

**Region
Hovedstaden**

REGION

Patientsikkerhed

**- hvordan får vi identificeret
problemområder med betydning for
patientsikkerheden**

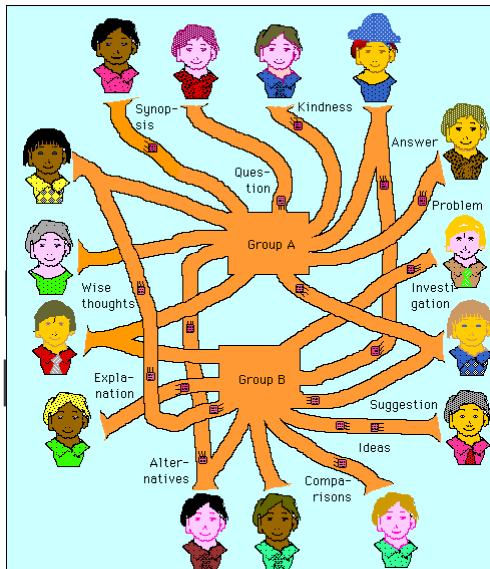
EPJ-observatoriet, 11. oktober 2007

FINISHED FILES ARE THE
RESULT OF YEARS OF
SCIENTIFIC STUDY
COMBINED WITH THE
EXPERIENCE OF MANY
YEARS

En utilsigtet hændelse

Kommunikation

Skadestuepatient blev ved en fejl registreret i Grønt System som død. Fejlen blev rettet efter få minutter. En person fra hjemmeplejen ringede og oplyste, at patienten i deres EDB-system stadig stod registreret som død.



Hændelsen medførte, at patienten ikke blev tilset af hjemmeplejen hele dagen. reagerede først da brugte sit nødkald.

En utilsigtet hændelse

Menneske-maskine

En patient bliver indlagt akut og i kritisk tilstand på grund af voldsom dehydrering og elektrolytforstyrrelser. Øjeblikkelig behandling med en blanding af flere præparater er nødvendig.

Tre læger og to sygeplejersker bliver optaget af at få det elektroniske system til at acceptere denne specielle ordination. Det lykkes aldrig. De er koncentreret om systemet i ca. en time. I mellemtiden udvikler patienten hjertestop.



En utilsigtet hændelse

Kultur og kommunikation

IT-afdelingen meddeler at der er *service-vindue* mandag kl. 16-17.

Det forstår man ikke i klinikken, ignorerer meddelelsen og udskriver ikke nødlister.

Service vindue betød i denne sammenhæng at systemet blev lukket. Desværre kunne IT-afdelingen ikke overholde tidsfristen og flere medicineringsfejl kunne efterfølgende konstateres.



Der er altid en udvej



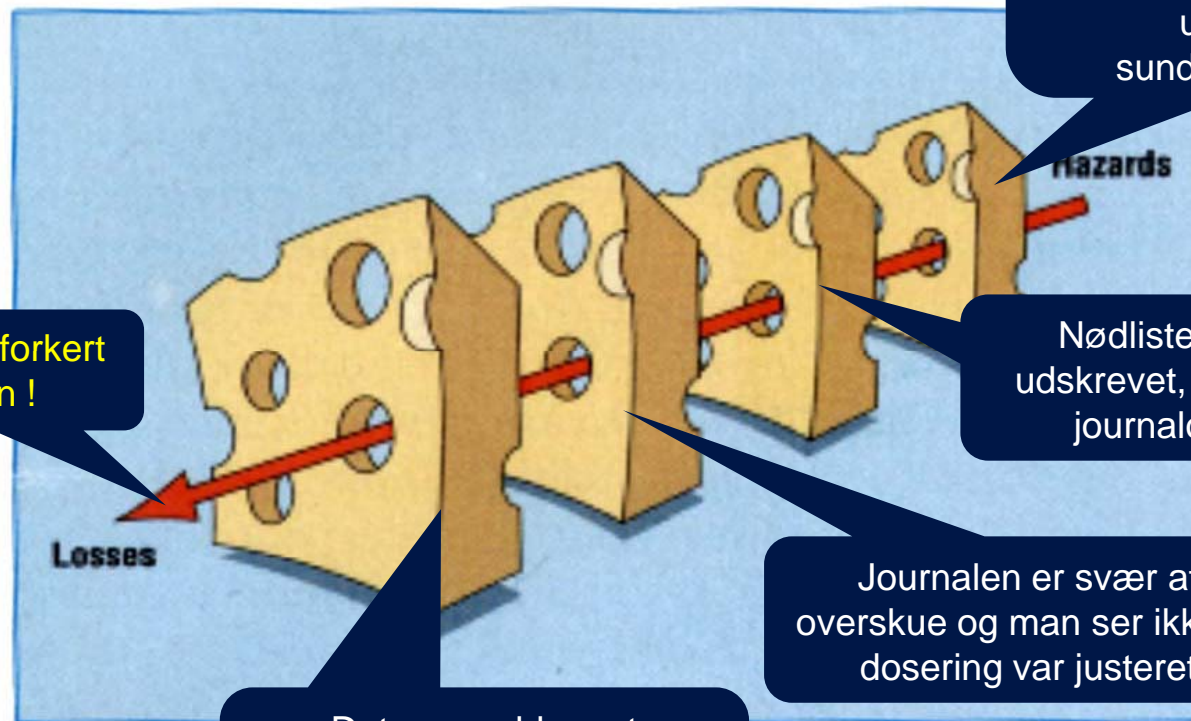
De fem farligste ord i patientsikkerhed

Det
Sker
Ikke
Hos
Os



I komplekse organisationer, hvor der udføres komplicerede procedurer og evt. individualiserede i forhold til den enkelte patient, kan der opstå huller i sikkerhedssystemerne.

Reasons svejtserostemodell



Patient får forkert medicin !

IT-mand sender meddelelse ud til klinisk personale med udtryk som er kendt i IT-afdelingen, men som er ukendt hos sundhedspersoner

Nødlisten bliver ikke udkrevet, så man brugte journaloplysninger

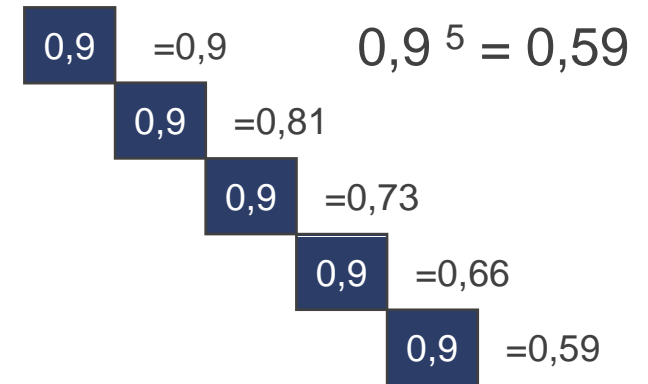
Journalen er svær at overskue og man ser ikke at dosering var justeret

Det er nyuddannet sygeplejerske der er uvant med præparatet og doserer forkert

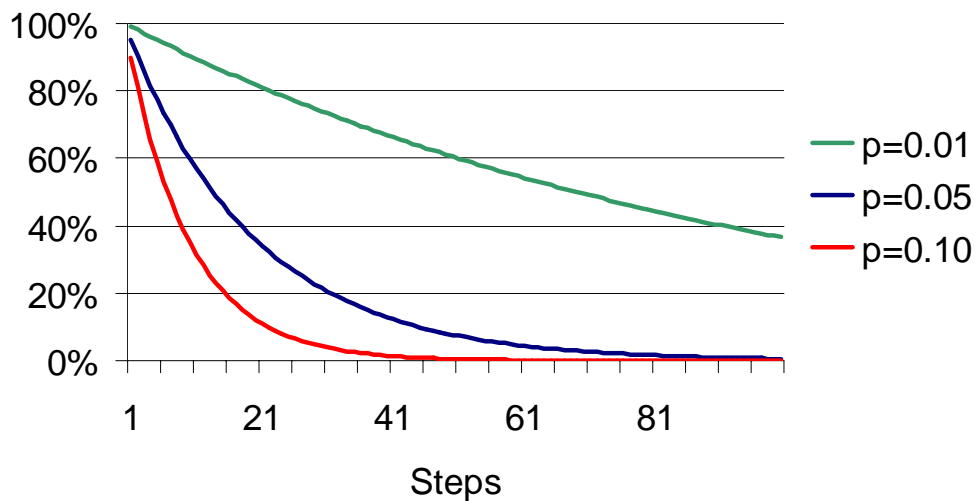
Færre trin – sikrere trin

5 arbejdsstrin med 90% sandsynlighed for at det går godt...

...medfører at det går skidt for 4 ud af 10.



The chance of error-free process depends on the number of steps and the error risk at each step



Medicineringsprocessen – et eksempel

Læge undersøger

~~Læge ordinerer i diktafon~~

~~Sekretær aflytter~~

~~Sekretær skriver i journal~~

Sygeplejerske læser i EPM

~~Sygeplejerske transskriberer til
medicinkardex~~

~~Sygeplejerske aflæser kardex~~

Sygeplejerske doserer medicin

Sygeplejerske spørger patient

Sygeplejerske kontrollerer og
udleverer medicin

Læge undersøger

Læge skal logge på

Læge skal ordinere via pc (og
dokumentere mere end han plejer)

Sygeplejerske skal logge på

Sygeplejerske skal dosere v.hj.a.
stregkoder (hvis de er der)

Patienten identificeres ved
stregkoder og PDA

Sygeplejersken skal dokumentere
på PDA (hvis den fungerer)

Læge undersøger

Patientsikkerhed handler om..

Vi er mennesker i en organisation

- Mennesker begår fejl
- Organisationer er skruet sammen så fejl opstår (“en organisation producerer præcist de resultater den er designet til”)

Vi skal opbygge systemer, hvor konsekvenserne af de latente fejl bliver reduceret eller elimineret.

Lov om patientsikkerhed



En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

Individperspektivet

Enkeltpersoners

glemsomhed, ligegyldighed, uopmærksomhed, skødesløshed eller egentlige forsømmelser og afvigende adfærd

”Slemme ting sker for slemme mennesker”

Derfor: ”Opdragelse”, løftede pegefingre, disciplinære forholdsregler

Konsekvens: Skyld og skam

Effekt: Lukkethed



Systemperspektivet

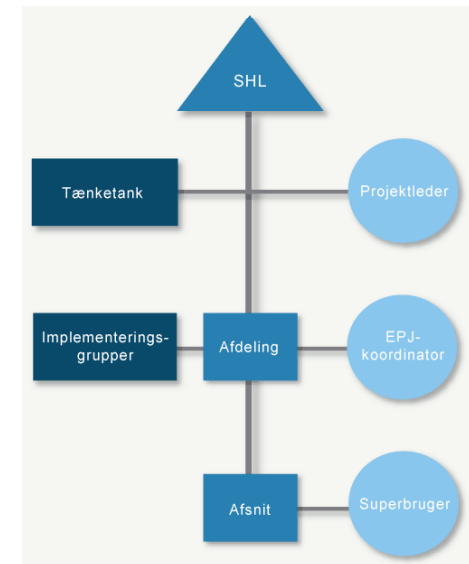
Mennesker arbejder sammen i komplekse organisationer og med komplicerede funktioner

”Fejl sker selv for de bedste”

Derfor: Barrierer, sikkerhedsforanstaltninger

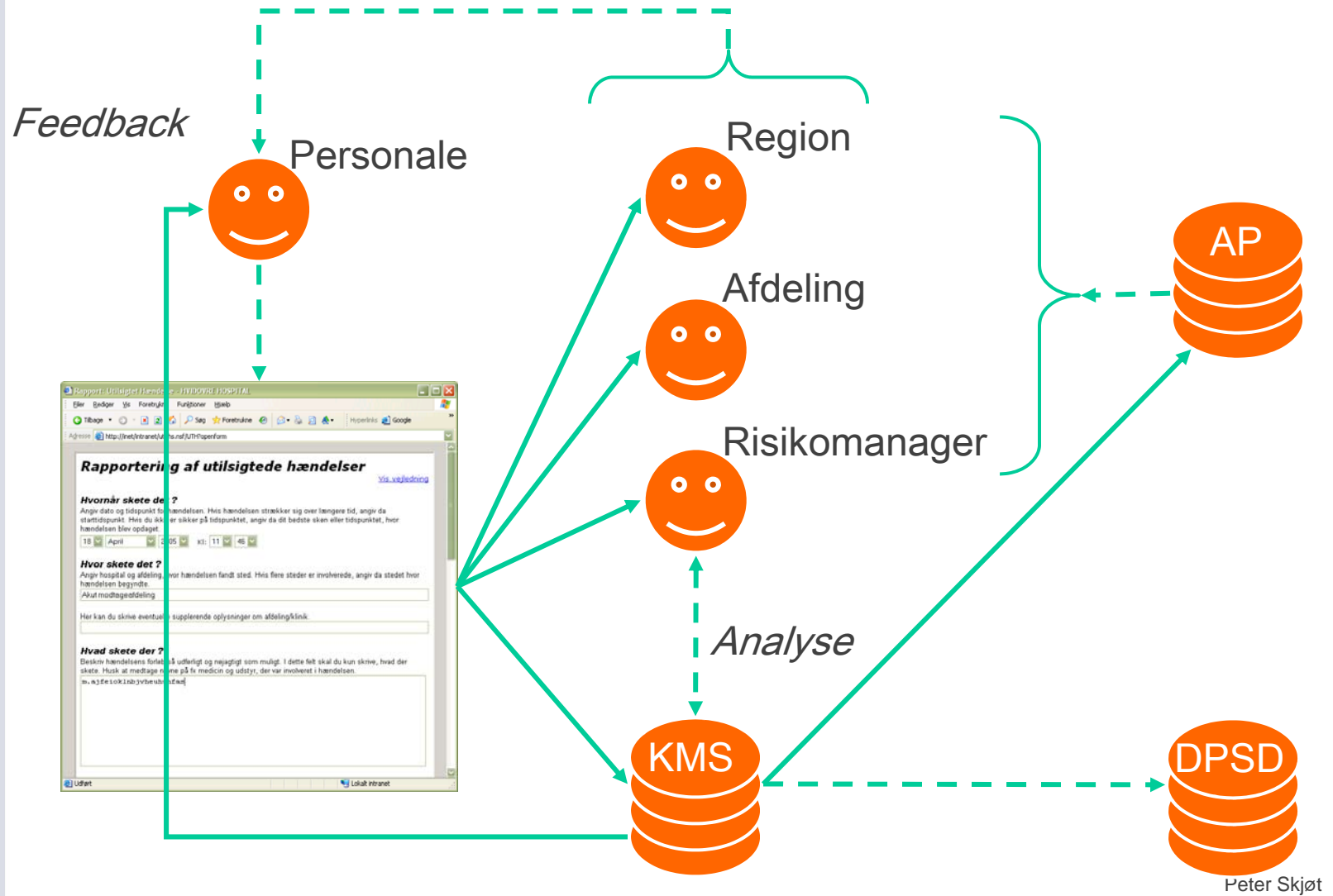
Konsekvens: Åbenhed, tillid, læring

Effekt: Øget patientsikkerhed



Hvordan får vi kendskab til risici- områderne?

Rapportering af utilsigtede hændelser



Observation

Strukturerede / løst strukturerede observationsstudier

Studere fænomener i deres sociale sammenhæng

Helhedsforståelse

Fornemmelse for aktuelle fænomener



Kerneårsagsanalyse (Root Cause Analysis)

En systematisk metode til
afdækning af:

- Hvad skete der?
(det faktuelle forløb)
- Hvorfor kunne det ske?
(identifikation af de bagved liggende årsager til
hændelsen)
- Hvordan undgå at det sker igen?
(handlingsplan og opfølgning)

..... men ikke hvem?

En reaktiv metode til at opnå øget patientsikkerhed



Fejlkildeanalyse (Failure Mode and Effect Analysis)

En systematisk metode til identifikation af huller i sikkerhedssystemet:

- Hvad kan der ske?
- Hvad er sandsynligheden for, at det kan ske?
- Hvilke konsekvenser vil det få?
- Hvordan forebygge at det sker?

En proaktiv metode til at opnå øget patientsikkerhed.



Trigger Tools

- Standardiseret fejlfindingsmetode fra IHI (Institute for Healthcare Improvement).
- En trigger hjælper til at finde en utilsigtet hændelse.
- Fokus på negativt outcome:
 - forbigående skade og nødvendig intervention
 - forbigående skade og forlænget indlæggelse
 - permanent skade
 - nødvendig livsreddende intervention
 - død



Eksempler på triggers

Kirurgi:

Re-operation

Død intra-/post-operation

Operationstid

Medicin:

Naloxone (ved
morfikaoverdosering)

Oversedation

Pludselig medicin stop

Perinatal:

Apgar-score under 7 efter 5 min.

Skadestue:

Genindlæggelse efter 48 timer.

Ophold på skadestue mere end 6
timer.

Pleje/behandling:

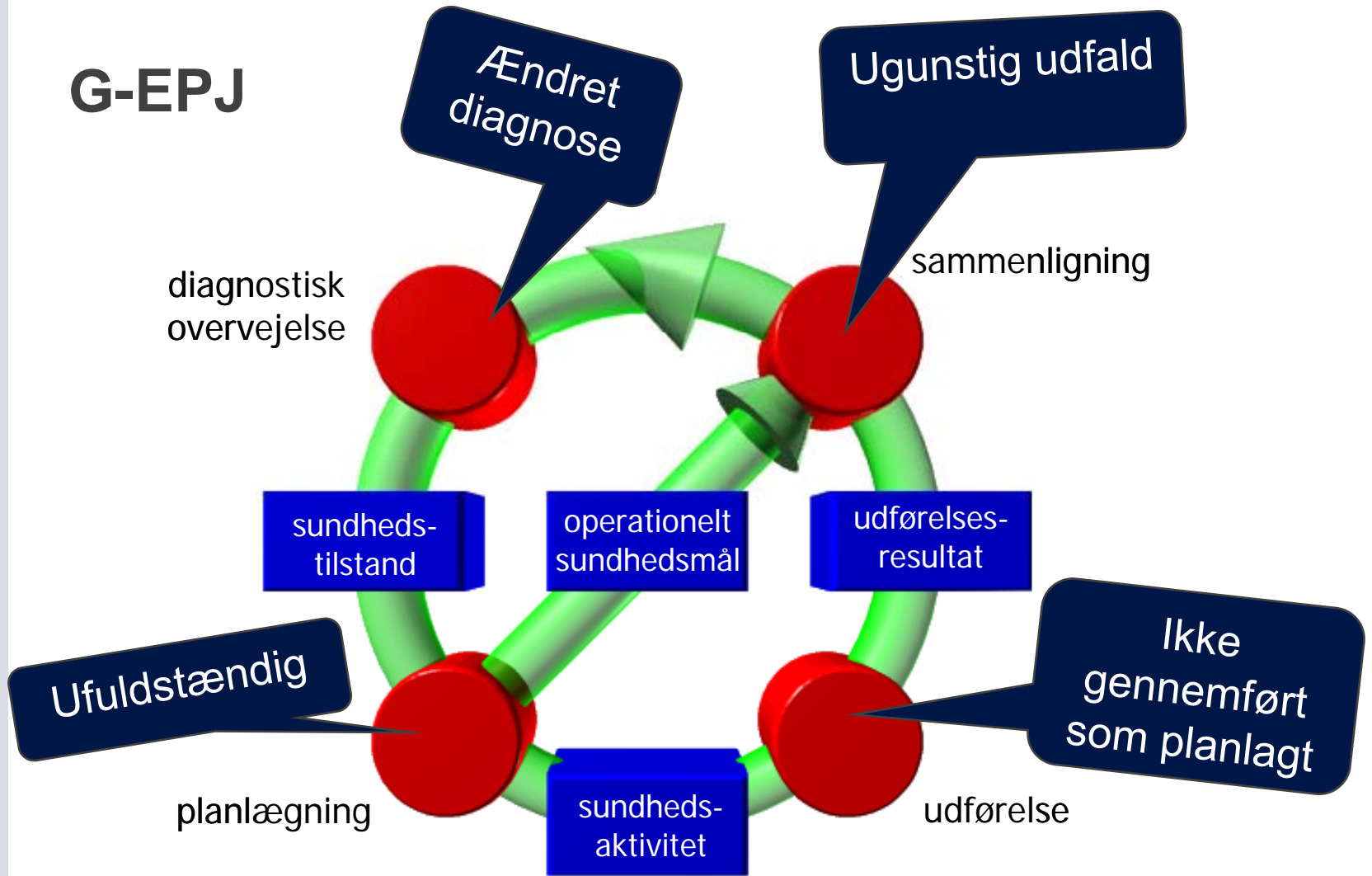
Udvikling af liggesår

Hjertestop

Genindlæggelse efter 30 dage

IHI har defineret 53 triggers.

G-EPJ



Derfor...

- Et centralt mål for IT systemer i sundhedssektoren er at reducere risikoen for fejl.
- Ambitionen skal være at indtænke barrierer, der forhindre at fejl udvikler sig til patient skade.
- Vi skal tænke systemer

Data kan komme fra

- Rapportede hændelser
- Observationer
- Analyser (kerneårsagsanalyser og fejlkildeanalyser)
- Triggers



”Vi har specialiseret dit tastatur, så det lige præcis kun indeholder de knapper, der er nødvendige for at udfylde din jobfunktion. Smart, ikke?”

løflge en udnerøsglese på et egnesk
uinvsresiet bteydr rkækefløegn vi srkievr
bgosatvrene i igenntnig. Det eenste
vgitgie man skal srøge for er at det
frøtse og der sditse bgosatv er paldsreet
krorket.

Rseten kan stå fludtsænidg frokret og
aillgveel kan du lsæe det uedn
porbelemr...! Det er frodi vi ikke lsæer
hervt botagsv for sig, men hlee oerdt i et.