



Årsrapport 2012

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

Udarbejdet af

Lisbeth Vandborg, risikomanager

Patientsikkerhed

1 Konklusion

Dette er årsrapporten 2012 for patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i Herning Kommune.

Antallet af rapporteringer i 2011 bar præg af, at indrapporteringen af utilsigtede hændelser var en ny opgave som skulle implementeres i hverdagen. Derfor blev det besluttet, at patientsikkerhed skulle på dagsordenen i 2012 og rapporteringen af utilsigtede hændelser være mere fyldestgørende.

Indsatsen har bevirket, at der er indrapporteret dobbelt så mange utilsigtede hændelser i 2012 som i 2011. Der er arbejdet mere målrettet med den lærende organisation for at højne patientsikkerheden til gavn for borgerne. Der er dog også i 2013 behov for at informere om og videreudvikle patientsikkerhedsarbejdet.

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.

1. september 2011 blev patientsikkerhedsordningen udvidet, så patienter og pårørende også kan rapportere en utilsigtet hændelse.

Der er etableret et elektronisk rapporteringssystem (DPSD-2) hvor hændelserne skal rapporteres. Det er Patientombuddet som har et samlet overblik over alle rapporteringer på landsplan.

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 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. Desuden er private bosteder/væresteder som varetager sundhedsfaglige ydelser bl. a. medicinbehandling omfattet af loven.

3 Resultater

3.1 Generelt

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i Herning Kommune er mere end fordoblet fra 2011 til 2012, hvilket fortæller at der er en øget opmærksomhed på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH). På landsplan viser der sig samme tendens og antallet af kommunale rapporter overstiger nu det regionale antal. Selv om Herning Kommune har fordoblet antallet af rapporteringer viser undersøgelser fra Patientombuddet, at antallet af hændelser ikke afspejler det virkelige antal hændelser i praksis, men at det reelt kun er 1 ud af 10-20 hændelser, der bliver rapporteret. Derfor er der fortsat behov for at informere og videreudvikle patientsikkerhedsarbejdet.

Som et nyt tiltag for at understøtte patientsikkerhedsarbejdet blev der i 2012 udsendt nyhedsbrev hvert kvartal til alle som er rapporteringspligtige i Herning Kommune. Formålet med nyhedsbrevene er at:

- Styrke patientsikkerheden
- Bidrage til læring og videndeling

- Informere om seneste nyt inden for patientsikkerhed og UTH

Nyhedsbrevene har været et positivt tiltag som har været med til at sætte patientsikkerhed på dagsordenen, hvor fokus er at 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.

Private leverandører som leverer sundhedsfaglige ydelser er også omfattet af patientsikkerhedsloven. Derfor har Risikomanager været rundt ved de private leverandører for at fortælle om patientsikkerhed og deres forpligtigelse til at rapportere utilsigtede hændelser.

3.2 Antal rapporterede hændelser

Der er rapporteret i alt 494 hændelser fra 1.01.2012 til 31.12.2012 mod 236 i 2011. Af de 494 hændelser er én hændelse rapporteret af en pårørende.

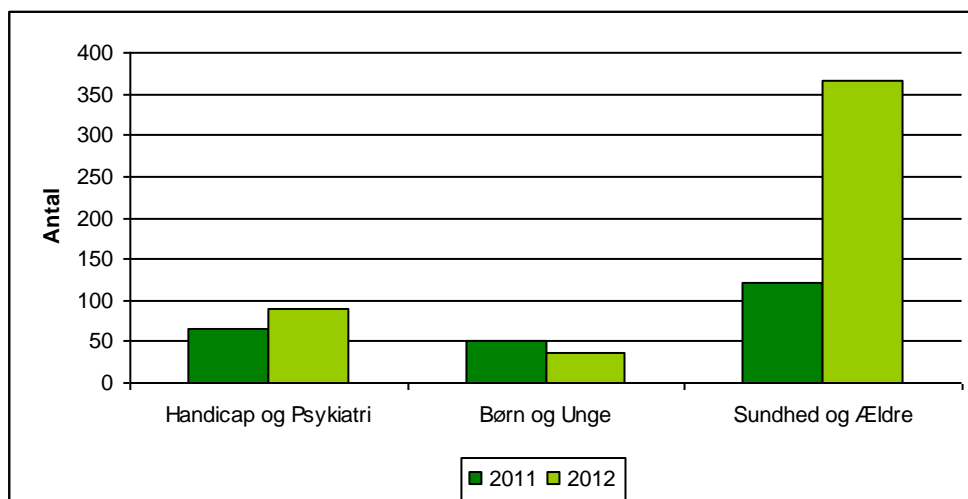
3.3 Alvorlighedsgraden af hændelserne

Klassifikation af patientskader opdeles i følgende:

Klassifikation	Antal hændelser
Ingen skade <i>Eksempler:</i> <i>Glemte medicin</i> <i>Fald ved forflytning</i> <i>Sengehest ikke slået op</i>	338
Mild (lettere forbigående skade som ikke kræver behandling og plejeindsats) <i>Eksempler:</i> <i>Fald</i> <i>Doseringsfejl</i> <i>Blødning efter kateterisation</i>	107
Moderat (forbigående skade som kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats) <i>Eksempler:</i> <i>Fald</i> <i>Dement forlader plejecenter</i> <i>Selvskade med medicin</i> <i>Glemte beboer på toilettet</i>	49
Alvorlig (permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos læge eller øget plejeindsats)	0
Død	0

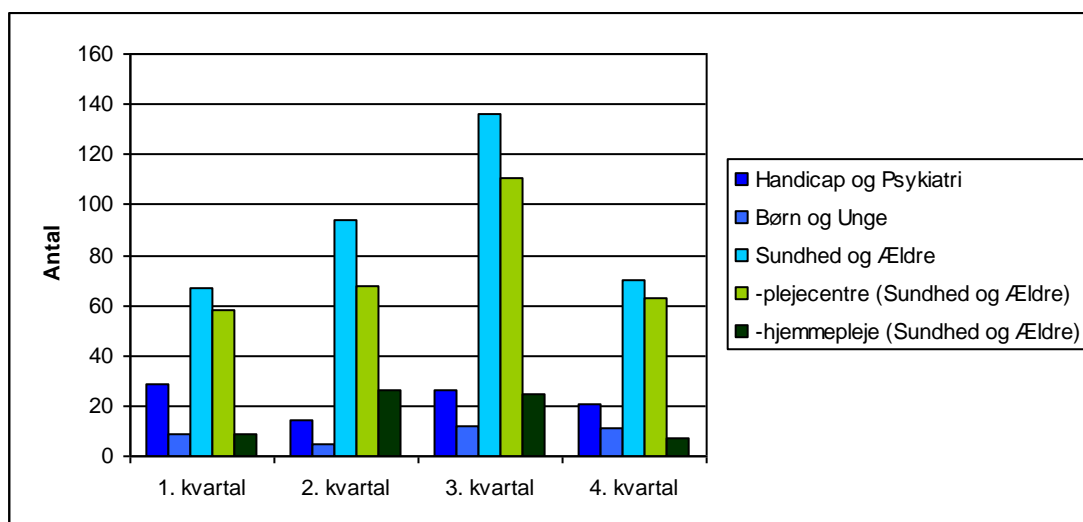
Tabellen viser, at i hovedparten af de rapporterede hændelser er der ingen skade sket.

3.4 Fordeling på hændelsessted



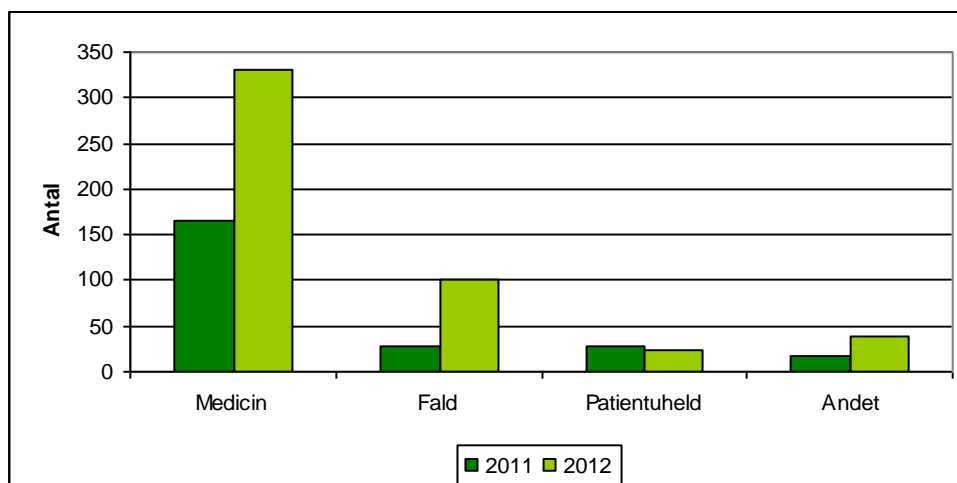
Figuren viser, at hovedparten af de rapporterede hændelser er inden for Sundhed og Ældre, hvilket er forventeligt, da Sundhed og Ældre er det største rapporteringspligtige område. Figuren illustrerer også udviklingen af rapportering fra 2011 til 2012.

3.5 Oversigt over hændelser fordelt pr. kvartal



Figuren viser fordelingen af rapporterede hændelser for hvert kvartal i 2012. De grønne og de sorte søjler viser fordelingen af rapporteringer inden for Sundhed og Ældre på henholdsvis plejecentre og hjemmepleje.

3.6 Fordeling af hændelsestyper



Figuren viser det samlede antal hændelser i Herning Kommune fordelt på hændelsestyper i 2011 og 2012. Det ses, at der er flest indrapporteringer indenfor hændelsestypen medicin.

Herunder kommenteres de forskellige hændelsestyper.

Medicinhåndtering

Medicineringsfejl er den hyppigste form for utilsigtede hændelse der er rapporteret til DPSD. 331 hændelser er rapporteret, hvilket svarer til 67 % af alle de rapporterede hændelser. Gennemsnittet på landsplan er 72 %. Hvis antallet af hændelser sammenlignes med alle de opgaver som varetages i forbindelse med medicinhåndtering i Herning Kommune på årsbasis svarer det til en fejlpromille på 0.33 promille, da det skønnes at der er i alt 1 million medicinhåndteringer i Herning Kommune ¹ pr. år. Heldigvis er langt de fleste hændelser ikke alvorlige. De hyppigste problemer i medicineringsprocessen er forkert dosis/tidspunkt/frekvens/medicin ikke givet.

Indsatser:

I 2012 har der været iværksat flere indsatser for at mindske fejl i medicinhåndteringen. I Sundhed og Ældre bliver alle sygeplejersker og sosu-personale opkvalificeret i forhold til korrekt medicinhåndtering. Desuden er der igangsat en indsats i 2013, hvor en farmaceut tilknyttes både plejecentre og hjemmeplejen. Farmaceuten har bl. a. til opgave at holde medarbejderne fokuseret på optimal medicinhåndtering.

I Handicap og Psykiatri sker der undervisning via regionen.

I Børn og Unge sker der undervisning af sygeplejersker via Sosu-skolen. Desuden har ledere og medarbejdere i Børn og Unge med ansvar for medicinhåndtering været på en temadag.



Der sker flest utilsigtede hændelser ved medicinhåndtering

¹ Sundhed og Ældre, Handicap og Psykiatri og Børn og Unge

Lokalt har der været tiltag for at forebygge glemt medicin – f.eks. opsætning af tavler på et plejecenter, hvor personalet har et overblik over hvilke beboere der skal have medicin og på hvilket tidspunkt. Personalet krydser af når beboeren har fået sin medicin. På baggrund af rapporterne er der også lokalt analyseret på hændelserne: hvad skete der? – hvordan kunne det ske? – hvad har vi lært? – hvad ændrer vi? Handlingsplaner bliver udarbejdet for at forebygge lignende hændelser.

Fald – rapporterede hændelser

Der er indberettet 101 hændelser med fald. I 2011 blev der rapporteret 28. Den relative store stigning skyldes at et plejecenter har haft fokus på fald og rapporteret disse. Årsagen til faldene er fordelt på genoptræning (2), forflytning² (9) og i 90 af tilfældene er det sket under ”andet”. Her kan nævnes

- beboer sad på sengekant og vippede forover og faldt på gulvet
- beboer gået til fælles areal uden sin kørestol
- ved tilsyn finder personalet beboer på gulvet
- demente glemmer at de ikke er i stand til at gå

Plejecentret, som har rapporteret hovedparten af faldene, har konkluderet at det er yderst vanskeligt at forebygge de fald som sker under ”andet”. Beboerne har en meget høj alder og et meget dårligt funktionsniveau, hvor der ikke længere er et genoptræningspotentiale, men hvor plejecentrets primære opgaver har været palliativ omsorg.

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.

Af eksempler kan nævnes:

- ved vending af beboer – falder beboer ud af sengen
- forflytning med defekt fjernbetjening til liften – ubehageligt for beboer
- klip i finger ved negleklip
- finder beboer halvt ude af sengen eller beboer er faldet ud af sengen

I hver tilfælde har det respektive sted analyseret hændelsen for at undgå gentagelser.

Læring når borger falder ud af sengen

Formålet med sengeheste er primært, at de skal forhindre borgeren i at falde ud af sengen. I forhold til forebyggelse af fald er sengehesten et tveægget sværd. På den ene side beskytter den mod fald, på den anden side udgør den en markant risiko, når borgeren forsøger at forcere den. Borgeren falder oftest, når de kravler op over sengehesten, eller de kommer ud af sengen i gabet mellem sengehest og fodende. Der er lavet flere studier som viser, at brug af sengeheste ikke reducerer antallet af fald, mens der er evidens for alvorlige skader hos borgere, der forcerer sengehesten.

Som eksempler på tiltag, kombineret med mindsket brug af sengeheste, kan følgende tiltag anbefales:

- Placering af sengen langs en væg i laveste position
- Placere en madras ved siden af sengen, som borgeren kan lande på ved fald
- Lade borgeren sove på en madras på gulvet
- Brug af sengealarmer eller trødemåtter

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. Dog er der rapporteret flere hændelser fra et plejecenter, hvor personalet ikke har fået slået trødemåtten til. Læringen fra hændelserne har bevirket at arbejdsgangen er justeret.

Tværasektorielle hændelser

Herning Kommune har modtaget 2 hændelser fra henholdsvis Hospitalsenheden Vest og en lægepraksis. Det er hændelser, hvor Herning Kommune er hændelsessted og hvor læringen skal ske.

² Behov for forflytning opstår, når en borger ikke selv kan flytte sig fra sted til sted eller vende, dreje og rykke sig i sengen.

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

I 2012 har der været en tværsektoriel hændelse med et uheldigt patientforløb. Hændelsen drejede sig om et forløb med tre genindlæggelser på gule papirer (tvangsindlæggelse) over en periode på ca. 3 uger. Hændelsen blev vurderet til at have en alvorlig karakter og derfor gennemførte Hospitalsenheden Vest og Herning Kommune en dybere analyse af forløbet med henblik på læring.

Konklusionen på analyse mødet:

Forløbet kunne ikke have været meget anderledes, da patienten var alvorligt syg med mange konkurrerende lidelser og i stor risiko for udvikling af delir³.

Såvel kommune som praksis synes det gav mening og læring at deltage i analysen.

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 modtaget 1 hændelse i 2012. Hændelsen omhandler manglende medicingivning.

³ Delir er en hyppig komplikation til somatisk sygdom, særligt hos gamle. Delir involverer pludselig, alvorlig forvirring og ændring af bevidsthedsniveau med hallucinationer, desorientering og svækket hukommelse.