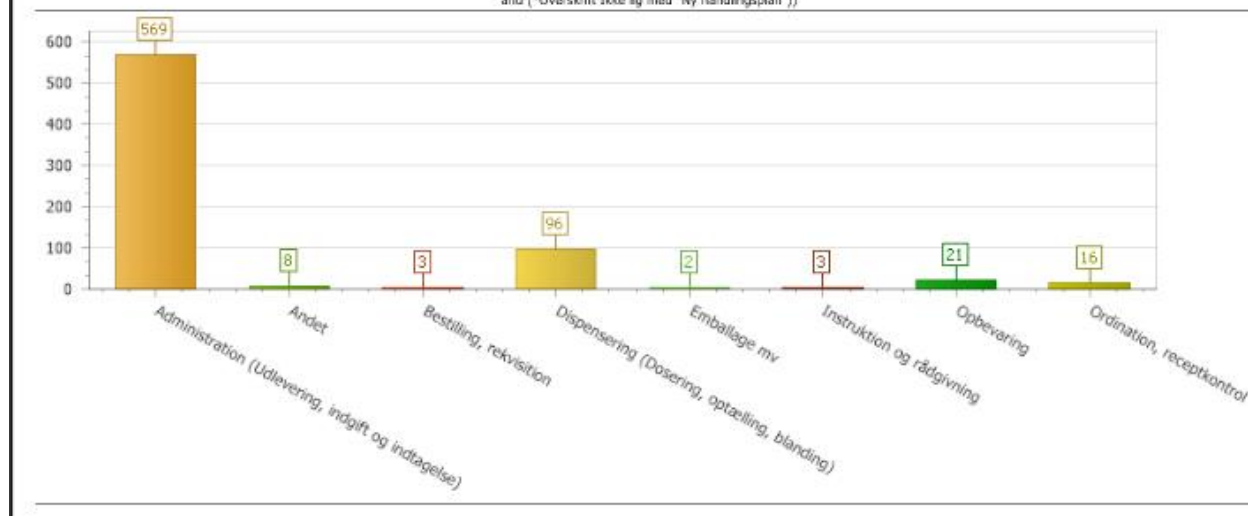
Ved selvskaden eller selvmord indrapporteres hændelsen altid og gennemgås med henblik på at vurdere, om der i forløbet er sket en utilsigtet hændelse.

Medicin

(D) Afsluttede medicineringshændelser DPSD-proces (2019)

*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019

(*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019) and ((DPSD Hovedgruppe Lig med "Medicinering herunder væsker") and (*Sagsstatus Ikke lig med "Afvist") and (*Sagsstatus Ikke lig med "Slettet") and (*Overskrift Ikke lig med "Ny handlingsplan"))



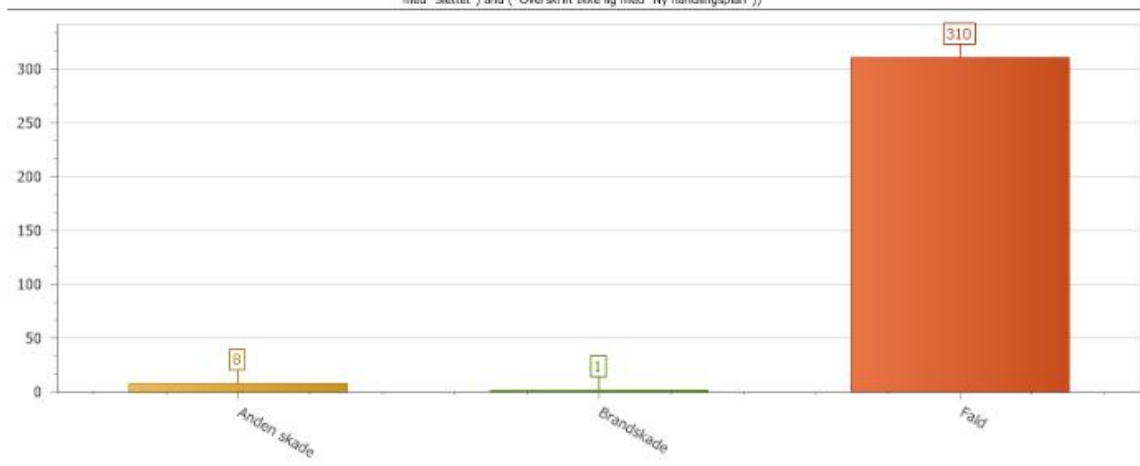
Der er indrapporteret 718 hændelser vedrørende medicin. Langt overvejende - 569 hændelser omhandler administration, dvs. handlinger, som er forbundet med, at hjælpe borgeren med at få sin medicin. Der ses 96 hændelser på dispensering, som opgaver, der relaterer sig til medicindoseringer.

Fald

(D) Afsluttede faldhændelser DPSD-proces (2019)

*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019

(*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019) and ((DPSD Hovedgruppe Lig med "Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader") and ("Sagsstatus Ikke lig med "Afvist") and ("Sagsstatus Ikke lig med "Slettet") and ("Overskrift Ikke lig med "Ny handlingsplan"))

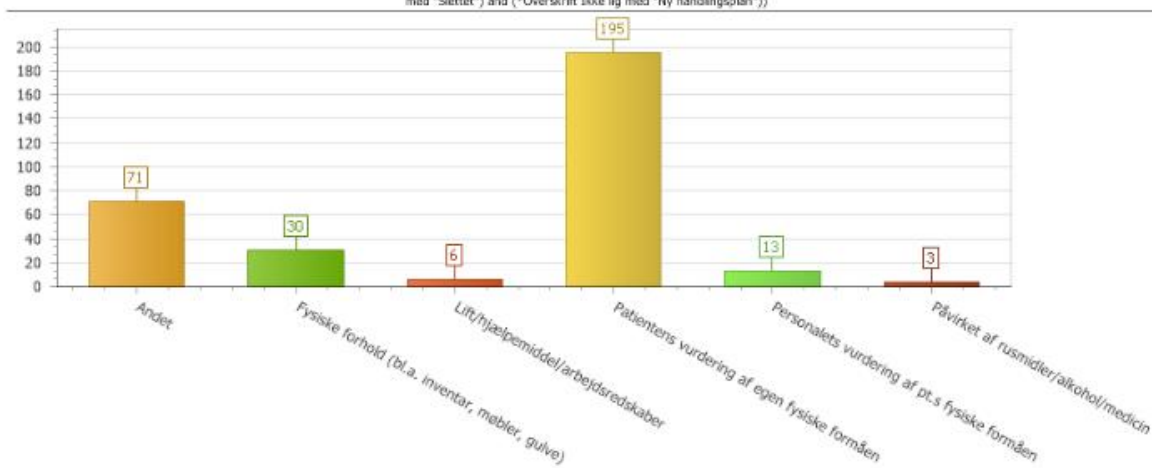


I langt de fleste tilfælde sker der ingen skade ved fald. Hvis skaden sker kan det medføre store konsekvenser for borgeren på grund af eksempelvis hovedtraumer eller brækket lårben.

(D) Afsluttede faldhændelser DPSD-proces (2019)

*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019

(*Sagsafslutning dato er indenfor Kalender 2019) and ((DPSD Hovedgruppe Lig med "Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader") and ("Sagsstatus Ikke lig med "Afvist") and ("Sagsstatus Ikke lig med "Slettet") and ("Overskrift Ikke lig med "Ny handlingsplan"))



Langt de fleste fald skyldes borgerens fejlvurdering af egen fysiske formåen. Disse faldtyper står for 195 hændelser. Ved denne type fald arbejdes der med socialpædagogiske handleplaner for at forbygge fald hos en gruppe af borgere, som overvejende består af mennesker med kognitive udfordringer.

Der arbejdes desuden med faldforbyggende tiltag i form af oprydning og omrokeringer i hjemmet og ændringer i lysætningen. Derudover arbejdes med en systematisk træningsvurdering af borgere. Der er øget opmærksomhed på, om faldet kan være en indikator på, at borgerens tilstand er blevet dårligere. I disse tilfælde kan det være, at der skal ændre i behandlingen til for at forebygge fald.

Oprettede sager i Odsherred Kommune i 2018 og 2019 fordelt på lokation

2018

Oprettede sager - fordelt på lokation

Lokation	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
	2018/Q01	2018/Q02	2018/Q03	2018/Q04	
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

2019

Oprettede sager - fordelt på lokation

Lokation	*Opret dato [Year/Quarter]-Trend				Grand Total
	2019/Q01	2019/Q02	2019/Q03	2019/Q04	
Andet	5	2	4	14	25
Hjemmeplejen	18	23	16	35	92
Hjemmesygeplejen	10	6	5	9	30
Misbrugsbehandling		2	1		3
Plejebolig	161	173	155	146	635
Sociale botilbud	42	39	30	49	160
Sundheds- og sygep		1	1	5	7
Sundhedsplejersker	1		1		2
Træning	7	7	5	11	30
Øvrige tilbud til bor	9	14	7	14	44
Grand Total	253	267	225	283	1028

Som det fremgår af graferne, er der sket et fald i antallet af indrapporterede utilsigtede hændelser inden for stort set alle områder. På plejeboligområdet ses imidlertid en

chvpe

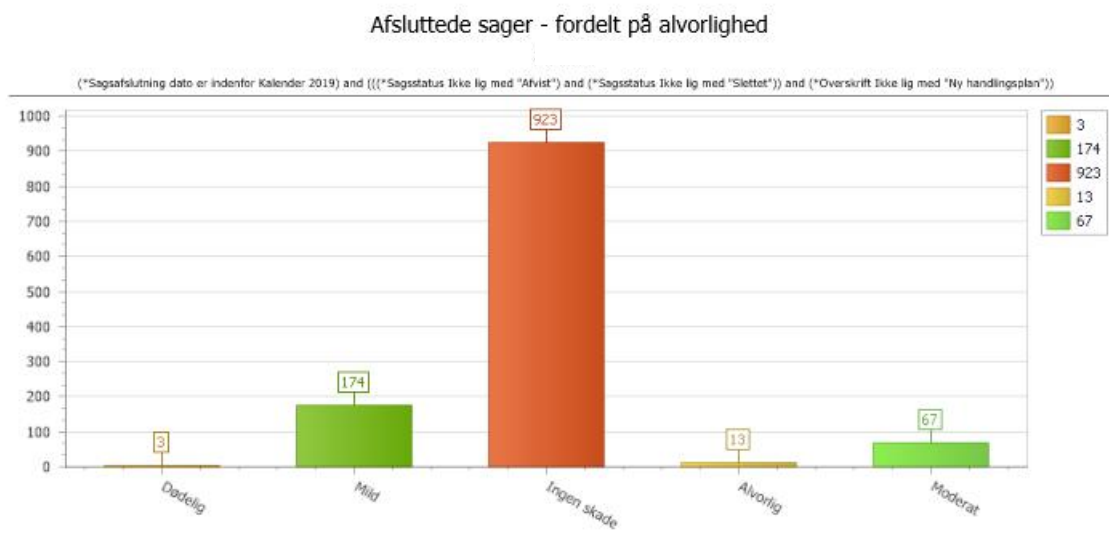
markant stigning. Det formodes at denne stigning skyldes, at plejecentrene har haft et øget fokus på indrapporteringer.

”Andet” i skemaerne dækker over daghjemmet, som egentlig ikke er omfattede af Patientsikkerhedsordning. På daghjemmet hænder det eksempelvis, at personalet møder borgere, der ikke har fået sin morgenmedicin eller ikke har fået sin medicin med hjemmefra. Der er typisk forhøjet risiko i forbindelse med dage, hvor borgerens rutiner afviger fra hverdagen.

”Øvrige tilbud” i skemaerne ovenfor refererer til hændelser på Lynghuset, Sejrsbo og aflastningspladser.

Alle områder har haft øget fokus på indrapportering af utilsigtede hændelser.

Afsluttede sager i Odsherred Kommune 2019- fordelt på alvorlighed



Der har i 2019 været indrapporteret 3 utilsigtede hændelser med alvorlighedsgraden dødelig. Den utilsigtede hændelse kategoriseres som værende ”dødelig”, når døden indtræffer i forbindelse med en utilsigtet hændelse. Når alvorlighedsgraden er dødelig, skal det undersøges, om der er utilsigtede hændelser i forløbet op til at døden indtræffer.

Handleplan 2020

Plejecentrene:

- Opstart af kollegial egenkontrol i læringsøjemed
- 1 årligt audit pr. plejecenter gennemføres af risikomanager
- Implementering af triagering

Hjemmeplejen

- 1 årligt audit pr. enhed med fokus på medicin samt pleje-/behandlingsplan
- Audit på 10 journaler hvorefter der lægges en plan.

chvpe

Bosteder

- Kompetence- og fagprofiler indarbejdes på bosteder
- Undervisning i udlevering af medicin og kollegialt medicintjek.

Derudover fastholdes arbejdet i hygiejneugen og videreførelsen af forbedringsarbejdet ved tværsektorielle hændelser.