



Årsrapport 2011

Patientsikkerhed

- utilsigtede hændelser

Herning Kommune

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Konklusion	3
2	Baggrund	3
3	Resultater	3
3.1	<i>Generelt</i>	3
3.2	<i>Antal rapporterede hændelser</i>	4
3.3	<i>Alvorlighedsgraden af hændelserne</i>	4
3.4	<i>Fordeling på hændelsessted</i>	5
3.5	<i>Oversigt over hændelser fordelt pr. kvartal</i>	5
3.6	<i>Fordeling af hændelsestyper</i>	6
Bilag 1	<i>Eksempler og forslag til læring i forhold til hændelsestyper</i>	

Patientsikkerhed

1 Konklusion

Det første år med indberetninger af utilsigtede hændelser har båret præg af, at det var en ny opgave, som skulle implementeres i hverdagen. Mange områder er kommet godt fra start, men det har været og er stadig en stor udfordring at vende en fejlkultur til en kultur, hvor vi kan lære af vores fejl og dermed skabe en moden patientsikkerhedskultur. At fremme patientsikkerhed handler ikke om at placere skyld på enkeltpersoner, men om at lære af de utilsigtede hændelser og opbygge systemer, der mindsker risikoen for, at de sker igen.

”Det er menneskeligt at fejle, men forkert ikke at lære af det”.

Indsatsen det kommende år er at få patientsikkerhed på dagsordenen og få indberettet utilsigtede hændelser på en fyldestgørende måde. Det er vigtigt, at medarbejderne kan se en mening med at indrapportere utilsigtede hændelser. I den forbindelse betyder det meget, hvordan begreberne italesættes: Hvad er en utilsigtet hændelse? Hvilke konsekvenser kan den få for borgeren? Hvorfor skal den indberettes?

Der skal således arbejdes med den lærende organisation for at kvalitetsudvikle patientsikkerheden til gavn for borgerne.

2 Baggrund

Herning kommune har siden 1. september 2010 været forpligtiget til at rapportere og analysere utilsigtede hændelser, der relaterer til sundhedsfaglige ydelser efter Sundhedsloven med henblik på læring og forebyggelse.

Definition på utilsigtede hændelser (UTH):

Utilsigtede hændelser er hændelser og fejl, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed

- der ikke skyldes patientens sygdom
- er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende

Autoriserede sundhedspersoner samt personer, der handler på disses vegne, er forpligtiget til at rapportere utilsigtede hændelser i en landsdækkende database, forankret i Sundhedsstyrelsen, med henblik på læring og for at forebygge nye hændelser. Kommunale afdelinger som er omfattet af patientsikkerhedsloven, er de afdelinger der varetager sundhedsfaglige ydelser, det vil sige plejecentre, hjemmesygeplejen og genoptræning under Sundhed og Ældre, døgninstitutioner samt stof- og alkoholbehandling under Handicap og Psykiatri, tandplejen, sundhedsplejen og døgninstitutioner under Børn og Unge.

Herning Kommune var fra 01.01.11 klar til at rapportere utilsigtede hændelser, da der forinden var en implementeringsperiode.

Social- og sundhedsudvalget vedtog på mødet den 2. februar 2011, at der fremover skal ske en årlig afrapportering af de utilsigtede hændelser.

3 Resultater

3.1 Generelt

Områderne oplever, at der har været opstartsvanskeligheder med at indberette utilsigtede hændelser, da opgaven er en ekstra opgave, der skal prioriteres. Antallet af indberetninger vil formentlig være stigende i

de kommende år, når flere medarbejdere får indarbejdet arbejdsgange omkring indberetninger. Derfor kan de nuværende indberetninger ikke betragtes som dækkende.

Det er vigtigt at få synliggjort læringsdelen ved de utilsigtede hændelser, således at alle de hændelser, der har potentiale for at øge patientsikkerheden, bliver indberettet.

Det er vigtigt at få understreget at indberetningerne er til læring og forebyggelse og ikke et udtryk for fejlfinding. Indberetningerne er ikke sanktionsgivende.

3.2 Antal rapporterede hændelser

Der er indberettet i alt 252 hændelser fra 1.01.2011 til 31.12.2011. Heraf er 16 hændelser administrativt afvist/slettet. Det er sager, hvor der mangler data for videre sagsbehandling decentralt eller sager, der ikke relaterer til en sundhedsfaglig ydelse.

3.3 Alvorlighedsgraden af hændelserne

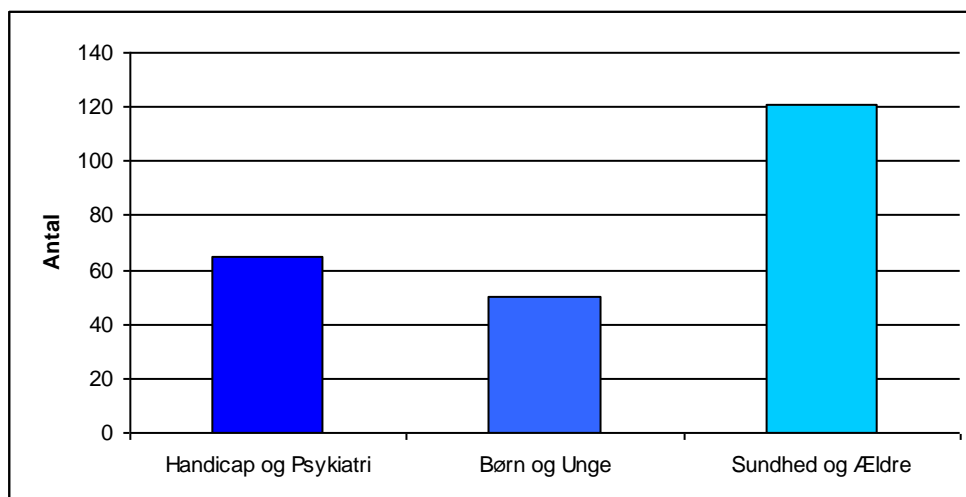
Klassifikation af patientskader opdeles i følgende:

Klassifikation	Antal hændelser
Ingen skade	127
Mild (lettere forbigående skade som ikke kræver behandling og plejeindsats) Eksempler: <i>Glemt medicin</i> <i>Korset vendt forkert</i> <i>Forkert adresse til Falck</i> <i>Beboer gled ned fra brix under træning</i>	42
Moderat (forbigående skade som kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats) Eksempler: <i>Fejldosering af medicin</i> <i>Mavesonde blev revet ud ved forflytning</i> <i>Væltet i kørestol</i> <i>Klemmt mellem sengehest og madras</i>	40
Alvorlig (permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats) Eksempler: <i>Dement forlader plejecenter</i> <i>Beboer glemt på toilet</i> <i>Forbyttet medicin</i> <i>Fald med fractur</i>	12
Død	0

Tabellen viser, at i hovedparten af de indberettede hændelser er der ingen skade sket. Samtidig er det vigtigt at påpege, at klassifikationsinddelingen er subjektivt vurderet. En hændelse kan i en situation vurderes som en mild skade og kan i andre situationer vurderes til at være en moderat eller alvorlig skade.

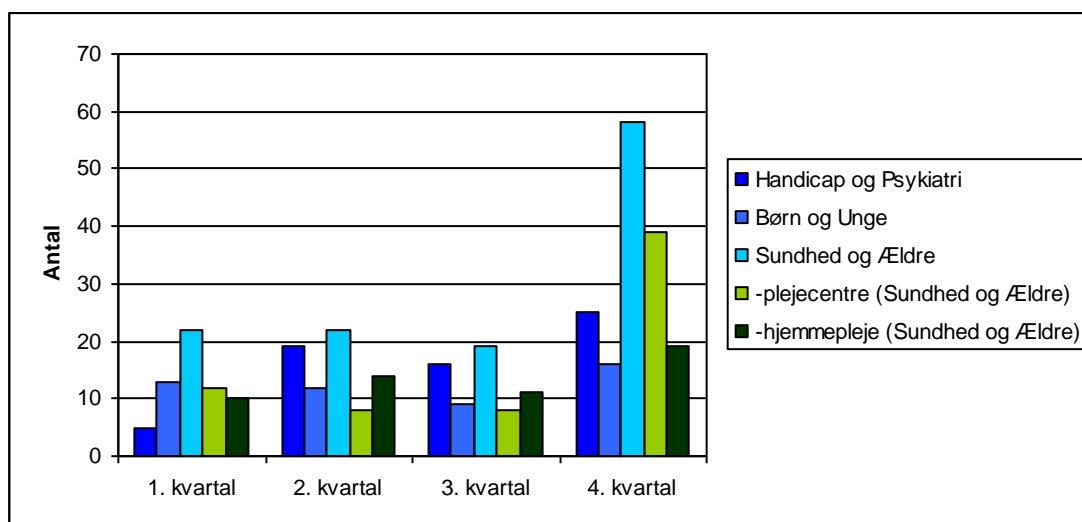
Der er 9 sager, hvor skaden ikke er klassificeret.

3.4 Fordeling på hændelsessted



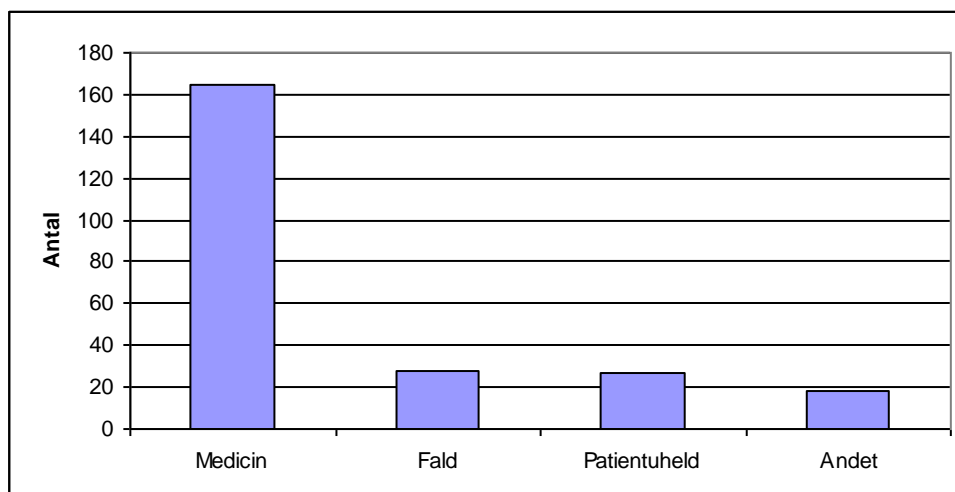
Figuren viser, at hovedparten af de indberettede hændelser er inden for Sundhed og Ældre, hvilket er forventeligt, da Sundhed og Ældre er det største indberetningspligtige område.

3.5 Oversigt over hændelser fordelt pr. kvartal



Figuren viser fordelingen af indrapporterede hændelser for hvert kvartal i 2011 og de to grønne søjler viser fordelingen af indrapporteringer inden for Sundhed og Ældre på henholdsvis plejecentre og hjemmepleje. Det ses i figuren, at der er en stigning i antallet af indrapporteringer i 4. kvartal.

3.6 Fordeling af hændelsestyper



Figuren viser det samlede antal hændelser i Herning kommune fordelt på hændelsestyper. Det ses, at der er flest indrapporteringer indenfor hændelsestypen medicin.

Herunder kommenteres de forskellige hændelsestyper.

Medicinhåndtering – rapporterede hændelser

Langt den største procentdel af utilsigtede hændelser er i forhold til medicinhåndtering. Denne tendens viser sig også i andre kommuner og regioner. Årsagen til dette er mange, men skyldes ofte, at medicineringsprocessen er meget kompleks med deltagelse af mange aktører. De utilsigtede hændelser inden for medicinhåndtering er opdelt i medicindispensering og medicin, der ikke er givet til borgeren, hvor sidstnævnte har den største andel af indberetninger. I det daglige udleveres der rigtig meget medicin, så set i en helhed er antallet af forglemmelser en meget lille procentdel af det samlede antal medicinudleveringer.

Fremadrettet kommer medicinhåndteringen i fokus på flere måder i Herning Kommune. Dels ved fortsat at indberette utilsigtede hændelser, dels indføres elektronisk journal og fælles medicinkort hos borgerne. Endvidere har Social- og Sundhedsudvalget d. 23.11.2011 (punkt 164) initieret gennemførelse af et kompetenceudviklingsprojekt i 2012 for ansatte, der tager sig af medicinhåndtering med henblik på at sikre en korrekt håndtering af medicin.

Samtidig vil Sundhedsstyrelsens pjece "Korrekt håndtering af medicin" – et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder blive anbefalet at inddrage i det videre arbejde på området.

Fald – rapporterede hændelser

Der er indberettet 28 hændelser med fald. Herning Kommune har givetvis flere fald end de 28 indberettede sager. Når der ikke er indberettet flere fald tillægges det, at områderne generelt giver udtryk for, at de er i tvivl om, hvorvidt et fald er omfattet af Sundhedsloven og derfor skal indberettes. Især er der tvivl om fald, hvor borgeren er faldet alene i deres bolig. Nogle kommuner har valgt at indberette alle fald for at se, hvilke mønstre og tendenser faldene har og ud fra analyser igangsætte forebyggende initiativer.

Fakta om fald blandt ældre i Danmark:

- I Danmark er fald den hyppigste ulykketype blandt ældre
- Cirka 40.000 ældre er årligt i kontakt med skadestuen på grund af faldskader
- 40-60 % af faldene fører til skader
- Direkte konsekvenser er sygdom eller død

(Kilde: Sundhedsstyrelsen)

For at forebygge fald er det vigtigt at indberette alle fald systematisk med henblik på at få en læring.

Patientuheld – rapporterede hændelser

De hændelser der er indberettet under patientuheld er af vidt forskellig karakter. Det er derfor ikke muligt at se et mønster eller tendens som på nuværende tidspunkt kan skabe læring på tværs i organisationen.

Andet – rapporterede hændelser

Hændelserne som er registreret under andet er hændelser som ikke falder ind under medicin, fald eller patientuheld. Disse hændelser har også vidt forskellig karakter, således at der heller ikke her kan udledes et mønster eller en tendens, som kan skabe læring på tværs i organisationen.

Tværasektorielle hændelser

Herning Kommune har modtaget 3 hændelser fra henholdsvis Hospitalsenheden Vest, Midtjysk Trafik og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Det er hændelser, hvor Herning Kommune er hændelsessted og hvor læringen skal ske.

Der er rapporteret enkelte sager fra Herning Kommune, hvor hændelsesstedet er i anden sektor (sygehuset og praktiserende læge). Disse sager er sendt videre, da læringen skal ske der. Disse sager kan ikke ses i den kommunale statistik.

Antallet af tværasektorielle hændelser er faldet i antal, siden vi er begyndt at rapportere i den elektroniske database DPSD.dk. Dette er dog ikke et udtryk for, at der ikke sker utilsigtede hændelser, men formentlig snarere et udtryk for at hverdagen er fyldt med mange komplicerede opgaver og arbejdstiden prioriteres til andre opgaver. Årsagen kan måske også være, at områderne er i tvivl om, hvordan hændelserne indberettes - i tvivl om hvordan en hændelse defineres som tværasektoriel.

Rapporter fra Patienter og pårørende

Sundhedsloven er fra den 1. september 2011 udvidet, så patienter og pårørende har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Der er ingen rapporter modtaget i 2011.

Bilag 1

Eksempler og forslag til læring. Årsrapport 2011

Medicinhåndtering - eksempler.

- Medicinen er ikke givet af dag/aftenvagten og opdages ofte næste gang borgeren skal have medicin.
- Glemte ekstra medicin som skal gives ved siden af dosispakket medicin.
- Den samme medicin er givet to gange.
- Der lægges forkert antal tabletter i doseringsæsken eller man overser borgeren er øget i medicin.
- Personalet udleverer en anden borgers medicin.
- Der er givet for meget medicin – eksempelvis insulin
- Borgere får forbyttet medicin (se handleplan fra en kerneårsagsanalyse nedenunder).

Læring og forebyggelse i forhold til medicinering

- Have fokus på korrekt medicinhåndtering.
- Optimere/kvalitetssikre plejepersonalets rutiner ved undervisning, udarbejdelse af arbejdsbeskrivelser, registrering og opfølgning på afvigelser.
- Emnet tages op på gruppemøder.
- Anvende elektroniske medicinsedler (mere læsbar end håndskrevne).
- Grundig introduktion af nye medarbejdere/afløsere.
- Tjekke kørelister.
- Dobbeltkontrollere dosispakning og patient inden udlevering.
- Ændre tidspunkter til medicingivning som er mere hensigtsmæssigt.
- Dobbelttjekke medicindosering – tælle antallet af tabletter.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en pjece ”Korrekt håndtering af medicin” – et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder, som varmt kan anbefales.

www.sst.dk

Kerneårsagsanalyse af ”Borgere der får forbyttet medicin”.

Der er den 21. nov. 2011 lavet en kerneårsagsanalyse. På baggrund af analysen er der udarbejdet følgende handleplaner:

1. Udarbejde en procedure for afhentning af medicin fra medicinskab.
(Apotheket afleverer al medicin til plejecentret i et fælles medicinskab).
Hvem er ansvarlig? Vurdere hvem der skal afhente medicin. Udvalgte eller alle?
2. Udarbejde en procedure for aflevering af medicin til beboerne.
Forslag til noget af procedure:
 - der skal afsættes tid til opgaven
 - skal fremgå af ugeplan/arbejdsplan
 - anvende rullebord med computer med henblik på at tilrette medicinskema
3. Udarbejde procedure for medicinhåndtering/medicingivning
Præcisere ansvarsområder. F. eks:
"Den der doserer medicin er ansvarlig for at det er rette medicin, i rette dosis, på rette tidspunkt der bliver doseret osv.
"Den der udleverer/giver medicin er ansvarlig for at det er rette medicin på rette tidspunkt til rette beboer" osv.
Inden medicin gives, tjekkes medicin med medicinseddel, cpr. nr. og ikke navn.
Revidere introduktionsprogram i forhold til medicinhåndtering på plejecentret.
4. OBS. sygesikringsbevis. Personale der lægger sygesikringsbevis i journal skal tjekke navn og cpr. nr.
Forslag til procedurerne skal drøftes på kommende personalemøder.

Hændelsen blev klassificeret i DPSD2 – Patientombuddets database på følgende måde:

WHO Klassifikation

<input type="checkbox"/>	Hovedgruppe	Proces	Problem
<input type="checkbox"/>	Administrative Processer	Overdragelsen af ansvar	Ufuldstændig / utilstrækkelig
<input type="checkbox"/>	Kommunikation og Dokumentation	Inden for team/afsnit	Forkert patient / forkert dokument
<input type="checkbox"/>	Medicinering	Opbevaring	Forkert patient
<input type="checkbox"/>	Kliniske Processer	Andet	Forkert patient

Fald - eksempler.

- Usikker balance – fald under træning.
- Usikker gang - glemte at få rollator med.
- Personalet fejlvurderer borgerens funktionsniveau og falder under en forflytning.
- Borger har ikke fået sko på og glider i strømpesokker.
- Vådt gulv efter gulvvask som borger glider i.

Læring og forebyggelse i forhold til fald

- Vurdere behov for hjælpemidler.
- Indlæring i brug af kaldeanlæg.
- Hoftebeskyttere. Sladremåtte.
- Som hjælper være forberedt på hvordan balancen er og sikre sig med stole/seng, hvor borgeren hurtig kan sætte sig.
- Opmærksom på alkoholforbrug, medicinforbrug, væskemangel og ernæringstilstand.
- Obs briller med glidende overgang (slører den nederste del af synsfeltet).
- Træning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse.
- Justere boligindretning.

Sund By Netværket har udarbejdet en pjece ”8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model”.

www.sund-by-net.dk

Ny forskning:

Smerter gør balancen dårligere og risiko for fald øget betydelig.

”Et nyt studie fra Aalborg Universitet viser, at smerter i benene giver dårligere balance. Det kan være en forklaring på de mange tusinde ældre, der hvert år dør eller slår sig halvt fordærvede i faldulykker.”

Artikel fra Videnskab.dk. Søg ”derfor falder vi”

Patientuheld - eksempler.

- Borger forlader plejecenter.
- Faldt ud af plejeseng eller rollator.
- Fastklemt i sengehest.
- Manglende fixering i kørestol og falder ud.
- Sonde rives ud ved forflytning.

Læring og forebyggelse i forhold til patientuheld

Hver enkelt hændelse har skabt læring. En generel læring er ikke mulig, da hændelserne har vidt forskellig karakter.

Andet - eksempler.

- Korset vendt forkert.
- Ved rodbehandling får barn skyllevæske i øjet.

-
- Manglende besøg efter udskrivelse.
 - Beboer glemt på toilettet.
 - Forkert placering af glidestykke.
 - Anvendt anden borgers sårskiftesæt.

Læring og forebyggelse i forhold til andet

- Ændre arbejdsrutiner.
- Oplæring af nye kollegaer.
- Optimere arbejdsfordeling og ansvarsområde.