Pasientsikkerhetsarbeid satt i system

Anne-Cathrine Braarud
Avdelingsoverlege, PhD
Ambulanseavdelingen

I trygge hender 24 7

pasientsikkerhetsprogrammet.no

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge.

I trygge hender | Forbedringsverktøy | Erfaringer | Brukerorientering | Målinger | Søk her ...

Lær om programmet | Innsatsområder | Nyheter | Kalender | Kontakt oss | Videoer | Nyhetsbrev | Materiell | In English

Innsatsområder

- Trygg kirurgi
- Behandling av hjerneslag
- Samstemming av legemiddellister
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall
- Ledelse av pasientsikkerhet

Oslo universitets

Nasjonal kampanje for å bedre pasientsikkerhet

- Passer ikke så godt for ambulansetjenesten/ AMK sentralene?
- Programmer
    - Forebygging av overdoser?
    - Behandling av hjerneslag?
- Ambulanse/ AMK sentralene må selv lage sine risikoanalyser
- Hvilke hendelser skjer ofte?
- Hvilke hendelser får potensielt mest alvorlig konsekvens?

Rundskriv til alle landets sykehus om lederansvar

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Rundskriv

Nr.	Vår ref	Dato
I - 2/2013	13/1641	28.05.2013

LEDERANSVARET I SYKEHUS

Spesialisthelsetjenesteloven § 3.4 a

- Det skal oppnevnes kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg!
- Ledelsen har ansvar for at det arbeides systematisk for kvalitetsforbedringer og pasientsikkerhet
- Ledelsen skal ha **kunnskap om risikofaktorer og risikonivået** i virksomheten
- Ledelsen skal kjenne til hva som gir / utgjør høy risiko for pasientene
- Ledelsen på alle nivåer, også førstelinjeledere!

3.3a Spesialisthelsetjeneste loven

- Straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn
- Med alvorlig hendelse mener dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko
- Er hendelsen meldepliktig: Kan hendelsen skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system eller individnivå og framstår saken som kompleks?

§ 3. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten

- Ledelsen skal etablere internkontrollsystem for virksomheten
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten sier noe om hvilke krav som stilles til et slikt system
- **Forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser**
- Ledelsen skal sørge for at det utarbeides gode rutiner på områder hvor det er stor fare for svikt
- Virksomheten må ha rutiner for gjennomgang av uønskede hendelser slik at årsaken til og konsekvensen av hendelsene klargjøres

Helsepersonelloven § 38. Melding om betydelig personskade

- Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til **Fylkesmannen** om **betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp** eller ved at en pasient eller bruker skader en annen

- Det skal også meldes fra om hendelser som **kunne ført til betydelig personskade**

- Meldeplikten for helsepersonell etter første ledd gjelder ikke dersom helseinstitusjonen har meldeplikt etter Lov om spesialisthelsetjenesten § 3.3

Hvem har ansvaret for det som skjer med pasienten?

- Det enkelte helsepersonell har selv ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven § 4)
- Helsepersonell plikter å innrette seg etter sykehusledelsens instruksjoner
- Dersom helsepersonell mener instruksjonen medfører uforsvarlig virksomhet, plikter helsepersonell å gjøre ledelsen oppmerksom på hendelsen
- Foreligger det forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet skal helsepersonellet gi informasjon til tilsynsmyndighetene om dette, jfr § 17 Helsepersonelloven

” § 17 melding”

- Forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet
- Alle har plikt til å melde, og av eget tiltak
- ”sikkerhetsparagraf”
- Det er tilstrekkelig at forholdet representerer en fare, det behøver ikke å ha inntrådt skade
- Forholdet bør være påregnelig/ sannsynlig at pasientens helsetilstand kan forverres eller pasienten kan skades

Hva kan medføre fare for pasienter?

- Tiltak
  - Bruk av tvang uten gyldig vedtak
- Teknisk utstyr
  - Utdatert utstyr med feil
- Rutiner
  - Manglende undersøkelse av nyinnlagte pasienter

Hva kan medføre fare for pasienter?

- Svikt og mangler ved organisering av virksomheten, herunder personellmangel
    - Stor bruk av vikarer som ikke har fått opplæring i medisinsk utstyr
- Manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner hos personell
    - rusmisbruk
    - psykiske lidelser
    - manglende kunnskaper
    - manglende vilje til å innrette seg etter faglige kvalifikasjoner

Pasientsikkerhetsarbeid

- Ved ca 14 % av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2014 anslås at det oppstod minst en pasientskade, som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser
- Hvor ofte skjer det uønskede hendelser som har medført en unødvendig ”skade” av pasienten i det prehospitale rommet?
- Pasientsikkerhetsarbeid er basert på ”historie” og legger grunnlaget for det vi skal gjøre i fremtiden
- Mål: å redusere pasientskade og øke pasientsikkerheten
- Er det mulig å unngå at våre feil påvirker pasienten?

Sviktende tekniske ferdigheter

Feilvurderinger

Manglende sjekk av rutiner-legemidler

Kommunikasjonsproblem

Andre menneskelige feil

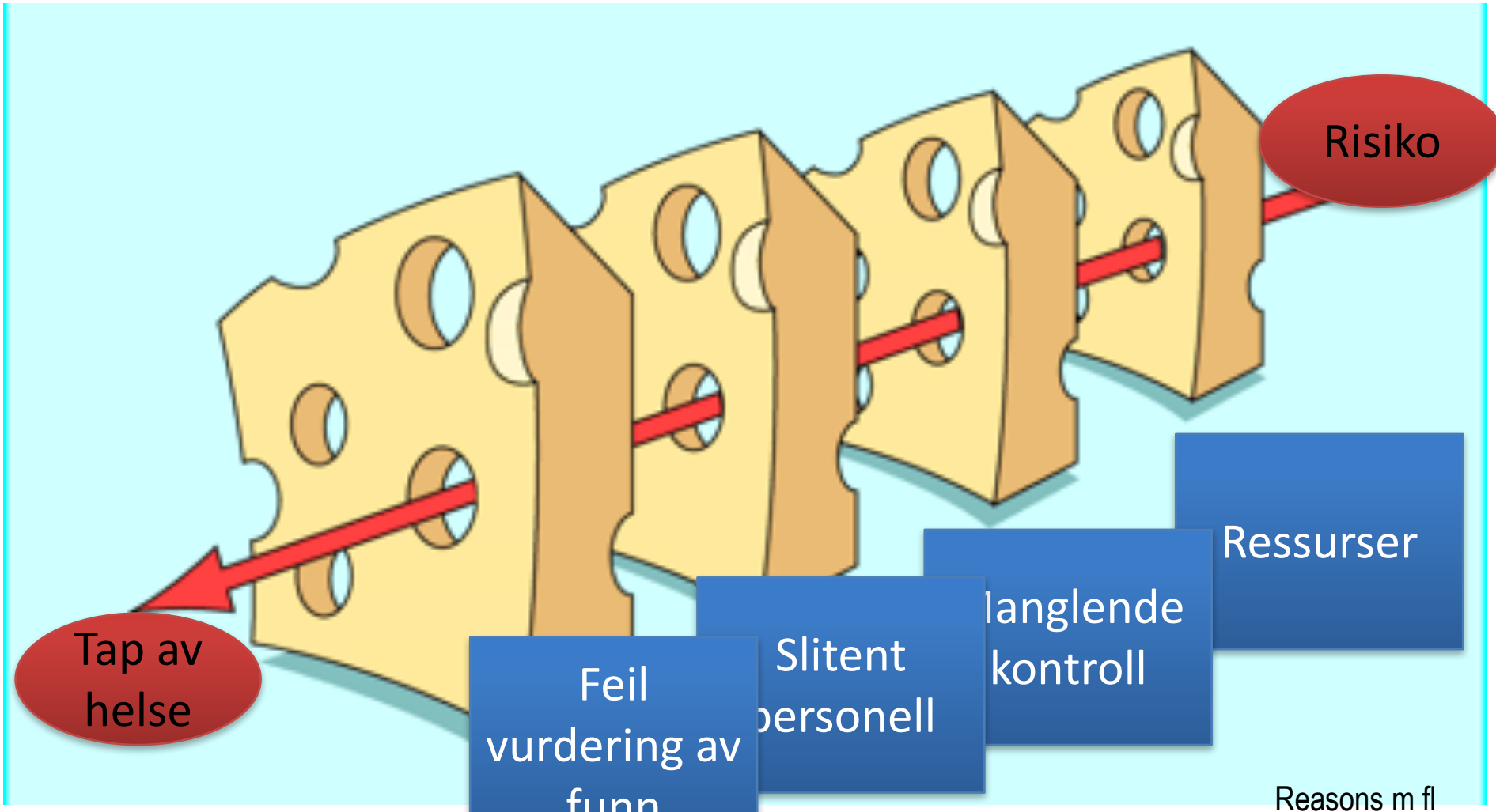
Utstyrsfeil

Uoppmerksomhet

Hastverk

Manglende erfaring

Sveitserost modellen



Reasons m fl

Hva slags hendelser skal Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget behandle?

- Pasienthendelser
- HMS-hendelser (de rammer ofte pasienten også)
- Andre – for eksempel forbedringsforslag

Hvem skal lede arbeidet?

- Øverste leder eller en denne utnevner
- En person/funksjon må følge sakene fram til møtene
    - Ingen saker skal behandles i KPU før de er godt behandlet lokalt
    - Ingen saker med høy / alvorlig / potensielt alvorlig konsekvens skal avsluttes lokalt
    - Alle behandlede saker skal besvares til melder og lokal leder fra KPU

Deltakere i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

- Lederne må være tilstede
    - Både avdelingsleder og seksjons-/ stasjonsleder
- Legene må være med og gi faglig tyngde til diskusjonen av faglig forsvarlighet
- Ansatte-representanter representerer ”virkeligheten”/ gir svært gode forklarings- og løsningsforslag
- Personell med spesiell teknisk kunnskap (Nødnett, AMIS osv)

Deltakere i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

- Vernetjenesten, fordi det er et betydelig arbeidsmiljøproblem hvis det er mye uønskede hendelser
- Spesielt inviterte når det er spesielle saker
- Representant for direktørens stab, jurist eller lignende (hvis mulig)
- Husk at utvalget kun er rådgivende til øverste leder

Hva skal til Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene?

- Alle hendelser med alvorlig konsekvens for pasienten
- Alle hendelser der det er sannsynlig at hvis dette skjer igjen vil det kunne oppstå en alvorlig pasientskade
- Alle uønskede hendelser som skjer ofte, men der konsekvensen ikke er så alvorlig
- Alle tilsynssaker og saker fra norsk pasientskade erstatning
- Utvalget bør kjenne til omfang og innhold (hva klages det på) av eksterne klager

Hva skal til Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene?

- Revisjoner
    - Informasjonssikkerhet
- Tilsyn
    - Legemiddelhåndtering
- Saker som involverer flere avdelinger
- Risikoanalyser ved planlagte endringer i driften
- Nye prosedyrer etter vurdering

Individuelle feil vil alltid forekomme, men vi kan ikke tillate at det skader pasientene

- Inspirer personell til å registrere nesten-uhell
  - Legemiddelforbytting oppdaget ved at dobbeltkontroll ble gjort. Skal det registreres?
- Lær om/ ha oversikt over feilene
- Ha systemfokus når noen har gjort ”en personlig feil”
  - Ambulansepersonell rykket ikke ut selv om det ble gjort muntlig anrop på samband
- Bygg barrierer
  - Ikke bare lag nye prosedyrer!
- Gi tilbakemeldinger – nesten det aller viktigste for å få opp meldefrekvensen

Hva skal til for å skape en meldekultur?

- Åpenhet – lurer du på om du skulle meldt – da skal du melde
- Kommunikasjon med de som melder. Ikke løs alle saker med en gang. Sett opp både kortsiktige og langsiktige tiltak.
- Trygghet – aldri negative reaksjoner/ kommentarer selv om hendelsen viser systemsvakheter
- Tillit bygges over tid
- Både pasientene og de ansatte tjener på meldingene – må selges ut i ansatte gruppa!
    - Alle stasjoner bør gå gjennom sine saker lokalt

God pasientsikkerhet

1. Lær av uønskede hendelse/ nesten uhell

1. Aktivt arbeide for å forebygge at det gjentar seg

1. Gjør gode analyser av nesten-uhell eller hendelser med potensielt alvorlig konsekvens

2. Ikke lukk meldingene uten at det er gjort et tiltak, det er nesten alltid mulig å bli bedre

?