Dansk Selskab for Kvalitet
i Sundhedssektoren

www.dsks.dk

DSKS-nyt

2

16. årgang, nr. 2 – juni 2008

Udgivet af
Dansk Selskab for Kvalitet
i Sundhedssektoren

DSKS'bestyrelse

- Chefsygeplejerske, RN, MPH
  Vibeke Krøll (formand)
  vkr@sks.aaa.dk
- Ledende overlæge
  Leif Panduro Jensen
  lpj@dadlnet.dk
- Direktør, ph.d., MHM
  Anne Mette Fugelholm
  amf@suf.kk.dk
- Projektleder, MPH
  Birgitte Randrup Krog
  BirgitteRandrup.krog@stab.rm.dk
- Afdelingschef, MPH
  Lisbeth Rasmussen
  Lisbeth.L.Rasmussen@regionsyddanmark.dk
- Ledende overlæge
  Hans Jørgen Frederiksen
  hechjf@ringamt.dk

Redaktion
Ansv. Redaktør Konsulent,
cand.scient.pol. Jeppe Ottosen
Tlf. (Mobil) 22 58 12 68
jeo@cfmoller.com

Sekretariat
Al henvendelse vedrørende medlemskab, kontingent, tilmelding til møder mv. bør ske til Bitten Dahlstrøm, Fællessekretariatet, Trondshjemsgade 9, 2100 København Ø på tlf. 35 44 84 01 eller e-mail: bda@dadl.dk

Webmaster
Kasper Boas Pedersen

Sats og layout
Lægeforeningens forlag

Tryk
Scanprint a/s, Viby J

STAFETTEN

Utilsigtede hændelser og patientsikkerhed i primærsektoren - kan vi skabe en effektiv organisation?

Af Beth Lilja
Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

En udvidelse af lovgivningen om patientsikkerhed

Det korte svar på spørgsmålet er:
Ja, det kan vi godt – hvis forudsætningerne bliver bragt på plads.

Det er et spørgsmål om vilje, resurser og rammer. En række lokale tiltag i kommunerne viser, at viljen er til stede. I Helsingør, København og Odense kommuner rapporteres medicineringsfejl på udvalgte plejehjem. Der er erfaringer fra flere pilotprojekter i almen praksis, der er erfaringer med rapportering og analyser af tværsektorielle hændelser som i det afsluttede Værløse projekt mm. Men gode viljer og pilotprojekter gør det ikke alene. Resurser og legale rammer skal også være i orden, hvis vi skal gå fra spredte initiativer til en effektiv organisation.

Det er vigtigt, at regeringen kommer os til hjælp gennem en udvidelse af lovgivningen om patientsikkerhed. Med den nuværende ordning kan regioner og kommuner ikke agere systematisk ved utilsigtede hændelser, der sker ved sektorskifte eller internt i primærsektoren. Dels fordi man ikke kan dele oplysninger på tværs; dels fordi personalet i primærsektor ikke er beskyttet mod disciplinære sanktioner – således som personalet på sygehusene er det i dag. Herudover er det nødvendigt, at de tekniske systemer til rapportering bliver designet, så de kan favne nuværende og kommende behov.

Mens vi venter på lovudvidelsen kan tiden bruges til at kommuner og regioner får opbygget en effektiv organisation, der reagerer hurtigt og iværksætter forebyggende initiativer i forhold til de utilsigtede hændelser, der medførte eller kunne have medført skade på en eller flere borgere. En organisation der også evner at agere proaktivt på mulige risici samt sikre en stadig udvikling mod en moden sikkerhedskultur.

I det forslag om udvidelse af loven, der blev sendt i høring i februar 2008 - og umiddelbart efter blev trukket tilbage, fordi det ikke kunne finansieres - blev der lagt op til, at rapporteringer fra praktiserende læger, tandlæger og apoteker samles på regionalt niveau, mens rapporteringer fra institutioner i den øvrige primærsektor samles på kommunalt niveau. Desuden blev lagt op til at overføre data mellem sektorer, når konkret udveksling nødvendiggør det. Det er f. eks nødvendigt når der sker alvorlige eller potentielt alvorlige hændelser man bliver opmærksom på i en sektor men hvor hændelsen udspringer i den anden. Endelig var planen at samarbejdet mellem regioner og kommuner også på patientsikkerhedsområdet blev reguleret via sundhedsaftalerne.

Det er selvfølgelig en udfordring at skabe en effektiv organisation, der sikrer dialog og tætte samarbejdsrelationer om et så følsomt emne som egne og andres fejl. Én nærliggende mulighed kunne være at benytte eksisterende fora på ledelsesniveau, understøttet af en risikomanagerfunktion.

Læringspotentiale

For at give et billede af, hvordan en sådan mulighed kunne udfolde sig i virkeligheden, kan man tage afsæt i denne utilsigtede hændelse:

En patient, der er akut indlagt på hospitalet bliver ved en fejl registreret død i det elektroniske system. Fejlen bliver opdaget og rettet senere på dagen. I den akutte modtageafdeling på hospitalet ved man ikke, at der elektronisk allerede er gået en meddelelse til hjemmeplejen om dødsfaldet, men ikke om at det var en fejl. Patienten bliver udskrevet fra hospitalet og får først besøg af hjemmeplejen, da han aktiverer nødkaldet.

Faktuelt skete der ikke skade, men potentielt kunne hændelsen have været fatal som følge af brist i kommunikation ved sektorskifte. En sådan hændelse rummer potentiale for læring på tværs af primær- og sekundærsektor. En kerneårsagsanalyse med deltagelse af ledere og frontlinjepersoner fra hjemmeplejen, hospitalet og den organisation, der har ansvar for it-systemet kunne være en mulig metode til at opnå øget patientsikkerhed.

Endnu et eksempel:
En plejehjemsbeboer, der lider af svær sklerose bliver bragt til hospitalets skadestue uden følge af personale. Patienten har intet sprog. Ved en fejl bliver en ernæringsonde fjernet i stedet for patientens topkateter. Konsekvenser for patienten er uafklaret.

Hændelsen bliver fulgt op internt på hospitalet via indførelse af en kontrolforanstaltning, hvor de involverede i proceduren gensidigt bekræfter overfor hinanden, hvilket kateter/sonde, der skal fjernes samt markerer den rette med farvet tape.

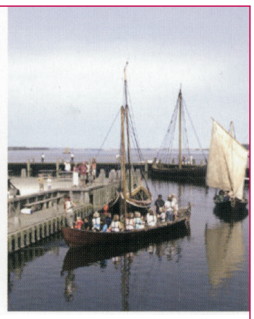
Hospitalets risikomanager videresender den rapporterede hændelse til kommunen. Her tager den ansvarlige leder initiativ til en analyse der munder udi fælles retningslinjer for kommunens plejehjem for, hvordan beboere, der ikke kan tage vare på sig selv, bliver ledsaget til behandling på hospital.

Et sidste eksempel på en utilsigtet hændelse, hvorfra der kan uddrages læring:
To patienter med enslydende navne forveksles i venteværelset hos en praktiserende læge. Det medfører, at den ene patient henvises til en unødvendig speciallægeundersøgelse, og den anden får forsinket diagnostik og behandling af sin hjertesygdom.

Ved opfølgning på hændelsen i den pågældende lægepraksis viser det sig, at der hersker en opfattelse af, at man kender patienterne godt. Derfor er der ikke tradition for at identificere patienterne ved andet end deres fornavn. I det konkrete tilfælde sætter patienten ikke spørgsmålstegn ved, at lægen foreslår en undersøgelse hos en hjertespecialist, hvilket er en medvirkende årsag til, at forvekslingen ikke bliver opdaget.

I den pågældende praksis blev der efterfølgende indført aktiv identifikation, således at patienten selv siger sit fulde navn og cpr-nummer samtidig med, at lægen kontrollerer data med journaloplysningerne.

Så skal vi have en effektiv organisation skal vi i gang nu.
Ministeren må få loven og økonomien på plads, kommunerne og regionerne må sammen med de relevante parter blive konkrete i deres overvejelser om hvordan organisationen skal se ud. Patientsikkerhedsmiljøet skal også have hænderne op af lommerne. Der skal laves modeller for analyser der egner sig til primærsektoren, der skal etableres seminarer og undervisningsmateriale der får klædt aktørerne på til opgaven. Det er faktisk bare om at komme i gang.



Den 19. - 22. oktober 2008 afholdes den 25. internationale konference ISQua (The international Society for Quality in Health care) i København

DSKS er sponsor ved konferencen. Delegerede fra hele verden vil mødes, og konferencen vil give deltagerne en unik mulighed for at drøfte kvalitetsspørgsmål med såvel danske som udenlandske indlægsholdere.

Fra Danmark vil der blandt andet være indlæg inden for temaerne: patientsikkerhed, akkreditering, shared care, kvalitetsmonitorering, kvalitet i cancerbehandlingen, telemedicin, patientinvolvering og humane ressource.

Så sæt X i kalenderen og meld dig til konferencen – www.isqua.org

International Forum on Quality and Safety in Health Care i Paris den 22. - 25. april 2008

Referat skrevet af Dorthe Døhl Poulsen, klinisk udviklingssygeplejerske, Kirurgisk Afdeling, Sygehus Nord, Køge og Roskilde Sygehuse, Region Sjælland.

International Forum on Quality and Safety in Healthcare, foregik i Paris fra d. 22. - 25. april 2008. Der var over 2000 deltagere fra 50 forskellige lande, hvilket gør det til den største konference dags dato. Den var godt tilrettelagt mange muligheder for at indhente ny viden og inspiration i arbejdet med at forbedre kvalitet og patientsikkerhed.

Foredragsrækken blev hver dag indledt med Plenary sessions:

Plenary 1:

- Healthcare transformation in global perspective, Donald M Berwick, USA

Plenary 2:

- Whole system transformation: the case of Jönköping, Göran Henriks and Mats Bojestik Sverige

Plenary 3:

- Should patient safety include access to care, Laurent Degos, Frankrig

Alle foredrag er tilgængelig på: http://internationalforum.bmj.com/2008-forum/2008-multimedia-resources-login

Posters:

Som noget nyt i år var der planlagte »show and tell sessions« hvor posters blev præsenteret og hvor deltagere havde rig mulighed for at komme dialog og danne netværk.

Et sygeplejefagligt patientsikkerhedsprojekt, Nursing Rounds, vakte min interesse i forhold til at arbejde konkret med sygepleje og patientsikkerhed i klinisk praksis.

Nursing Rounds: Effect on Patients Safety outcomes, *Diane Brault, N., M. ED – Clinical Nurse Specialist – Medicine.*

Nursing Rounds kan betragtes som et redskab til at vurdere evidensbaseret sygepleje i klinisk praksis set i et patientsikkerhedsperspektiv. Teamwork, sammenhold og tillid mellem sygeplejerske, klinisk sygeplejespecialist og den sygeplejefaglige ledelse er områder der fremhæves som værende essentielle i forhold til graden af succes.

Kategori	Eksempel
Kliniske retningslinjer	Manglende kendskab til klinisk retningslinjer i egen afdeling
Medicin	Administration af medicin der ikke er ordineret
Allergi	Ingen dokumentation af allergi i journal
Infektionsrisiko	Blærekateter var ikke seponeret
Tryksår	Risikopatient var ikke screenet

Fig. 1

Formålet med projektet var at få kendskab til resultater af sygepleje ved indsamling af data samt vurdering af om resultaterne havde effekt på patientsikkerheden. Derudover at introducere Nursing Rounds, for sygeplejersker i klinisk praksis som en metode til at identificere risikoområder i sygeplejen med mulighed for forbedring af kvaliteten.

I projektperioden foregik Nursing Rounds ved at en sygeplejerske i et sengeafsnit præsenterede et patientforløb for en klinisk sygeplejespecialist. Forløbet blev revurderet med fokus på evidensbaseret sygepleje og patientsikkerhed og de sygeplejehandlinger der ikke middelbart fulgte afdelingens kliniske retningslinie blev gennemdrøftet med det formål at reflekterer over klinisk praksis. Områder med lav grad af patientsikkerhed blev identificeret og krav og muligheder for at optimerer patientsikkerheden blev præsenteret og diskuteret.

Projektperioden varede i 7 måneder og foregik på to forskellige afdelinger. Der blev i alt gået 27 Nursing Rounds i projektperioden hvilket gennemsnitlig svarer til en pr. afdeling om ugen. Kvalitative data blev indsamlet kontinuerligt, analyseret og kategoriseret.

Der blev identificeret 115 områder inden for patientsikkerhed hvor der var brug for forbedring af klinisk praksis, som f. eks Fig. 1

Nursing Rounds er blevet en anerkendt metode blandt sygeplejerskerne i projektafdelingerne. De giver udtryk for de har haft en positiv indflydelse på resultater af sygeplejen i afdelingen. Sygeplejerskerne giver udtryk for at hvis de ikke havde taget hånd om patientsikkerheden kunne det have medført en generel dårligere kvalitet af behandlingen, forsinkelser i behandlingen, længere indlæggelsesperioder og lavere patienttilfredshed.

Kort nyt og orientering til medlemmerne

Den Danske Kvalitetsmodel

Den 16. juni 2008 overdrages den første version af Den Danske Kvalitetsmodel til sygehuse og hospitaler. DSKS ser frem til at følge arbejdet med implementeringen.

Undren over medlemskontingentet

Der er udsendt opkrævninger for medlemskontingent til DSKS, hvor der samtidig er opkrævet et kontingent på 50 kr. for ikke-lægelige medlemmer af DSKS til Dansk Medicinsk Selskab (DMS). Denne opkrævning skyldes, at DSKS er medlem af DMS, og at det tidligere på et repræsentantskabsmøde i DMS er vedtaget, at alle ikke-lægelige medlemmer fra 2008 også skal betale kontingent til dette selskab. Såfremt du er medlem af DMS eller andre medicinske selskaber under DMS, vil du kun blive opkrævet de 50 kr. ét sted.

Referat fra Generalforsamling onsdag den 16. april 2008

1. Valg af dirigent

Bestyrelsen foreslog Arne Poulstrup som dirigent. Tilhørerne tilsluttede sig dette, og Arne Poulstrup takkede for valget.

Arne Poulstrup konstaterede, at Generalforsamlingen var lovlig varslet.

2. Formandsberetningen

Vibeke Krøll (VK) henviste til den skriftlige formandsberetning, som kan ses på hjemmesiden og supplerede med at ridse områder op, som der f.eks. arbejdes med:

- Den Danske Kvalitetsmodel, hvor selskabet har været høringspart. Desuden har VK også været medforfatter til nogle artikler på området.
- Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet handler om mere end akkreditering. DSKS vil gerne bidrage til en ny National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, men da Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling er blevet nedlagt, afventes p.t. en udmelding på, hvem der har ansvaret for dette i fremtiden.

Ingen kommentarer til formandsberetningen, hvorefter denne blev godkendt.

3. Regnskab 2007

Hans-Jørgen Frederiksen (HJF) redegjorde kort for regnskabet for 2007.

Samlet resultat af regnskabet viser, at der er et overskud på 7.701 kr. med en egenkapital på 681.466 kr.

Regnskabet for 2007 blev godkendt på baggrund af den mundtlige beretning.

Under dette punkt blev bogen »Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner« drøftet. Bogen har indtil d.d. været solgt i en del eksemplarer hvert år, og da der ikke længere er flere på lager, blev det drøftet hvorvidt den skal genoptrykkes eller ej. Der blev udtrykt ønske om, at bogen bør gennemgås og evt. opdateres før den genoptrykkes. Bestyrelsen drøfter dette yderligere på det kommende strategiseminar.

4. Budget 2008

HJF gennemgik budgettet. Det blev endnu engang gjort opmærksom på, at bestyrelsen ikke ønsker at øge egenkapitalen yderligere. Dvs. at kontingentet forbliver uændret, dog stiger administrationsudgifterne i forhold til Fællessekretariatet, da selskabet fra 2008 skal betale fuld moms, eftersom Lægeforeningen tidligere har betalt dette for de videnskabelige selskaber.

Herefter blev budgettet og kontingent for 2008 godkendt.

5. DSKS' udvalgsstruktur

DSKS har følgende udvalgsstruktur:

Forretningsudvalg:
Består af formand, næstformand og kasserer. Forretningsudvalget er nedsat mhp. at kunne træffe »hurtige« beslutninger udenom bestyrelsen, såfremt dette skulle blive nødvendigt.

Årsmødeudvalg:
Dette udvalg er forskelligt fra år til år, og nedsættes med det formål at arrangere årsmødet.

Videnskabeligt udvalg:
Udvalgets opgave er at give input til kvalitetsudvikling nationalt/regionalt. Dvs. at udvalget tilstræber at være aktivt og konstruktivt i forhold til de debatter, artikler m.v. der er på kvalitetsområdet. Udvalget har netop publiceret en statusartikel i temanummeret i Ugeskrift for Læger, uge 12, 2008.

PR-udvalget:
Består af selskabets redaktør på nyhedsbrevet Jeppe Ottosen, webredaktør Kasper Boas Pedersen samt en fra bestyrelsen.

Arbejdet består i udarbejdelse af nyhedsbreve, opdateringer på hjemmesiden m.v. Det overvejes, at nyhedsbrevet i fremtiden kun skal udsendes elektronisk, hvilket der var opbakning til fra generalforsamlingen. Såfremt dette bliver besluttet, vil alle medlemmerne modtage information herom.

Udvalget vil meget gerne modtage indlæg til nyhedsbrevet samt opfordre alle til at bruge hjemmesiden.

Selskabet har via hjemmesiden en mailingliste med ca. 625 tilmeldte på nuværende tidspunkt.

Medlemsmødeudvalg:

Udvalget består af repræsentanter fra bestyrelsen. Formålet med udvalget er at arrangere medlemsmøder samt stå for at arrangere workshops i forbindelse med årsmødet. Det oplyses, at der ud af 359 deltagere på årsmødet var ca. 250 der deltog i en workshop. Det overvejes derfor at udvide antallet af workshops fra 6-8 til næste år.

6. Forslag fra medlemmer

Ingen indkomne forslag.

7. Valg til bestyrelsen

Birgitte Randrup Krog og Leif Panduro Jensen er på valg, og er villige til genvalg.

Der er ikke andre forslag, hvorefter begge blev valgt.

8. Valg af revisor

Gerda Blomhøj ønsker ikke at fortsætte hvervet som revisor. Jan Mainz er villig til valg og vælges.

9. Eventuelt

Intet.

Referent: Bitten Dahlstrøm