

PATIENTSIKKERHED

Årsrapport 2016

En beretning om patientsikkerhedsarbejdet, der foregår i og på tværs af Region Nordjyllands sektorer



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Indhold

<u>Forord</u>	<u>3</u>
<u>Utilsigtede hændelser</u>	<u>4</u>
<u>Tryksår</u>	<u>5</u>
<u>Udskrivelse - en proces</u>	<u>6</u>
<u>CVK-relateret infektioner</u>	<u>7</u>
<u>Hoftenære frakturer</u>	<u>7</u>
<u>Reduktion af infektioner gennem brug af data</u>	<u>8</u>
<u>Patientsikkert sygehus</u>	<u>8</u>
<u>Regional patientsikkerhedskonference</u>	<u>10</u>
<u>Human Factors i patientsikkerhedsarbejdet</u>	<u>11</u>
<u>Ajourføring af FMK</u>	<u>11</u>
<u>Tidlig opsporing af kritisk sygdom (TOKS)</u>	<u>12</u>
<u>Forflytning</u>	<u>13</u>
<u>Tryksår</u>	<u>14</u>
<u>Hændelser med medicin</u>	<u>15</u>
<u>Spredning af indsatser i Sikker Psykiatri</u>	<u>18</u>
<u>Projekt Sikker Psykiatri</u>	<u>19</u>
<u>Kultur og relationer forebygger tvang</u>	<u>20</u>
<u>Flere indsatser skal forebygge tvang på N6</u>	<u>21</u>
<u>Praksisområdet inklusiv specialydere</u>	<u>22</u>

Forord



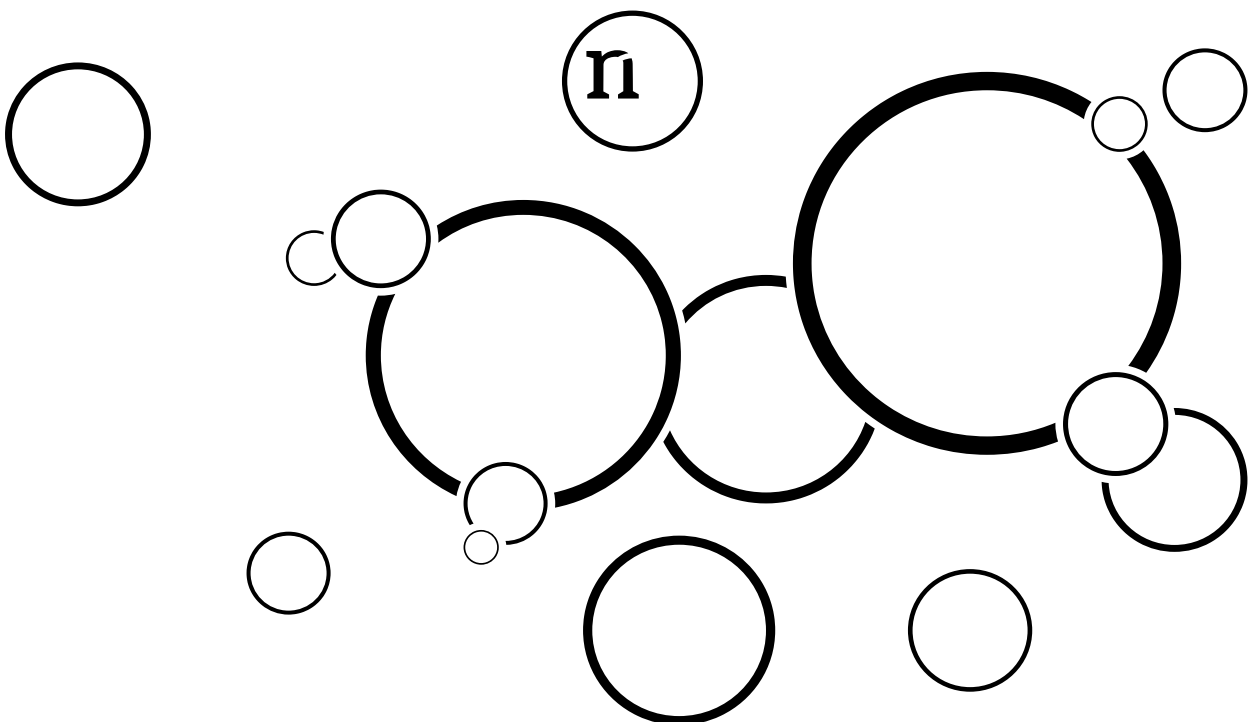
I de senere år har vi arbejdet systematisk og målrettet med at forbedre patientsikkerheden i vores sundhedsvæsen. Arbejdet foregår både lokalt og på mere overordnet niveau, og i såvel mindre projekter som i større regionale indsatser. Vores arbejde har resulteret i mange forebyggende indsatser, men der er fortsat brug for fokus på området. Vi skal fortsat arbejde med læring af de fejl, der sker i sundhedsvæsenet og iværksætte tiltag, der forbedrer patienternes sikkerhed.

Årsrapport 2016 er en samling af eksempler på det patientsikkerhedsarbejde, der kontinuerligt foregår i og på tværs af Region Nordjyllands sektorer. Årsrapporten er langt fra udtømmende i forhold til de aktiviteter og indsatser der arbejdes med i Region Nordjylland. Eksemplerne viser et bredt udsnit af de indsatsområder, der arbejdes med i bestræbelserne på, at skabe størst mulig sikkerhed for patienterne i det nordjyske sundhedsvæsen.



God læselyst!

Asta Skaksen
Formand for Politisk Udvalg for Kvalitet og Patientsikkerhed



Utilsigtede hændelser

Årsrapport 2016 – patientsikkerhed er en samling af eksempler på den læring og de indsatser, der har været arbejdet med i Region Nordjylland i 2016. En stor del af patientsikkerhedsarbejdet tager udgangspunkt i de utilsigtede hændelser, der rapporteres af sundhedspersonalet samt fra patienter og pårørende.

Hvad er en UTH?

I Sundhedsloven er en utilsigtet hændelse defineret som:

”Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder” (Sundhedsloven, Kapitel 61 § 198).

Hvem skal rapportere UTH?

Rapporteringspligtige personer defineres i bekendtgørelsen som sundhedspersoner, ambulancebehandlere samt apotekere og apotekspersonale.

Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar. Det vil sige, at fx social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, portører og sekretærer har pligt til at rapportere, når de arbejder under autoriserede sundhedspersoners ansvar.

Derudover har patienter og pårørende også mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Nedenstående tabel viser antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i Region Nordjylland i 2016 fordelt på de fire overordnede områder, der arbejder med utilsigtede hændelser.

Hospitaler	3632
Regionale botilbud	754
Praksisområdet	850
Præhospital og ambulancer	95
Ialt	5331

Tryksår



På hospitalsniveau er der i år identificeret 63 hændelser vedrørende tryksår, hvoraf de 24 hændelser var indrapporteret fra primær sektor. Hændelserne fra sengeafsnitene beskriver primært tryk på nates (ballerne), Os sacrum (korsbenet) og på hæle. Hændelserne fra de intensive afsnit er mere varierende i både beskrivelse og forekomst, idet der identificeres tryksår på tunge/underlæbe, baghoved, hæle, nates, Os sacrum, albue m.v. Der er i intensiv afsnit et stort fokus på at minimere antallet af tryksår, men hændelserne beskriver også, at det er en kompleks patientgruppe. Tryksår forlænger indlæggelsestiden og kan medføre en række komplikationer som osteomyelitis (knoglebetændelse) og sepsis (blodforgiftning), ligesom der er en betydelig dødelighed forbundet med tryksår.

I handleplanen for 2016 på Aalborg Universitetshospital var tryksårsforebyggelse prioriteret som indsatsområde. Der har således været gennemført en række initiativer i 2016:

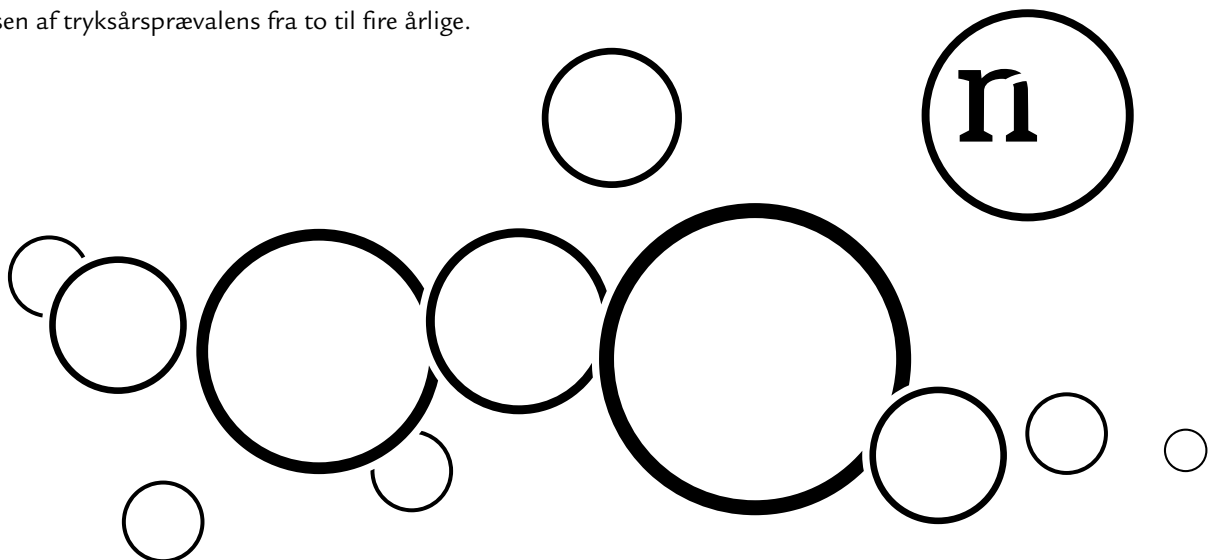
- Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse i seks sengeafsnit for at afdække vidensniveau. Samlet set viste undersøgelsen en mangel på viden omkring kategori af tryksår, hælflaskning, hjælpemidler samt stilling og lejrning.
- Tryksårskampagne i november med besøg i alle sengeafsnit, herunder opfølgning på spørgeskemaundersøgelsesresultater
- I december var der undervisning ved sårsygeplejerske fra Bispebjerg hospital.

Trods fokus i 2016 ses der af den seneste prævalens fra januar 2017 en tryksårsforekomst på 8,6 %, hvilket svarer til, at der var 40 patienter, som havde et hospitalserhvervet tryksår. Dette er en højere prævalens, end vi har set de seneste 3 år. Dette kan skyldes det øgede fokus på tryksårsforekomst og at grad 1 nu opdages hyppigere end tidligere.

I 2017 er der yderligere planlagt følgende initiativer:

- Test af engangsmaterialer til forebyggelse af tryksår på fem sengeafsnit
- Test af hovedpuder på intensive afsnit
- Undervisning af 1-2 tryksårsnøglepersoner pr. afsnit. Udpegning af nøglepersoner er obligatorisk for alle sengeafsnit, intensivafsnit og Skade/Modtagelsen, samt at det er frivilligt for ambulatorier, børneafsnit, operations- og opvågningsafsnit.
- Samarbejde mellem ekspertgruppen for tryksår og dokumentationsrådet om dokumentation i epj
- International Stop Tryksårsdag i november

Indsatserne evalueres løbende og Ekspertgruppen for tryksår overvejer på nuværende tidspunkt at øge gennemførelsen af tryksårsprævalens fra to til fire årlige.



Udskrivelse – en proces

I Mave- og Tarmkirurgisk speciale var der i løbet af 2015, en stigende mængde utilsigtede hændelser indrapporteret fra primær sektor. Hændelserne var for størstedelen kendetegnet ved, at være med ingen skade og en mindre del med mild eller moderat skade for patienten. De omhandlede problemstillinger relateret til uklare medicinlister eller medicindosering og manglende eller uklar besked om udskrivelse samt en mindre del omhandlede manglende videregivelse af information relateret til pleje eller behandlingsmæssige problemstillinger, eksempelvis tryksår eller ernæringsproblematikker.

På baggrund af den stigende mængde af hændelser og de drøftelser, de medførte blandt gruppen af patientsikkerhedsnøglerpersoner, blev det i marts 2016 besluttet, i samarbejde med specialeledelsen, at der skulle gennemføres en risikoanalyse af et udskrivelsesforløb.

Med udgangspunkt i analyseværktøjet Failure Mode Effects Analysis (FMEA) gennemgik man processen udskrivelse med udgangspunkt i handlingen; altså sådan gør vi. Den proces gav i første omgang et billede af, at der var forskellige måder at håndtere udskrivelse på. Som eksempel kan nævnes, at det blev drøftet, om første skridt er at spørge patienten, om de får hjælp i hjemmet? Eller orienterer man sig i e-breve i forhold til, om der findes en indlæggelsesrapport og tager man udgangspunkt heri, når man taler med patienten?

Hele processen udskrivelse blev gennemgået og drøftet og blev herefter risikovurderet på baggrund af elementernes forekomst, alvorlighedsgrad og opdagelse. I gennemgangen blev, de største risici for hvad der kunne blive glemt i forbindelse med en udskrivelse, identificeret. Som supplement blev der lavet en miniaudit i eget afsnit i forhold til hvorvidt sundhedsaftalen blev overholdt. Der var nemlig en fornemmelse af, at dette var man meget god til og at der derfor formentlig ikke var behov for en indsats. Men data viste, at man formentlig manglede kendskab til tidsfrister, og man havde ikke en entydig og systematisk brug af plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter. Det blev derfor besluttet, at der skulle udarbejdes et action card, der tydeliggjorde hvilke krav og tidsfrister der er, når man har en patient, der skal udskrives. Det udarbejdede action card blev testet, tilrettet og endelig sendt til tryk, og flere har givet udtryk for, at det er en hjælp. Der er fortsat fokus på processen udskrivelse og der arbejdes fortsat med at forbedre processen til gavn for patienterne.

På hospitalsniveau er der fokus på kommunikationen mellem sektorerne. Der har været afholdt en tværsektoriel audit, hvor udfordringer, ønsker og muligheder blev kortlagt i forhold til plejeforløbsplaner og indlæggelsesrapporter.

På baggrund af audit besluttede Samarbejdsforum (Jammerbugt Kommune, Aalborg Kommune, Rebild Kommune, Mariagerfjord Kommune, Vesthimmerland Kommune og Aalborg Universitetshospital), at øge indsatsen i forhold til overleveringen. Hospitalet har haft en indsats, hvor leder af Sund Info og en IT-koordinator har besøgt samtlige sengeafsnit for at undervise i Sundhedsaftalen og Tværsektorielle meddelelser i E-breve. I forbindelse med undervisningen er der rejst en række spørgsmål om anvendelse af funktioner i E-breve. Der er ligeledes kommet ønsker til forbedringer af de tværsektorielle meddelelser, som er viderebragt til IT samt det nationale arbejde med MedCom standarderne.

Der er udarbejdet en dokumentoversigt for Kommunesamarbejdet i PRI samt plakater, som alt sammen kan findes på PersonaleNet. På baggrund af erfaringerne i Mave- og Tarmkirurgisk speciale er det udarbejdede action card ligeledes blevet en del af indsatsen på hospitalsniveau. Action cardet er således uddelt og introduceret for sygeplejersker og social-og sundhedsassistenter (inkl afsnitsledende sygeplejersker) på alle sengeafsnit og er en hjælp, når der skal planlægges udskrivelse. Arbejdet med den tværsektorielle kommunikation fortsætter i 2017, hvor der følges op med endnu en tværsektoriel audit i efteråret 2017.

CVK-relateret infektioner



Anæstesen bliver hyppigt anvendt af sengeafsnittene i forbindelse med anlæggelse, pleje og behandling af centrale venekatetre (CVK) og PICC-line kateter. Især ved indførelse af nye katetertyper, kan der opstå usikkerhed i sengeafsnittene i forhold til valg af kateter og til rette pleje og opfølgning af adgangen.

Opfølgning er vigtig, idet man hele tiden skal forholde sig kritisk til, om indikationen stadig er gældende, og om patienten med fordel kunne have en anden adgang, et CVK med færre adgange, et PVK (perifert venekateter) eller måske slet intet. Alt dette for at nedsætte risikoen for infektioner.

For at afdække og afhjælpe denne problematik har A-anæstesi nedsat et CVK-team bestående af 2 anæstesisygeplejersker og en anæstesilæge. Målet med teamet er blandt andet at være med til; sammen med Hygiejnerådet og Infektionshygiejnen, at nedbringe forekomsten af hospitalserhvervede infektioner med 5 % i 2017. Teamet har således gennem CVK-stuegangen fulgt op på alle de CVK'er og PICC-Lines, som er blevet anlagt i A-anæstesi i december 2016 til januar 2017. Det betyder, at 15 specialer har fået besøg af CVK-teamet, hvor de gennem dialog med patienter og medarbejdere har undersøgt forskellige forhold relateret til adgangen. Teamet er nu ved at gennemføre en afsluttende dataopsamling, som blandt andet kan give dem viden om, hvorvidt et eventuelt CVK-team kan være en løsning i arbejdet med at nedbringe CVK-relaterede infektioner på hospitalet.

Afslutningsvist har teamet spurgt de involverede specialer om, hvorvidt de vil kunne finde nyttig anvendelse af et CVK-team, hvis et sådan blev nedsat som en permanent ordning. Hertil har det gennemgående svar været ja, og 2017 indledes derfor med at etablere en løsning, som i første omgang kan videreføre projektet året ud.

Hoftenære frakturer

I Ortopædkirurgisk speciale Aalborg har det gennem flere år været en udfordring at leve op til nationale mål for 30 dages overlevelse for patienter, der er opereret for hoftefraktur. Ortopædkirurgien har derfor sammen med Skademodtagelsen, opvågningen og anæstesen med stor succes samarbejdet for at etablere et "Fast track" for patientgruppen fra ankomst i skadestuen til operation. Siden implementering af de ændrede arbejdsgange er der registreret et markant fald i antallet af utilsigtede hændelser og klagesager vedrørende pågældende forløbstype.

Aktuelt samarbejder Opvågningen, Geriatrien, Ortopædkirurgien og Terapien om at forbedre det postoperative forløb, fra operation til udskrivelse, og herved optimere patientens samlede postoperative forløb. I projektet arbejdes ud fra flere procesmål til sikring af optimal behandling. Det forventes, at indsatsen vil medføre et fald i utilsigtede hændelser vedr. tryksår, kommunikations- og medicineringsfejl.

I efteråret 2017 adresseres sidste del af forløbet: "Optimering af overgangen til kommunalt regi for patienter med hoftefrakturer – fra udskrivelse til hjemmet/aflastning/plejehjem" i et samarbejde mellem Ortopædkirurgisk speciale, Geriatrien, Udskrivningsenheden, Terapien og Aalborg Kommune. Herved forventes et fald i antallet af utilsigtede hændelser omhandlende kommunikation og medicin i overgange.

Reduktion af infektioner gennem brug af data

HAIBA er en national database for hospitalserhvervede infektioner (Hospital-Acquired Infections dataBAse) som indeholder oplysninger om en række forskellige infektionstyper og registrering af patienter der har fået disse infektioner i forbindelse med indlæggelse eller behandling.

Statens Seruminstitut arbejder i øjeblikket på at stille data fra databasen til rådighed for videre anvendelse i regionerne. Både som summerede data og som detaljerede data med information om enkelte infektionsfund på patientniveau.

I Region Nordjylland er der igangsat et projekt for anvendelse af disse data. Dels til rapporter og analyser, som skal give et bedre overblik til brug for overvågning, læring og opfølgning på tendenser. Det kunne f.eks. være rapporter der viser udviklingen i antallet af de forskellige infektionstyper på de enkelte afdelinger og afsnit på hospitalerne. Dels skal data på detaljeret patientniveau kunne anvendes til mere dybtgående analyser og opfølgning på forekomst af infektioner. Det kunne f.eks. være analyse af forekomsten af infektioner i forskellige patientforløb og sammenhænge eller analyse på tendenser eller pludseligt forekomne stigninger på bestemte afsnit. Det forventes at de første resultater af projektet vil være klar i første halvår 2017.

Patientsikkert sygehus

Projekt Patientsikkert Sygehus, der kørte i 2010-2013 bestod af 12 såkaldte kliniske pakker, der hver især rummer en række elementer. Elementerne i pakkerne beskriver 'best practice' indenfor det område, pakken omhandler, fx tryksårspakken og sikker kirurgipakken. Indenfor Psykiatrien er der igangsat et tilsvarende projekt - projekt 'Sikker Psykiatri'.

I 2016 har pakkerne fra Patientsikkert sygehus igen været i fokus. Der er igangsat en række initiativer i fjerde kvartal 2016 med henblik på relancering af elementer fra flere af pakkerne samt fokuserede indsatser for at sikre implementering og udrulning af alle pakker. Yderligere er der fokus på kontinuerligt behov for undervisning og træning af klinisk personale i forhold til elementerne i pakkerne.

I 2016 har der især været indsatser omkring tryksår, men også fx sikker kirurgi og kateterpakkerne samt generelt kompetenceudvikling indenfor fx forbedringsmetoder. Indsatserne er forskellige – både i niveau og i omfang. Nogen af indsatserne foregår på et enkelt hospital, mens andre aktiviteter foregår på alle hospitalerne. Ligeledes er nogen af indsatserne specifikt målrettet én af de kliniske pakker fra projekt Patientsikkert Sygehus, mens andre indsatser er mere overordnede i forhold til kompetenceuddannelse fx indenfor forbedringsmetoder eller dataindsamling. Sidstnævnte form for indsats er således med til at styrke bevidstheden og kompetencerne til at arbejde målrettet med data og forbedringer, hvilket vil have betydning fremadrettet for arbejdet med alle pakkerne fra patientsikkert sygehus samt øvrigt patientsikkerhedsarbejde.

Der er også igangsat et større pilotprojekt omkring afprøvning af metoden 'Periodisk Standard Træning' (PST). Metoden er direkte inspireret af den kommercielle luftfartsindustriens arbejde med sikkerhed. Luftfartsindustrien har med stor succes arbejdet med forbedring af sikkerheden gennem mange år. PST er udviklet til hospitaler i samarbejde med luftfartsindustrien, og har til formål at højne og monitorere patientsikkerheden.

Der vil fremadrettet blive arbejdet videre med indsatser indenfor pakkerne fra Patientsikkert Sygehus samt Sikker Psykiatri. Nedenstående tabel viser i overskriftsform de initiativer, der er igangsat i 2016. Nogen af indsatserne vil

strække sig ind i 2017. Derudover vil der blive igangsat yderligere initiativer i 2017 og fremadrettet.



Tabellen viser, hvilken pakke indsatserne 'hører til' for de indsatser, der er målrettet én bestemt pakke. Derudover viser tabellen hvilke(t) hospital(er) aktiviteten foregår på.

INDSATS	HOSPITALER
Tryksårspakken:	
Tryksårs-karavane	Aalborg UH og Regionshospital Nordjylland
Tryksårs-undervisning	Aalborg UH, Regionshospital Nordjylland og Psykiatrien
Test af engangsmateriale	Aalborg UH og Regionshospital Nordjylland
Tværasektorielt projekt	Regionshospital Nordjylland i samarbejde med Thisted Kommune
Undervisning og supervision	Aalborg UH
Test af puder	Aalborg UH
KAD-pakken (kateter - urinvejsinfektioner):	
Undervisning	Aalborg UH
CVK-pakken (Centralt venekateter):	
CVK-stuegang	Aalborg UH
Sikker Kirurgi-pakken:	
Relancering af Sikker Kirurgi Tjekliste	Aalborg UH og Regionshospital Nordjylland
Medicinfstemningspakken:	
Tværasektorielt projekt - medicinoplysninger i overgange	Regionshospital Nordjylland i samarbejde med Thisted Kommune
Mobilt Akutsystem-pakken:	
ILS kursus (Immediate Life Support)	Regionshospital Nordjylland
Somatikpakken:	
Film om aktiv overlevering	Psykiatrien
Dataopsamling og monitorering:	
Understøttelse til ressourcer til dataopsamling og monitorering	Psykiatrien
Uddannelse:	
Mellemlideruddannelse - forbedringsmetode	Psykiatrien
Human factors temaeftermiddage	Aalborg UH, Regionshospital Nordjylland og Psykiatrien
Tjekliste workshop	Aalborg UH, Regionshospital Nordjylland og Psykiatrien

Regional patientsikkerhedskonference

Der var masser af foredrag og workshops til den totalt udsolgte fællesregionale patientsikkerhedskonference i Rebild.

Udsolgt konference med venteliste

For andet år i træk afholdt Region Nordjylland og Region Midtjylland 31. maj 2016 fællesregional patientsikkerhedskonference på Comwell Rebild Bakker. Og patientsikkerhed er åbenbart et populært emne, for konferencen var hurtigt udsolgt og ventelisten var lang. Det var derfor ca. 230 heldige deltagere, der kunne se frem til en dag med foredrag med eksempelvis tidligere formand for Etisk Råd, Jacob Birkler, og stand-up komiker samt tidligere kræftpatient, Geo. Derudover workshops om eksempelvis patientinddragelse, simulationstræning og nudging.



Ledelsen skal gå forrest

En af foredragsholderne fra Region Nordjyllands egne rækker var Claus Brøckner, lægefaglig direktør på Regionshospitalet Nordjylland, som talte om ledelsesmæssig forankring af patientsikkerhedsarbejdet. Han glæder sig over, at konferencen får sat fokus på patientsikkerheden.

- Konferencen giver ny inspiration og viden til det fortsatte arbejde med forbedring af patientsikkerheden. Vi skal hele tiden løbende arbejde med læring af de fejl, der sker i sundhedsvæsenet og proaktivt iværksætte tiltag for at forbedre patienternes sikkerhed, siger Claus Brøckner, der ser det som en væsentlig lederopgave at understøtte initiativer vedrørende patientsikkerhed.

- Vi er alle forpligtiget til at arbejde med eksempelvis ændrede arbejdsgange, når vi modtager en utilsigtet hændelse (UTH), og det er helt klart en ledelsesopgave at være primus motor i dette arbejde, siger Claus Brøckner, der ugentlig bliver informeret om og følger op på de alvorligste UTH'er, ligesom han som formand for Patientforløbsrådet kontinuerligt er med til at prioritere indsatser, der skal højne patientsikkerheden.

Klinikchef tilfreds med udbyttet

Nils Lauge Johannesen, klinikchef på Klinik Akut på Aalborg Universitetshospital deltog for tredje gang i den fællesregionale patientsikkerhedskonference. Han har blandt andet deltaget i workshops om "Sikkert flow – Resultater og fastholdelse og videreudvikling" og "Hvad kan hospitalsvæsenet lære af luftfarten?", hvilket han har fået meget ud af at deltage i.

- Det var nogle meget fascinerende og inspirerende workshops, og hospitalsvæsenet kan jo virkelig lære noget af luftfarten, når det kommer til sikkerhed og overlevering. Derudover var der i de indledende diskussioner en god tilgang til kvalitetsarbejdet, som blev belyst fra flere forskellige vinkler. Det har givet et godt billede af kvalitetsområdets mange facetter, og hvordan vi kommer til at gentænke det – eksempelvis i forhold til de nye kvalitetsmål, siger Nils Lauge Johannesen, som gerne vil deltage igen næste år, hvis konferencen fortsat holder det samme høje niveau.

Human Factors i patientsikkerhedsarbejdet



Der blev i slutningen af 2016 afholdt undervisning i Human Factors management, hvor havarieekspert Tom Zöllner delte ud af sine mangeårige erfaringer med Human Factors i sikkerhedsarbejde i luftfartsindustrien.

Human Factors er et vigtigt element, når der arbejdes med sikkerhed. Sundhedsvæsenet er i lighed med luftfart et komplekst og dynamisk miljø, hvor mennesker spiller en central rolle, og hvor fejl kan få alvorlige konsekvenser. Da selv professionelle, erfarne og dygtige mennesker begår fejl, er det vigtigt, at det system, de arbejder i, har et så fintmasket sikkerhedsnet, at de menneskelige fejl, som sker, ikke får fatale følger.

Tom Zöllner gennemgik de risikofaktorer, der påvirker vores opfattelse og vurdering af omgivelser og situationer. Budskabet var, at Human Factors altid er til stede, men ved at være bevidst om disse faktorer kan mange fejl forebygges.



Fælles læring og koordinering

Regionshospitalet Nordjylland fik sit navn 1. marts 2016 som et led i fusion mellem Sygehus Thy Mors og Sygehus Vendsyssel. I fusionsprocessen har vi haft fokus på at lære af hinanden og sikre en solid patientsikkerhedsorganisation. Patientsikkerhedsarbejdet har ledelsesmæssig forankring i vores patientfællesråd, hvor der sikres koordinering og læring på tværs af de nu 5 matrikler. I regi af Patientsikkert Sygehuspuljen har der været afholdt Tryksårs-kampagnedag og efterfølgende temadag med ekstern underviser med ekspertise i Tryksår.

Ajourføring af FMK

Børneambulatoriet i Hjørring har arbejdet målrettet med en patientsikkerhedsindsats omkring ajourføring af FMK. Patientsikkerhedsindsatsen tog afsæt i et forbedringsprojekt omkring arbejdsgangen for ajourføring af FMK, og medførte blandt andet udarbejdelsen af et huskekort til lægerne i ambulatoriet, samt en systematisk tilgang, validering og opfølgning af data på FMK området.

Udover en øget patientsikkerhed i arbejdet med FMK i børneambulatoriet, udmærkede projektet sig også ved at få en poster optaget ved den Internationale Kvalitetskonference, som afholdes af British Medical Journal (BMJ) og det amerikanske Institut for Healthcare Improvement (IHI) Poster, jævnfør illustration.

FORBEDRINGSPROJEKT
MEDICINAFSTEMNING I AMBULATORIE FOR BØRN OG UNGE
 Elin Longin, Ellen Boek, Anne Nørgaard, Charlotte Vestor
 Klinik Kirurgi Kænde Barn • Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring

BAGGRUND/FORMÅL
 Det Fælles Medicinkort (FMK) er en del af den danske elektroniske patientjournal og en central del af sundhedsindsatsen. Et up-to-date FMK sikrer sikkerheden ved læsning af lægemiddelbehandling. Det er en vigtig opgave at ajourføre lægemiddellisten.

METODE
 Forbedringsprojekt (The Model for Improvement)
 Step 1: Identifikation af alle ikke-afstemte ambulansepatienter over 8 uger (sept-15-21)
 Step 2: Formulering af "driver" og ændringer og vurdering af behov for yderligere samarbejdsindsats

PRIMÆR ØNDE
IT-tilstedeværelse
 Dataindsamling
 Ændringsindsats
 Systemopdateringer af IT-afdelingen
 Kendskab til IT-tilstedeværelse i andre afdelinger

PRIMÆR ØNDE
 Mulighed for "lægemiddelliste" i lægegruppen udmærkede FMK
 ÆNDRINGSØNDE
 • Kvalitetsindsats
 • Lægemiddelliste
 • Forbedringsplan
 • Indførelse af læger (sikkerheds) i lægemiddellisten

PRIMÆR ØNDE
 At øge antallet af ajourførte FMK i praksis
 Analyse af 90 patienter i Ambulatoriet for Barn og Unge i 34 uger:
 • 55 korrekte ajourførte FMK
 • 35 fejlagtige ajourførte FMK
 • 30 ikke ajourførte via praksis

ÆNDRINGSØNDE
 • Kendskab til praksisindsats: Informationsindsats
 • Tidsprioriterede indsatser

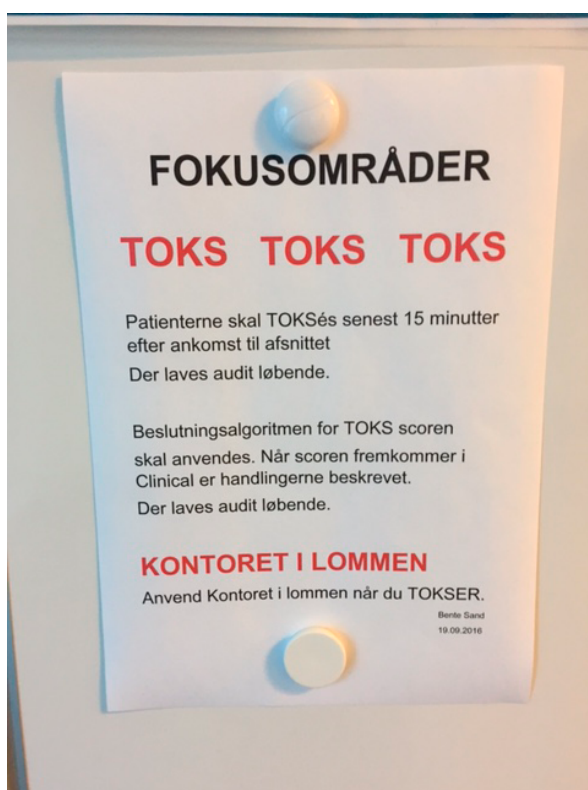
RESULTATER
 Diagrammet viser en øget ajourføring af Ambulatoriet for Barn og Unge.
 Kvalitetsindsatsen i Ambulatoriet for Barn og Unge
 100
 80
 60
 40
 20
 0
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34
 Uger

FMK i Ambulatoriet
 Medicinalafstemning af FMK
 1. Medicinalafstemning af FMK
 2. Medicinalafstemning af FMK
 3. Medicinalafstemning af FMK
 4. Medicinalafstemning af FMK
 5. Medicinalafstemning af FMK
 6. Medicinalafstemning af FMK
 7. Medicinalafstemning af FMK
 8. Medicinalafstemning af FMK
 9. Medicinalafstemning af FMK
 10. Medicinalafstemning af FMK
 11. Medicinalafstemning af FMK
 12. Medicinalafstemning af FMK
 13. Medicinalafstemning af FMK
 14. Medicinalafstemning af FMK
 15. Medicinalafstemning af FMK
 16. Medicinalafstemning af FMK
 17. Medicinalafstemning af FMK
 18. Medicinalafstemning af FMK
 19. Medicinalafstemning af FMK
 20. Medicinalafstemning af FMK
 21. Medicinalafstemning af FMK
 22. Medicinalafstemning af FMK
 23. Medicinalafstemning af FMK
 24. Medicinalafstemning af FMK
 25. Medicinalafstemning af FMK
 26. Medicinalafstemning af FMK
 27. Medicinalafstemning af FMK
 28. Medicinalafstemning af FMK
 29. Medicinalafstemning af FMK
 30. Medicinalafstemning af FMK
 31. Medicinalafstemning af FMK
 32. Medicinalafstemning af FMK
 33. Medicinalafstemning af FMK
 34. Medicinalafstemning af FMK

REGIONSHOSPITALET NORDJYLLAND
 i gode hænder

Tidlig opsporing af kritisk sygdom (TOKS)

Tidlig opsporing af kritisk sygdom (TOKS) har haft fokus i 2016. Der er kun rapporteret få utilsigtede hændelser vedr. TOKS, men der er væsentlige patientrisici for komplikationer og forhøjet behandlingsniveau ved manglende måling af vitale parametre (til scoring af TOKS) og manglende efterfølgelse af handlingsalgoritme på TOKS-scoren. Ved enkelte af vores dybdegående analyser af alvorlige / dødelige hændelser er den manglende TOKS-score eller manglende efterlevelse af handlingsalgoritme en medfølgende årsag til hændelsen. Derfor prioriterer vi indsatser på alle relevante afsnit. Indsatser er igangsat på forskellige niveauer og på flere matrikler.



Der auditeres f.eks. på, om man har fulgt TOKS retningslinjen, hvor der følges op på resultater og barrierer og drøftelse af forbedringstiltag på ugentlige tavlemøder. Tavlemøderne har betydet, at vi har fået mulighed for at synliggøre barrierer for korrekt TOKS. "Kontoret i lommen" (app på smartphone) har betydet, at personalet kan indtaste vitale parametre direkte i den elektroniske patientjournal på stuen hos patienten, så man ikke er nødt til at skulle ind på kontoret, finde ledig PC, koble sig på og indtaste værdier fra en håndskrevet seddel med risici for fejl.

En anden stor indsats, der er igangsat for at forebygge UTH vedr. TOKS, er simulationstræning. I Thisted og Hjørring undervises personalet af VenSim's daglige leder, tilknyttede anæstesi-læge og udviklings-sygeplejersker. De kommer med simulationsdukke og udstyr ud på selve afsnittet og leder træningen. Der tages udgangspunkt i ABCDE* observationer og optimering. Ud fra ABCDE observationer kobles TOKS værdier, sikker mundtlig kommunikation og teamtræning.

Undervisningen foregår i tværfaglige hold på tre til syv personaler, der skal øve sig ud fra en bestemt rolle. ABCDE observationer og handlingsstøtte gennemgås, og der instrueres i selve øvelseskonceptet.

* systematisk gennemgang af vitale værdier



Ud fra en case og en dukke, der kobles til monitoringsudstyret, trænes handlinger, kommunikation og samarbejde i forhold til den gennemgåede teori.

På baggrund af seancen gennemgås situationen, og der skabes refleksion over de enkelte reaktioner med en anerkendende tilgang. Seancen afsluttes med opsummering af den enkeltes læring, såkaldt feedback/debriefing.

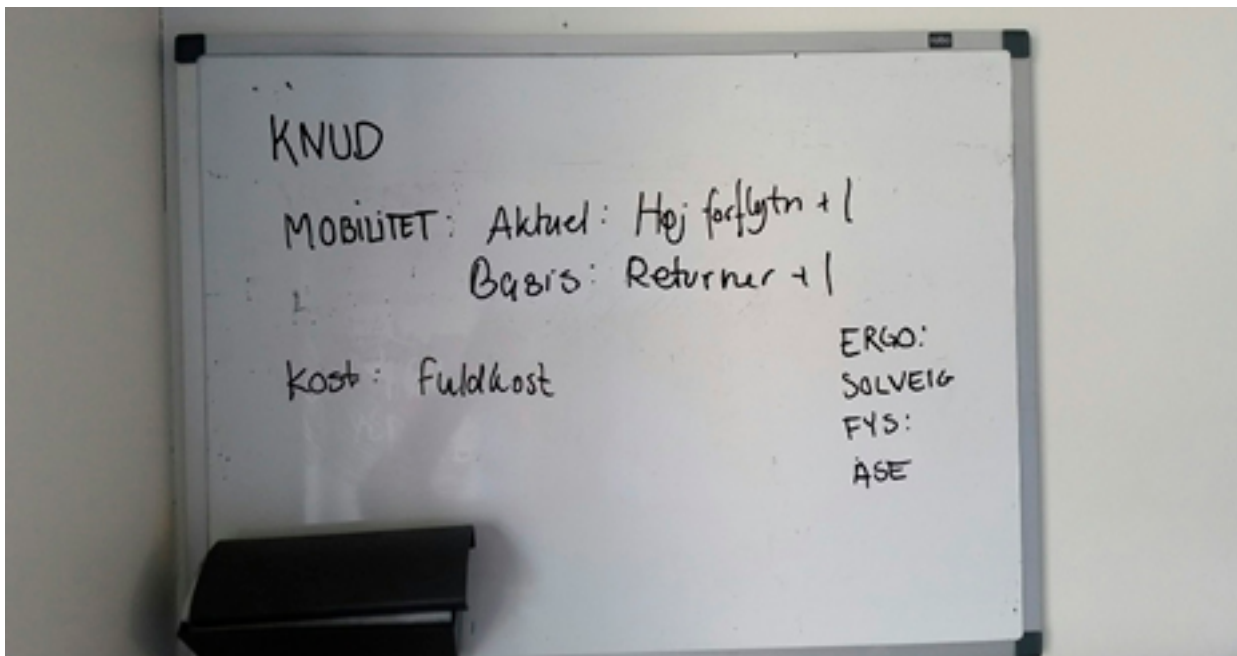
Personalet udtrykker begejstring for undervisningsmetoden, som efterlader et stort indtryk hos den enkelte.

Samlet anses det som en væsentlig styrkelse af de sundhedsfaglige kompetencer hos personalet.

VenSIM udbygger hele tiden sin kapacitet og forventer at kunne tilbyde denne form for simulationstræning i ABCDE / TOKS til alle afsnit på sigt.

Forflytning

På Neuroenhed Nord har man på baggrund af utilsigtede hændelser under forflytning af patienter haft en forbedringsindsats i gang. Man har udviklet et koncept med ”patienttavle”, som er placeret over hver sengegavl.



På tavlen (se billedeksempel) fremgår, hvilket forflytningsniveau, der aktuelt gør sig gældende for den enkelte patient – både hvad patienten kan deltage i, når patienten er frisk (aktuel, høj forflytning), og på hvilket niveau patienten skal forflyttes på, når patienten er træt (basis, Returner). Dette sikrer en hensigtsmæssig og korrekt patienthåndtering til enhver tid og forebygger utilsigtede hændelser under forflytning. På tavlen fremgår også patientens fornavn, kostregime, og hvilket fysio- og ergoterapeutteam, der arbejder sammen med patienten. Denne synliggørelse af oplysninger har stor værdi for patienten og for personalet.

TRYKSÅR

Med hjælp fra den regionale pulje til patientsikkerhedspakkerne fra Projekt Patientsikkert Sygehus blev der i slutningen af 2016 igangsat en indsats omkring tryksår. Formålet var at relancere tryksårspakken, og dermed sikre at vi fortsat arbejder systematisk med forebyggelse og pleje af tryksår på hele hospitalet. Indsatsen blev planlagt i samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital og Regions hospitalet, idet begge hospitaler ønskede at skabe en ensartethed i pjecer, plakater og patientinformation.



Indsatsen blev skudt i gang d. 17. november på den internationale tryksår dag, med "tryksårskaravaner" på alle Regionshospital Nordjyllands matrikler. Karavaenen betød, at ressourcepersoner besøgte alle afsnit, forhal og venteområder med pjecer, plancer, lommekort, chokolade, og "tryksårsmapper" med informationsmateriale m.m.

Et tværsektorielt forbedringsprojekt om forebyggelse af tryksår blev igangsat af Fællekliniken Thisted og Thisted kommune. Formålet er kort og godt at stoppe tryksår. Projektgruppens hensigt er at sikre information omkring screeningsresultater, forebyggelsestiltag og hjælpemidler, således at patienter og plejepersonale oplever sammenhæng i indsatsen mod tryksår på tværs af sektorgrænser. Gennem styrkelse af det tværsektorielle samarbejde er ambitionen at udrydde tryksår.



Fejl i det Fælles Medicinkort (FMK) ved sektorovergange

Ca. 6% af de utilsigtede medicineringshændelser i 2016 var forårsaget af fejl i FMK i forbindelse med sektorovergange.

Mange af disse fejl vil kunne undgås, hvis der bliver ændret i arbejdsgangene omkring FMK. Nuværende retningslinje 'Anvendelse af Fælles Medicinkort – FMK' angiver, at ved indlæggelse bør medicinmodulet afstemmes med patient eller medbragt medicinliste samt FMK. FMK skal først tilrettes med patientens aktuelle medicin ved udskrivelse.

Jf. retningslinjen skal der ikke foretages en oprydning (afstemning) af FMK i forbindelse med indlæggelse, hvor patientens vanlige medicin afklares (medicinanamnesen), hvilket vil betyde at eventuelle oplysninger om ikke-aktuel medicin eller ændret dosis ikke registreres på FMK ved indlæggelse.

Dette kan skabe risiko for, at afklaret aktuel medicin ved indlæggelse ikke opdateres på FMK ved udskrivelsen, og derved skabe stor usikkerhed hos den enkelte patient samt ekstra arbejde til de kommunale instanser (plejehjem, hjemmeplejen mv.) efter udskrivelse.

Hvis denne "oprydning" foretages på FMK og i medicinmodulet ved indlæggelse, formodes, at risikoen for fejlbehæftet medicinkort i forhold til fejlordinationer og -dosis ved udskrivelse vil minimeres. Oprydningen vil formentlig også medføre et nedsat antal af fejlordinationer i medicinmodulet under indlæggelse, da antallet af fejlordinationer overført fra FMK til medicinmodulet forventes reduceret.

For at kunne afhjælpe dette problem, har Sygehusapotekets UTH-team udarbejdet et notat på baggrund af antallet af UTH'erne, hvor der foreslås at ændre procedure til at afstemme FMK og medicinmodulet med aktuel medicin ved indlæggelsen. Det vil minimere risiko for fejlordinationer på FMK ved udskrivelsen og i medicinmodulet under indlæggelsen. Notatet har været præsenteret i 'Gruppe for fællesregionale retningsgivende dokumenter på lægemiddelområdet' og det er besluttet, at nu-værende procedure ændres og foreslået procedure træder i kraft ved opdatering af dokumentet.

Cisplatin

En utilsigtet hændelse vedrørende overfyldt infusionspose med cisplatin resulterede i, at Cytostatika-afdelingen på Sygehusapoteket ændrede procedure for fyldning og levering af cisplatin-kure.

Afsnittet modtager en cisplatin-kur uden påsat infusionssæt, dvs. kuren er ikke klar til brug men kræver, at sygeplejersken manuelt skal tilkoble et infusionssæt. Ved ibrugtagning på afsnit forekommer spild i forbindelse med, at sygeplejerske tilkobler infusionssæt. Sygeplejersken udsættes for cyto-statika, og der opstår risiko for nedsat dosis hos patient.

Ifølge ældre aftaler blev store cisplatin-kure afsendt uden infusionssæt. Årsagen er, at kuren har en administrationsstid på 24 timer. Rent mikrobielt vil Sygehusapoteket ikke kunne påsætte infusionssæt uden det vil bevirke, at holdbarheden ændres og administrationstiden dermed vil skulle nedsættes.

Løsningen på denne utilsigtede hændelse blev, at cisplatin-kure deles i to kure, som påsættes infusionssæt og sendes med nogle timers mellemrum. Afsnittet skal således huske at skifte infusions-poseden tilkoblet patientens venflon, når første infusionspose er tom, efter ca. 12 timer. Det giver en ekstra arbejdsgang, men man sikrer, at patienten modtager den ordinerede dosis. Desuden undgår man spild og det bidrager til bedre arbejdsmiljø.

Mannitol versus NaCl

Sygehusapoteket modtager en henvendelse fra klinikken suppleret med en UTH via ugentlige UTH-træk på medicineringsområdet.

Ved en fejl er der ophængt mannitol fremfor NaCl.

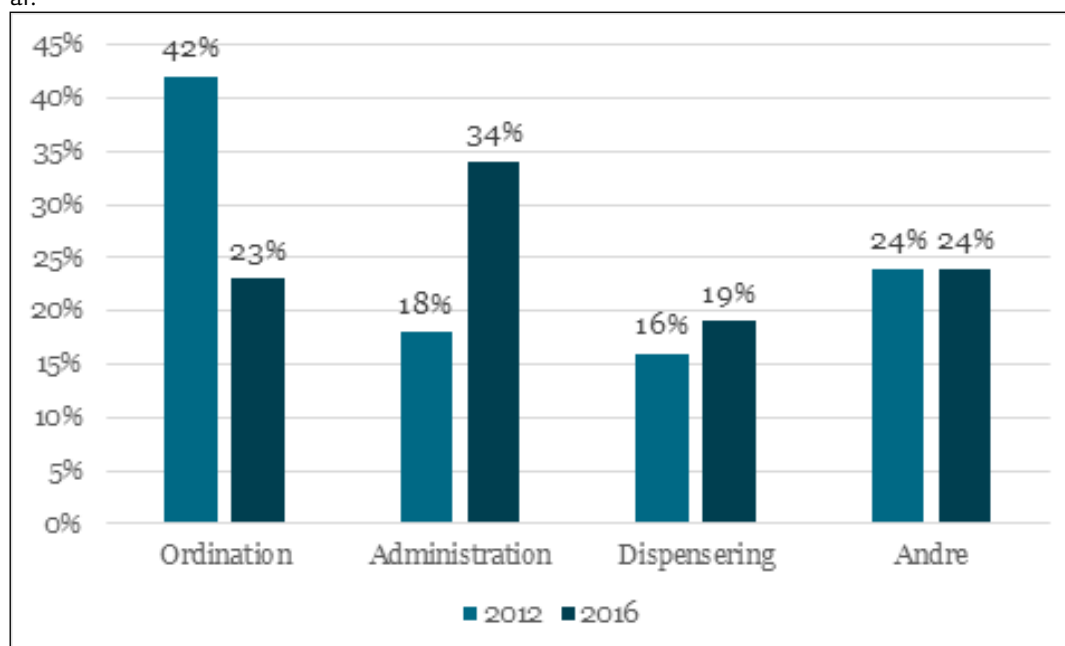
Mannitol er påtrykt med sort tekst på infusionsposerne og NaCl er påtrykt med blå tekst, men det er svært for personalet at skelne den blå farve fra den sorte. Når infusionsposerne hænger på dropstativet, er det desuden svært at læse teksten på poserne, idet poserne er helt klare og lyset derved skinner igennem. Sygehusapoteket tager kontakt til firmaet som oplyser, at de ikke har modtaget lignende forvekslingsager.

En her-og-nu løsning bliver, at afsnittet skal sørge for at få adskilt infusionsvæskerne, så risikoen for fejltagning minimeres. Det kan overvejes, hvorvidt mannitol skal være på standardsortiment hvis forbruget af mannitol er begrænset.

Problematikken omkring forveksling og ”etiketteringen” af infusionsposerne er ydermere nedfældet og vendt i specialistgruppen for væsker. Sygehusapoteket er i fortsat dialog med producenten bag mannitol og NaCl.

Fra ”ordination” til ”administration”

Medicinering er den største risikosituation i forhold til utilsigtede hændelser, men vigtigheden af at rapportere utilsigtede medicineringshændelser med lav eller ingen skadesrisiko er blevet diskuteret længe. Det kan være svært at se meningen med at indrapportere medicineringshændelser, når antallet af medicineringshændelser ikke falder. De seneste 4 år har antallet af medicineringshændelser ligget på omkring 900 årligt for hospitalerne i regionen. Sygehusapoteket modtager alle de utilsigtede medicineringshændelser fra hospitalerne i Region Nordjylland med henblik på at finde trends og indsatsområder. Ved at sammenholde fordelingen af medicineringshændelserne fra 2012 og 2016 ses, at fordelingen har ændret sig over årene, se Figur 1. Størstedelen af de utilsigtede medicineringshændelser i 2012 var i forbindelse med ordination, hvor i 2016 var størstedelen ved administrationssituationen. Som det ses i figur 1 dækker ordination, administration og dispensering over 75 % af det samlede antal for begge år.



Figur 1 Fordeling af utilsigtede medicineringshændelser i 2012 og 2016 fordelt på de tre største situationer. Gruppen 'Andre' dækker over de resterende situationer, hvor der er indrapporteret utilsigtede medicineringshændelser.

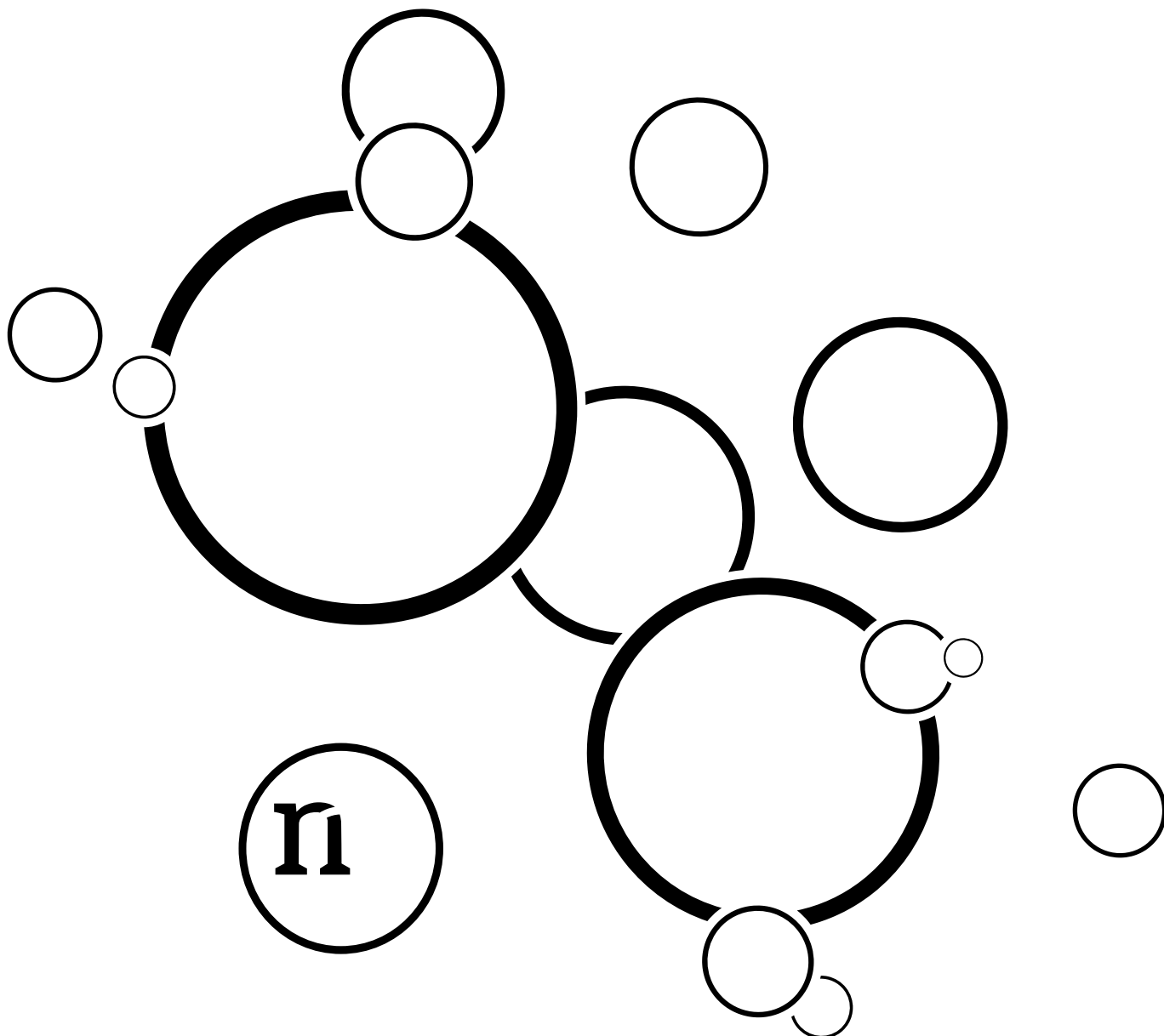
Årsagen til, at fordelingen af hændelserne ændrer sig, kan skyldes flere faktorer. En forklaring på den høje andel af fejl i forbindelse med 'ordination' i 2012, kan eksempelvis skyldes implementeringen af et nyt medicinmodul i Region Nordjylland i 2012.



Undervisning, standardordination og -regimer og generel kendskab til medicinmodulet, må formodes at have været en vigtig faktor i forhold til, at antallet af denne type UTH'er er nedbragt.

Stigningen af rapporterede UTH indenfor kategorien "administration" kan muligvis forklares ud fra et øget pres på Sundhedssektoren. Årsager til UTH'erne peger mod manglende opmærksomhed hos personalet, herunder manglende dokumentation af allerede administreret medicin. Af UTH'erne fremgår, at rapportørerne blandt andet fremhæver, færre hænder, mange afbrydelser og dårlig kommunikation som værende årsager til UTH'erne.

Der må forventes forskydning i medicineringshændelserne efter udefrakommende påvirkninger, som kan have indflydelse på medicineringen, samt fokusområder, der iværksættes lokalet, regionalt eller nationalt. Sygehusapoteket forventer derfor også en forskydning af hændelsestyperne i 2017, hvor der igen implementeres et nyt medicinmodul i Region Nordjylland.



Spredning af indsatser i Sikker Psykiatri

Det landsdækkende projekt Sikker Psykiatri skal blandt andet sikre, at den viden om pleje og behandling, der allerede findes, rent faktisk også bruges systematisk og konsekvent. I Klinik Psykiatri Syd arbejdes der med forandringer og forbedringer, blandt andet i systematisk medicingennemgang, sikkerhedsbriefinger og faste procedurer ved modtagelsen af nye patienter.

Når man skal forandre og forbedre de måder, man arbejder på til gavn for patientsikkerheden, er det vigtigt, at det foregår systematisk og med afsæt i solid dokumentation. Det har Psykiatrien i Region Nordjylland arbejdet målrettet med igennem de seneste 3 år i det nationale patientsikkerhedsprojekt Sikker Psykiatri, som samtlige landets 5 regionale psykiatrier deltager i.

Sikker Psykiatri omfatter 4 kliniske pakker inden for medicin, somatik, tvang og selvmord, som hver især skal understøtte længere og bedre liv for psykiatriske patienter. Pakkerne er blevet implementeret en efter en på en række forskellige pilotafsnit i Psykiatrien siden projektets start i 2014.

Projektet afsluttes med udgangen af 2017, og fokus er derfor på, hvordan de erfaringer, der er blevet gjort på pilotafsnittene, spredes til de øvrige afsnit i Psykiatrien.

Det er vigtigt at udvikle forbedringsfaglige kompetencer, når man skal implementere forandringer og nye arbejds gange på et sengeafsnit.

- For at forandringer reelt bliver implementeret og anvendt i dagligdagen, skal man som sengeafsnit være klædt på til at modtage og implementere forandringerne. Der skal være de rette faglige og forbedringsfaglige kompetencer og forståelsen af, hvordan de konkrete arbejds gange på sengeafsnittet egentlig er. Og så er det vigtigt at kunne se helheden i de ting, vi gør og forstå, hvordan det i det store billede er til gavn for patientens forløb. Når der fx laves risikovurdering i forhold til en ny patient, handler det i høj grad om at indsamle viden om patienten, som skal bruges i behandlingen og plejen af patienten, og derfor er det vigtigt med en fælles struktur og forståelse af, hvad der skal ske med patienten og hvornår i et indlæggelsesforløb, siger Annette Jaquet, der er projektleder for Sikker Psykiatri i Klinik Psykiatri Syd.

Systematisk overblik over medicin, sikkerhed og nye patienter

I forbindelse med forbedringsarbejdet bliver der løbende foretaget målinger for at kunne vurdere, om de konkrete forandringer har medført de forventede forbedringer i forhold til patientsikkerheden.

Det har skabt et fundament af dokumentation, som forbedringen bygger på, og det betyder samtidig, at forandringerne bliver grebet struktureret an.

På sengeafsnit S7 / S8 i Aalborg kommer det konkret til udtryk blandt andet i arbejdet med Sikker Psykiatris medicinpakke. Der bliver på et koordineringsmøde systematisk tjekket, om alle elementerne fra Sikker Psykiatri – som fx medicinafstemning, medicingennemgang og nedtrapningsplan for beroligende medicin – er blevet gennemført for hver enkelt patient samt udpeget en ansvarlig for at udføre eventuelle mangler.

Derudover udleveres fast ordineret medicin på helt bestemte tidspunkter, og udleveringen er flyttet fra medicinrummet til et andet kontor.

- Det betyder dels, at vi sparer meget tid, men også, at vi oplever et fald i den medicin, patienterne får efter behov, siger afsnitsledende sygeplejerske på S7 / S8 Lene Johanne Pedersen.

Et andet element, der er for alvor gavner både patient- og personalsikkerheden, er de sikkerhedsbriefinger, som finder sted i hver vagt. Det hold, der er på vagt, har til opgave at skabe overblik over den aktuelle sikkerhedssituation på afsnittet til gavn for det næste vagt- hold.

- Det er en stor hjælp for det nye vagt hold at vide, hvilke patienter der kan være selvmordstruede eller meget udadreagerende eller om der er patienter, der skal have en svær besked i løbet af dagen. Det giver overblik over de konkrete opgaver og fokus på de patienter, som har størst behov for behandling og pleje, forklarer Lene Johanne Pedersen.

En ny funktion på sengeafsnit S7 / S8 er desuden den såkaldte modtagefunktion, hvor én vagt i dagvagten møder forskudt og varetager alle de procedurer, der skal sættes i værk ved modtagelsen af nye patienter på

sengeafsnittet. Det kan være KRAM- og TOKS-screeninger, fysisk visitering og selvmordsrisikovurderinger.

- Selvmordsrisikoen er underlagt en skærpet opmærksomhed særligt i løbet af en patients første døgn på afsnittet, hvor der føres hyppige tilsyn med patienten, fortæller Lene Johanne Pedersen.

Værdifuld viden kommer patienten til gavn

- Der findes masser af viden om den rette pleje og behandling, men det er ikke altid, at den bliver brugt systematisk og konsekvent i arbejdet med patienterne. De metoder, som ligger i Sikker Psykiatri, går derfor ud på at sikre, at den viden, der eksisterer, tages i brug i fuldt omfang, så alle patienter får gavn af den og at den samlede kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen løftes, forklarer Sikker Psykiatri-projektleder i Klinik Psykiatri Syd Annette Jaquet.

Selve kernen i forbedringsarbejdet i Klinik Psykiatri Syd er, at der via overblik, struktur, systematik og tid skabes en øget kvalitet i behandlingen af patienten.

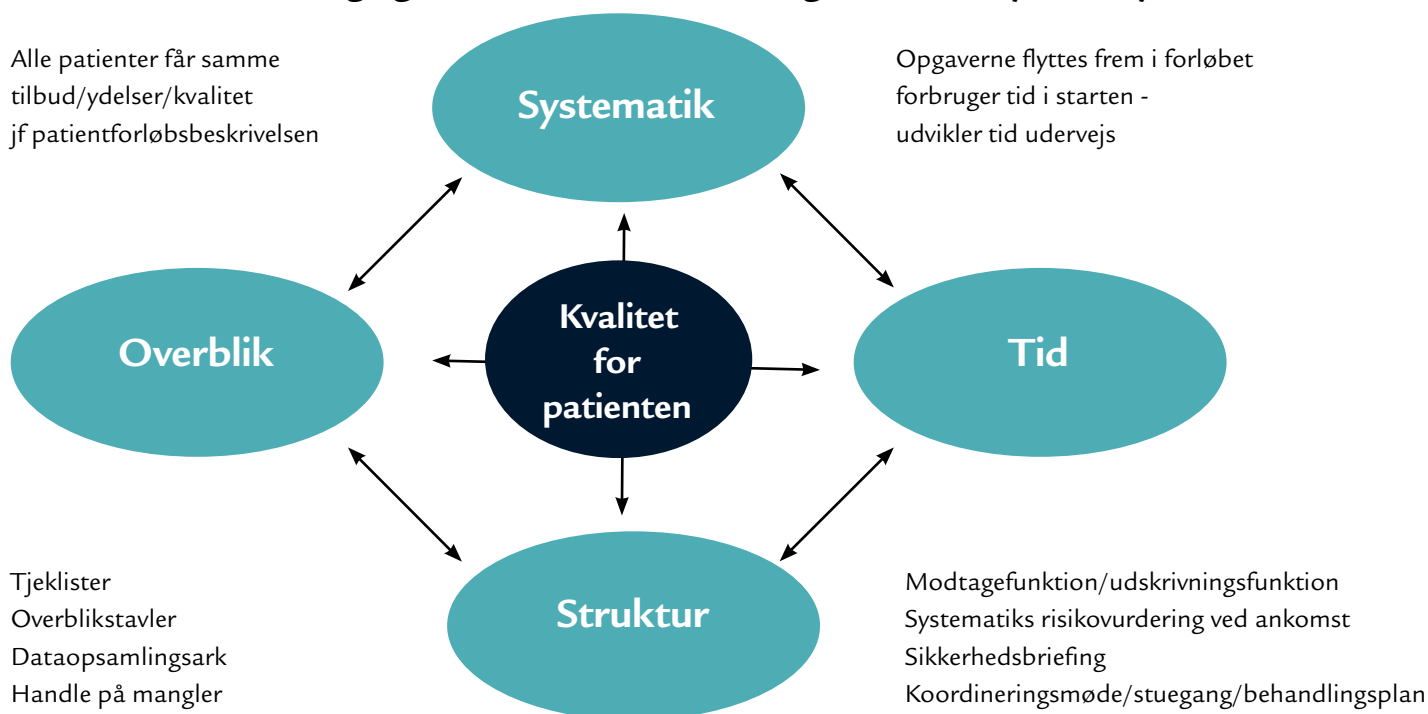
- Systematikken skal tilpasses hverdagen og arbejdsgangene på de enkelte sengeafsnit. Derfor er Psykiatrien i gang med at etablere tværgående læringsrum, hvor klinikerne kan mødes om forbedring af kliniske problemstillinger, ligesom de gode idéer og erfaringer kan deles med kolleger fra øvrige sengeafsnit, som er i gang med at ændre deres arbejdsgange, fortæller Annette Jaquet.

Projekt Sikker Psykiatri

Målet med Projekt Sikker Psykiatri er, at mennesker med psykisk sygdom får en mere sikker behandling. Projekt Sikker Psykiatri arbejder på at forebygge medicinfejl, tvang, selvmord samt at sikre en effektiv diagnostik og behandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter. Det sker ved, at de sundhedsprofessionelle får metoder til at systematisere deres arbejdsgange, og i det arbejde samarbejder personalet systematisk med patienter og pårørende.

Klinik Psykiatri Syd i Aalborg samt Brønderslev Psykiatriske Sygehus i Klinik Psykiatri Nord deltager i Projekt Sikker Psykiatri. Projektet startede i 2014 og afsluttes med udgangen af 2017.

Model for udvikling og fastholdelse af forbedringer i Klinik Psykiatri Syd



Kultur og relationer forebygger tvang

Vejen til at nedbringe tvang går via kulturændringer, gode relationer og systematiske indsatser – det viser erfaringerne fra det intensive sengeafsnit N6 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, der som en del af et nationalt satspuljeprojekt om bæltfrie afdelinger har arbejdet med at nedbringe især bæltfikseringer siden 2015.

Er bæltfikseringer af psykiatriske patienter en nødløsning eller en nødvendighed? Spørgsmålet er et udtryk for den kulturforandring omkring brugen af tvang, som sengeafsnit N6 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus har gennemgået særligt i løbet af de seneste knap 3 år som en del af satspuljeprojektet om bæltfrie afdelinger. Nedbringelsen af tvang er helt overordnet et stort fokus for N6, som udover at være en del af projekt bæltfrie afdelinger også arbejder med indsatser i det nationale patientsikkerhedsprojekt Sikker Psykiatri samt i partnerskabsaftalen mellem regionerne og regeringen om halvering af brugen af tvang frem mod 2020.

Men kulturforandringer foregår først og fremmest gennem mennesker. Derfor var én af de allerførste indsatser i projektet om bæltfrie afdeling at opnormere plejepersonalet på afsnittet.

- At nedbringe tvang handler om at forebygge de situationer, hvor tvang ender med at blive eneste udvej. Og det er i relationen til patienten, at vi forebygger – fx når vi får talt en meget opkørt patient til ro eller når vi sammen med patienten finder frem til alternative måder at få afløb for vrede og frustrationer. Det tager tid og kræver, at vi er nok personale til at håndtere de situationer, forklarer Lotte Kold Hansen, der er afsnitsledende sygeplejerske på N6.

Miljøpersoner, morgenmøder og sikkerhedsbriefinger

Der er flere konkrete indsatser i spil, som gør dagligdagen på N6 tryk for både patienter og personale. Og tryk er vigtigt på et intensivt sengeafsnit for blandt andet svært psykotiske og skizofrene patienter, samtidig med, at afsnittet også fungerer som akut modtageafsnit for nye patienter.

En af de indsatser, der er med til at sikre ro på afsnittet, er indførelsen af en fast miljøperson i hver vagt. Miljøpersonen er en sygeplejerske eller sosu-assistent, som altid er synlig for patienterne i afsnittet. Alt plejepersonale

er som udgangspunkt blandt patienterne, men miljøpersonen sikrer, at der altid er mindst én til stede og synlig for patienterne.

Derudover afholdes der hver dag et morgenmøde med personale og patienter, hvor der både bliver talt om, hvad der skal ske i løbet af dagen på afsnittet og givet plads til, at de emner, som er vigtige for patienterne, bliver diskuteret.

- Morgenmøderne giver ro, tryk og sikkerhed for både patienterne og personalet. Vi ved, hvem der er til stede på dagen, hvilke aktiviteter der foregår og snakker om de ting, patienterne er optaget af. Faktisk er vi – efter opfordring fra patienterne selv – også begyndt at afholde aftenmøder for at runde dagen af, siger Lotte Kold Hansen.

Udover morgen- og aftenmøder med patienterne afholder personalet desuden egne sikkerhedsbriefinger i hver vagt. Sikkerhedsbriefinger er et konkret redskab fra Projekt Sikker Psykiatri, som der arbejdes bredt med i hele Psykiatrien i Region Nordjylland, og som har til formål at klæde et nyt vagthold på til at tilrettelægge deres arbejde ud fra den aktuelle sikkerhedssituation på afsnittet. Det afgående vagthold skaber overblik over de enkelte patienter og afsnittet som helhed og laver en risikovurdering blandt andet i forhold til selvmord og eventuelle udadreagerende patienter.

Vigtigt at forstå hvorfor konflikter opstår

Målet med de forskellige projekter om nedbringelse af tvang er, at antallet af bæltfikseringer nedbringes uden at anden tvang som fastholdelser eller medicinering stiger tilsvarende. Det har krævet en grundlæggende forandring af tilgangen til patienterne.

- Vi forebygger bedst ved at forstå, hvad der er årsagen til patientens frustrationer i stedet for udelukkende at agere på patientens adfærd. Tidligere tog personalet beslutninger på patientens vegne, hvor vi i dag går i dialog med patienten og sammen med ham eller hende finder ud af, hvad vi sammen kan gøre for at deeskalere konflikten eller frustrationen. Det har betydet både færre bæltfikseringer, men også færre arbejdsskader og sygemeldinger blandt personalet, siger Lotte Kold Hansen.

Når der alligevel indimellem finder bæltefiksering sted, er det vigtigt at tage ved lære. Det gør personalet, når det foretager en gennemgang af den konkrete bæltefiksering og ser på, hvorfor det skete og hvad der kunne være gjort for at undgå det.

Antallet af bæltefikseringer på N6 er varierende, men der ses en svag tendens til, at det overordnet set er faldende. Derudover har den seneste patienttilfredshedsundersøgelse, LUP Psykiatri 2016, vist en 100 % tilfredshed med de lovpligtige eftersamtaler, der bliver afholdt med patienten efter en bæltefiksering. Her får patienten mulighed for at fortælle om sin oplevelse af og bearbejde bæltefikseringen, mens samtalen også kan bidrage til at forebygge, at det sker igen.

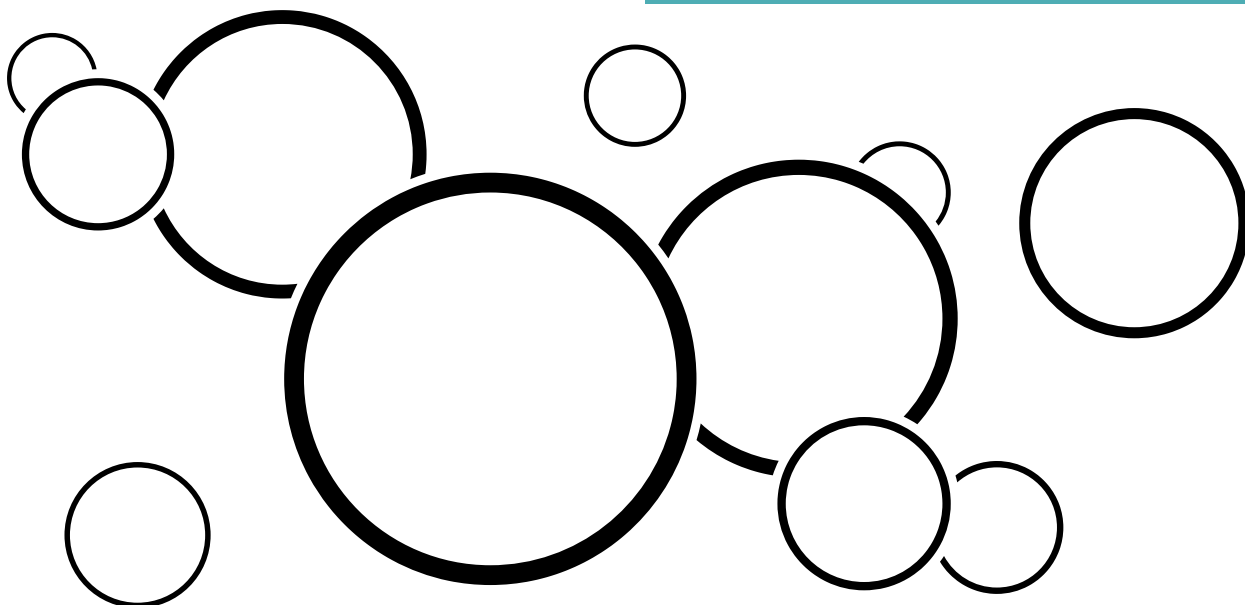
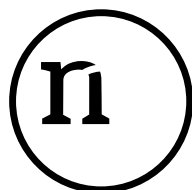
- Vi kan se, at vores arbejde med at nedbringe tvang virker, men det er et langt, sejt træk at skabe så omfattende en kulturændring. Vores mål er fortsat at blive et reelt bæltefrit afsnit, og tallene viser, at vi er på vej. Næste skridt for os er blandt andet at brede vores erfaringer ud til andre åbne afsnit og ikke mindst bevare vores fokus på og arbejde med samtalen, synligheden og relationen til patienten, så vi deeskalerer og forebygger konflikter og skaber ro og tryghed for både patienter og personale, siger Lotte Kold Hansen.

Flere indsatser skal forebygge tvang på N6

Intensivt sengeafsnit N6 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus i Psykiatrien i Region Nordjylland arbejder bredt med at forebygge tvang – blandt andet i et satspuljeprosjekt, hvor der er forsøg med bæltefri afdelinger i samtlige 5 regioner. Formålet med bæltefri afdelinger er at give de psykiatriske afdelinger erfaringer med vedvarende afskaffelse af behovet for fysisk tvang. Projektet fokuserer især på mere personale på afdelingerne, men også, at bæltefikseringer bliver erstattet af fx kognitiv miljøterapi, aktiviteter og involvering af pårørende.

Udover bæltefri afdeling arbejder N6 ligeledes med indsatser fra det nationale patientsikkerhedsprojekt Sikker Psykiatri, hvor der er fokus på medicin, somatik, tvang, selvmord samt patient- og pårørendeinddragelse.

N6 er desuden en del af partnerskabsaftalen mellem regionerne og regeringen, der har til formål at halvere brugen af tvang frem mod 2020.



Praksisområdet

Praksisområdet formidler læring på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser (UTH). Læring fra de rapporterede UTH formidles som læringsartikler via Nord-KAPs nyhedsmail. Artiklerne tager afsæt i UTH, der rapporteres fra praksisområdet, samarbejdspartnere, patienter og pårørende.

Læring og formidling af utilsigtede hændelser på praksisområdet

Læringsartiklerne formidles i nyhedsmail, der udgives ugentlig af Nord-KAP, Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland. Hver artikel indeholder en kort beskrivelse af en case og hvilken læring, der kan drages på baggrund af denne case. Formålet med artiklerne er, at formidle læring ud fra eksempler på rapporterede utilsigtede hændelser og dele dette med almen praksis på tværs af regionen. Ud fra analyse af antal ”klik” der er i Nord-KAPs nyhedsmail, er læringsartiklerne mellem de tre mest populære elementer.

Desuden er der i 2016 udgivet publikationen ”Læringsartikler 2 - for almen praksis”. Publikationen indeholder en samling af læringsartikler og udgives en gang årligt. Publikationen har været udsendt til praksis og ligger tilgængeligt på Nord-KAPs hjemmeside. [Link til artikelsamling](#)

Til anvendelse for lokal læring i almen praksis udsendes de indrapporterede UTH til den enkelte praksis. Den enkelte praksis får tilsendt beskrivelse af de hændelser hvor de selv står som hændelsessted. Hændelserne kan være rapporteret af dem selv, samarbejdspartnere, patienter og pårørende. Dette bidrager til at den enkelte praksis kan anvende UTH til lokal læring.

På baggrund af data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase opsamles viden om mønstre og tendenser på praksisområdet. Viden om gentagne indrapporterede UTH gives videre til rette instans.

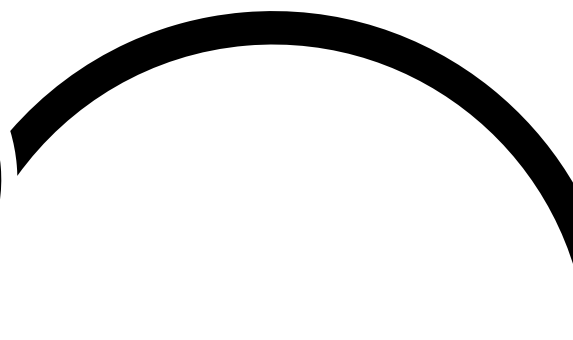
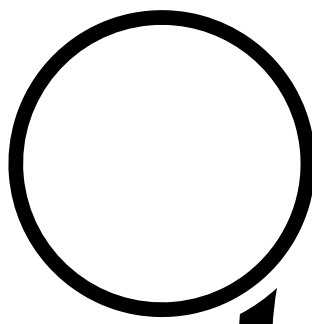
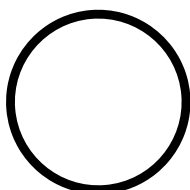
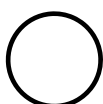
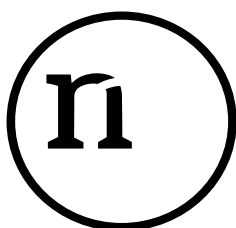
Viden om indrapporterede utilsigtede hændelser anvendes desuden i forbindelse med Nord-KAPs undervisnings-tilbud om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM.

[Læs mere om DDKM](#)

På praksisområdet blev der i 2016 rapporteret 106 hændelser, der omhandlede patientidentifikation. Denne gruppe af hændelser drejer sig om situationer hvor der sker patientforveksling.

Nedenstående er et eksempel på en læringsartikel, der er udgivet i Nord-KAPs nyhedsmail og omhandler to cases vedrørende mangelfuld patientidentifikation.

En væsentlig del af de UTH, som UTH-teamet modtager fra hospitalerne, vedrører mangelfuld patientidentifikation. Mangelfuld patientidentifikation på indsendte prøver medfører som hovedregel, at prøven kasseres og patienten skal indkaldes til nye prøver og i værste fald, at kritiske prøvesvar ikke kan videregives. Mangelfuld patientidentifikation betyder således ekstra ulejlighed for patienten og potentiel kritisk forsinkelse af korrekt diagnosticering og behandling.



Desuden bruger hospitalernes laboratorier og almen praksis en hel del tid på afklaring af, hvilken patient den fejlmarkerede prøve tilhører, og på genindkaldelse af patienten/patienter til fornyede prøver.



Følgende cases vedrører typiske problemstillinger omkring manglende patientidentifikation:

Case 1:

Almen praksis kontakter Klinisk Biokemisk afsnit for at få slettet prøvesvar på en urinprøve. Patienten har kl. 10.01 fået foretaget venepunktur og afleveret en urinprøve. Kl. 10.14 er der udskrevet yderligere en rekvisition til urinprøve på samme patient - men prøven tilhører anden patient. Derved kommer til at foreligge 2 forskellige svar på urinprøver fra denne patient. Det er ikke muligt for praksis at finde frem til hvilket svar der tilhører patienten, da der kun er ganske kort tid mellem prøvetagningstidspunkter. Dvs. der kunne fejlagtigt blive handlet på det forkerte prøvesvar. Patienten genindkaldes til fornyet prøve og diagnosticering forsinkes.

Case 2:

Patologisk Institut modtager to prøver fra samme patient. Den ene prøve er mærket med dato 4. januar, den anden er mærket med dato 6. januar. Lægen kontaktes og bekræfter, at der kun er lavet et prøve materiale på patienten. Prøverne er mærket med to identiske strekkodelabels. Lægen kan erindre den ene patients identitet, og denne indkaldes til fornyet prøve. Det er ikke muligt at identificere den anden patient, så man må vente og håbe på at identiteten afklares, når (hvis) patienten selv efterspørger prøvesvar. Der er således mulighed for tab af evt. kritisk prøvesvar og forsinkelse af udredning og behandling.

Læring:

Husk altid at foretage Patientidentifikation i forbindelse med prøverekvisition (lad pt selv sige cpr-nummer). Desuden henvises der til artikel vedrørende parakliniske undersøgelser udsendt af DSAM. Artiklen indeholder en række anbefalinger til den gode prøvetagning, udarbejdet i fællesskab med almen praksis. [Link til artikel](#)

Følgende læringsartikel er udgivet i Nord-KAPs nyhedsmail og omhandler marevan behandling og hvorledes behandlingen kan understøttes af FMK

UTH-teamet har modtaget flere UTH vedrørende marevan behandling, hvor behandling fortsætter udover planlagt behandlingsperiode. Nedenstående case er rapporteret af almen praksis.

Case 3:

En patient har haft DVT/lungeemboli (blodprop i lungen) og skulle have marevan i 6 måneder. Dette er noteret på klinikkens INR-skema og på patientens orange INR-kort. På FMK er ikke anført slutdato. Klinikken fortsatte derfor marevanbehandling i længere tid end planlagt, da slutdato blev overset. Rapportørens forslag til forebyggelse: Når marevan oprettes på FMK, bør der påføres en slutdato, hvis marevan skal gives tidsbegrænset. Dette kan også gøres, når hospitalerne opretter marevan på FMK.

Læring:

Sikre at alle parter er informeret om behandlingsvarighed. Dette kan med fordel gøres ved, at der på FMK anføres slutdato på ordinationen og tilføjes slutdato enten under 'dosering' eller under 'indikation' (for eksempel: efter skema indtil dato).

Specialydergrupperne

I 2016 har der været meget samarbejde på tværs af regionerne omkring patientsikkerhed hos specialyderne. Det har der været igennem Det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksissektoren (NNPP).

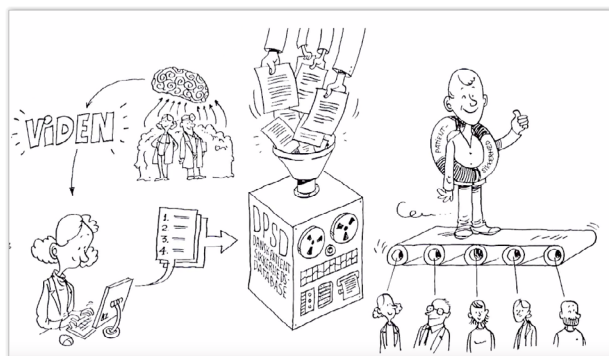
I netværket har vi udarbejdet en fælles pjece:

Link til pjece: [Er din klinik patientsikker?](#)



Pjecen indeholder en guide til rapportering

Desuden har vi udarbejdet en animationsfilm. Filmen sætter fokus på, hvordan man forbedrer sine interne arbejdsgange, når skaden er sket. [Se filmen på youtube](#)



Materialet havde debut på Lægedage i Bella Centret i november måned og blev godt modtaget. Pjecer og film medbringes fremadrettet til alle specialydernes Fagdage, Årsmøder og Årskonferencer.

Af andre aktiviteter kan nævnes Stand på Fodterapeuternes Fagdage i fællesskab med NNPP. Her deltog Region Nordjylland både fysisk og med en planche omkring de mulige utilsigtede hændelser i en fodterapeutklinik – udarbejdet af nordjyske fodterapeuter. Budskabet var, at også fodterapeuter skal rapportere utilsigtede hændelser. Det var en meget velbesøgt stand, og mange kom med opfordring til, at NNPP skulle deltage med oplæg på den næste Fagdag.

Der er kun indberettet én utilsigtet hændelse fra fodterapeuterne i 2016. Derfor er der et projekt: "Patientsikkerhed på Fodterapiklinikker 2017" i proces.

Fysioterapeuterne har indberettet 23 utilsigtede hændelser i 2016. [Link til læringsartiklerne](#)

Det gennemgående tema er fald. Det være sig enten fra stor træningsbold, på tæppefliser, under rejse-sætte-sig-funktionen eller ned fra briksen.

Tandlægerne afholder årsmøde i slutningen af april. Her deltager NNPP igen med en stand. Herefter er det planen, at arbejde med et projekt identisk med det for Fodterapeuterne for at få patientsikkerhed sat på tandlægernes dagsorden.

Patientsikkerhed og fald fra træningsbold.



På sundhed.dk udgives læringsartikler på baggrund af indrapporterede utilsigtede hændelser fra fysioterapi praksis i Region Nordjylland.

Følgende artikel omhandler en hændelse, hvor en patient faldt ned fra en stor træningsbold p.g.a. manglende underlag til bolden. Der skete ingen skade.

Case

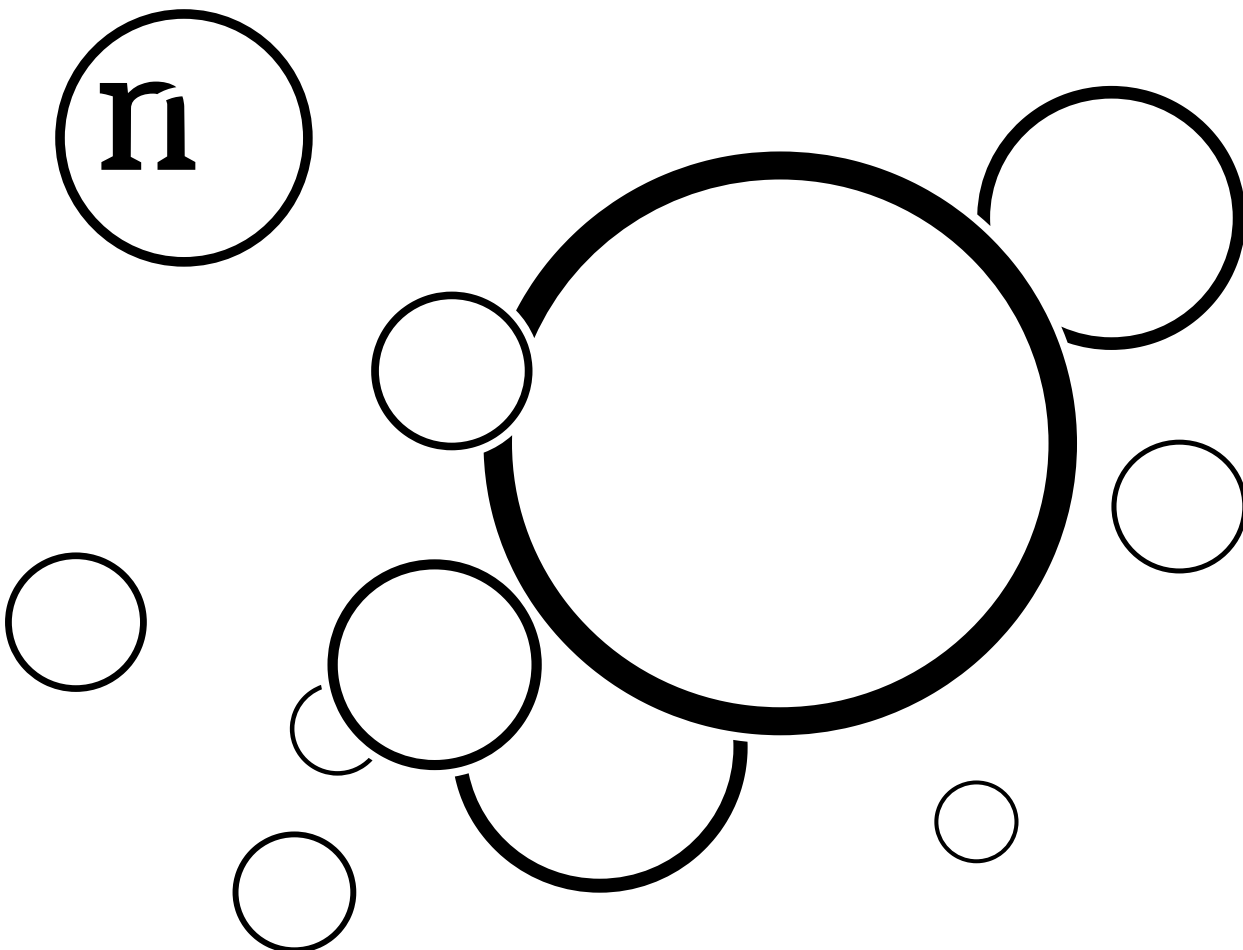
Patienten faldt ned fra en stor træningsbold i vores træningsrum. Patienten var i gang med en øvelse, hvor hun sad på bolden. Pludselig smuttede bolden, og hun faldt ned fra den. Der var hverken træningsmåtte eller skridsikkert underlag under bolden. Patienten slog sig ikke og fik hjælp til at komme på benene igen. Hun trænede videre efterfølgende uden smerter. Patienten gav udtryk for, at hun ikke kom til skade og ikke havde ondt. Hun virkede dog lidt forskrækket. Vi aftale, at hun næste gang skal have en træningsmåtte eller skridsikkert underlag under bolden.



Læring

Opmærksomhed på at minimere risiko for skader ved at placere bold på en træningsmåtte eller på et skridsikkert underlag. Samtidig opmærksomhed på at bolden er placeret væk fra andre redskaber, radiatorer, vægge o.l. for ikke at slå hovedet ned i tingene ved fald/overbalance.

[Link til øvrige læringsartikler](#)



Årsrapport 2016

Forbedring, kvalitet og kommunikation
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
www.rn.dk

Maj 2017



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder