



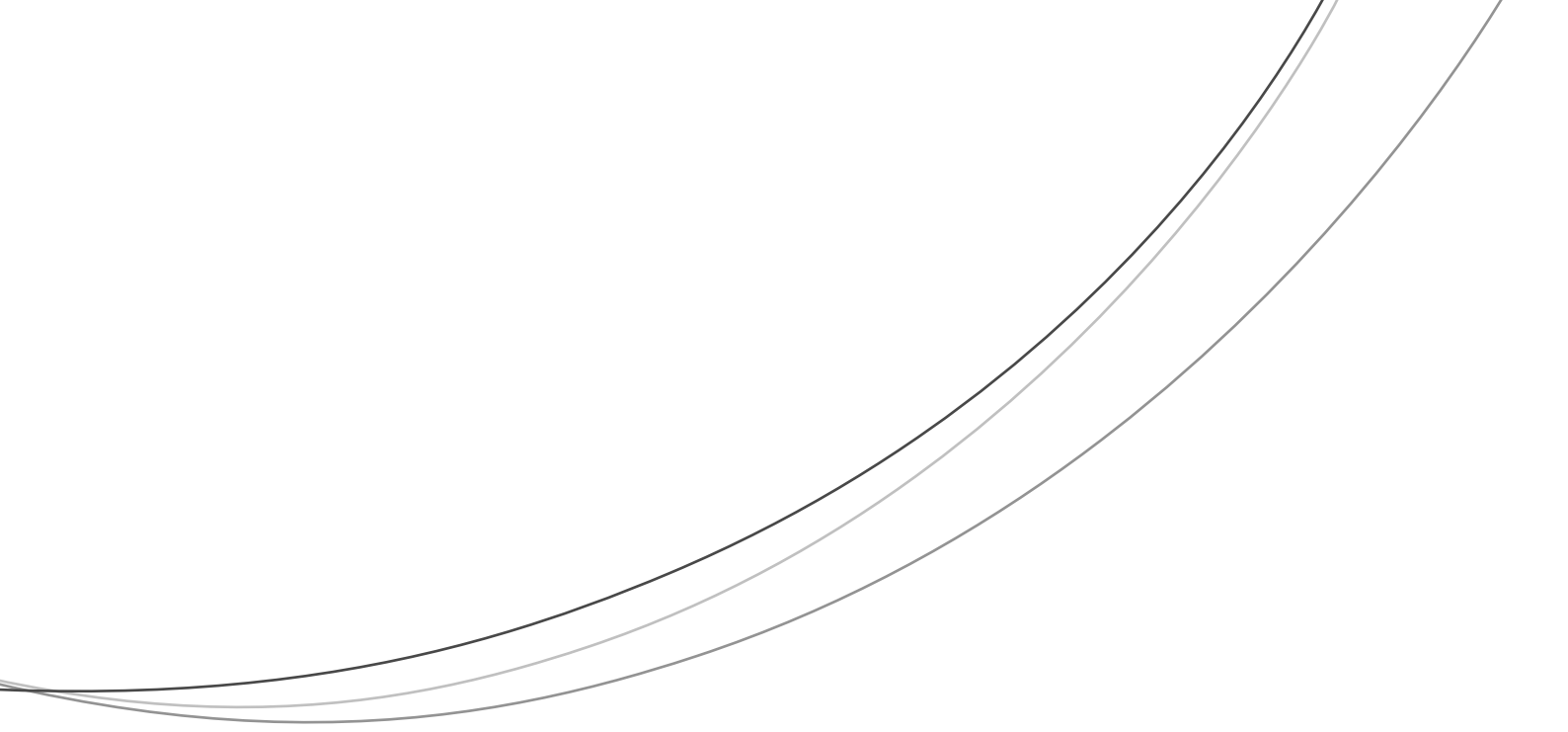
*Hvidovre Hospital*

Hovedstadens Sygehusfællesskab



## **Patientsikkerhed – hvordan?**

Anbefalinger til det fremtidige patientsikkerhedsarbejde baseret på erfaringer fra et projekt om klinisk risikostyring



## Forord

**P**atientsikkerhed og risikostyring har været på dagsordenen i Danmark siden år 2000. I begyndelsen var fokus på, hvor hyppigt der forekom utilsigtede hændelser, dernæst skiftede fokus til rapporteringssystemer med henblik på læring af utilsigtede hændelser. Siden er fokus udvidet til også at omfatte forebyggende tiltag, hvor man analyserer risikoområder, inden alvorlige utilsigtede hændelser er sket. Sidste skud på stammen er at relatere nøgleindikatorer, fx lav forekomst af bestemte hospitalsinfektioner, direkte til patientsikkerhed i form af sparede liv.

I takt med at fokus på forebyggende tiltag stiger, så øges også behovet for at flytte fokus på risikostyringen fra risikomanageren og ud i afdelingen til de sundhedsfaglige ledere.

De sundhedsfaglige ledere har naturligvis altid haft fokus på patientsikkerhed, men som noget nyt skal man nu arbejde med patientsikkerhed som eksplicit funktion. Der ligger dermed igen en stor opgave for patientsikkerhedsarbejdet.

I denne rapport beskrives en række konkrete anbefalinger fra et patientsikkerhedsprojekt, der blev tænkt i 2001 og udført i januar 2002 - maj 2004. Anbefalingerne fokuserer på behovet for ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet, men indeholder også anbefalinger vedrørende analyser og beskriver muligheder for at flytte risikostyring ud i afdelingen gennem øget fokus på medicin.

Eksemplerne på utilsigtede hændelser i rapporten skal ses i sammenhæng med, at projektet blev gennemført inden Lov om Patientsikkerhed blev vedtaget, og at projektet var det første, hvor man implementerede patientsikkerhed i en stor medicinsk afdeling. Eksemplerne er bevidst valgt så de afspejler både god og dårlig sikkerhedskultur og både vellykkede og ikke vellykkede analyser.

Det er vores håb, at anbefalingerne kan indgå som et bidrag i forbindelse med evaluering af Lov om Patientsikkerhed i 2006 og i forbindelse med udvikling af en dansk model for kvalitetsstandarder i 2006.

Vi vil gerne takke personalet i det daværende Medicinsk Center på Hvidovre Hospital for deres aktive deltagelse i projektet.

Annemarie Hellebek  
Beth Lilja  
Torben Mogensen



## Introduktion

**I**denne rapport beskrives anbefalinger til det fremtidige patientsikkerhedsarbejde i Danmark. Anbefalingerne bygger primært på erfaringerne fra et projekt om klinisk risikostyring, der forløb fra januar 2002 til maj 2004, men pga. forsinket afrapportering<sup>1</sup> tager anbefalingerne også hensyn til efterfølgende erfaringer fra det nationale og internationale patientsikkerhedsarbejde.

Projektets indhold og resultater er detaljeret beskrevet i rapporten "Klinisk risikostyring i Medicinsk Center– H:S Hvidovre Hospital".

Projektets formål, metoder og resultater er resumeret på side 11 i nærværende rapport.

<sup>1</sup> Afrapporteringen har været afbrudt juni 2004 - januar 2006 pga. sygdom.

# Perspektiver og anbefalinger

## 1. Ledelsens engagement er afgørende for arbejdet med patientsikkerhed

Projektlederen refererede i projektperioden til en centerledelse i Medicinsk Center på Hvidovre Hospital. Under centerledelsen var der flere klinikledelser. Alle klinikledelser fik fra begyndelsen information om projektet og en grundig introduktion til patientsikkerhedstankgangen. Centerledelsen var betydeligt engageret i projektet, hvilket også gjaldt nogle af klinikledelserne. Imidlertid havde ikke alle klinikledelser samme ejerskabsfor-

hold til projektet, hvilket afspejlede sig i, at klinikledelsernes forståelse for patientsikkerhedstankgangen var forskellig.

I det følgende beskrives eksempler på klinikledelser, der repræsenterer en henholdsvis moden og umoden sikkerhedskultur. Eksemplerne A, C, D og F er udtryk for en moden sikkerhedskultur, mens eksemplerne B og E er udtryk for en umoden sikkerhedskultur.

**A.** Alle afdelingsledelser blev bedt om rutinemæssigt at spørge ved hvert morgenmøde eller ved hvert vagtskifte: "Har der været noget af betydning for patientsikkerheden i den foregående vagt?" De klinikker som gennemførte dette rapporterede flere hændelser end klinikker, som ikke gennemførte dette. De klinikker som gennemførte dette beskrev, at spørgsmålet også medførte et øget fokus på kvalitet i patientbehandlingen i forbindelse med vagtskifte.

**B.** En klinikledelse kommenterede en hændelse med, at "Ingen af vores nuværende læger kunne finde på at gøre sådan", og fandt, at der ikke var behov for at gennemføre ændringer trods en meget alvorlig hændelse. Generelt anses holdninger udtrykt som: "Dette kunne aldrig ske her" eller "det vil aldrig gentage sig" som udtryk for en umoden sikkerhedskultur.

**C.** En klinikledelse kommenterede en hændelse med, at "Vi har sagt til reservelægen, at det var helt forkert". Efter en debat om henholdsvis individ- og systemperspektiv valgte man at anlægge et systemperspektiv på hændelsen og hermed at ændre en instruks som foreslået af projektlederen.

**D.** En klinikledelse inviterede projektlederen til at deltage i flere fælles møder og etablerede allerede i projektperiode en arbejdsgruppe, der skulle overvåge patientsikkerhedsarbejdet.

**E.** En lægefaglig klinikledelse sagde ved første introduktion til projektet i afdelingen, at "Man jo så ikke kunne bestille andet end at rapportere utilsigtede hændelser". Klinikken havde ved projektets afslutning kun rapporter fra sygeplejerspersonalet, og hændelser der også vedrørte lægepersonalet kunne ikke analyseres pga. manglende engagement.

**F.** Flere klinikledelser kunne efter en første monofaglig introduktion til projektet (et møde for sygeplejersker alene og et møde læger alene) se, at patientsikkerhedsarbejdet er tværfagligt, og at man kunne gennemføre tværfaglige opfølgingsmøder.

## 2. Man kan benytte flere forskellige former for analyser for at øge patientsikkerheden og man kan med fordel analysere risikoområder før der sker katastrofer

I dag analyseres utilsigtede hændelser primært i såkaldte kerneårsagsanalyser af alvorlige hændelser og såkaldte aggregerede analyser af flere mindre alvorlige hændelser på en gang. Begge dele er reaktivt – altså efter hændelsen er sket.

Projektet giver eksempler på, at analyser af utilsigtede hændelser kan foregå på flere

måder end de to ovennævnte, og at analysernes resultater også kan bruges på flere måder end hidtil. Man bør i særlig grad stimulere til brugen af forebyggende analyser, dvs. analyser af risikoområder, inden der er sket alvorlige utilsigtede hændelser (risikoanalyser og proaktive analyser).

### **Reaktiv analyse**

*Diagnosen for en patient blev forsinket i mange timer. En analyse viste, at der var problemer med at huske alle potentielle problemstillinger for patienter, der indlægges under diagnosen alkoholrus, og at der var problemer med ansvarsfordeling. Analysen medførte en "Tjekliste" til personalet vedrørende patienter indlagt med alkoholpåvirkning og en afklaring af overvågning og ansvar for arbejde udført af personale, som er under formel oplæring, fx medicinstuderende. Dette medførte en ændring for hele hospitalet.*

### **Reaktiv analyse**

*En patient i genoptræning faldt fra en motionscykel og slog sig. En analyse viste, at motionscyklen var defekt, og analysen medførte en sikkerhedsgennemgang for alt udstyr til genoptræning. Afdelingen udførte selv gennemgangen.*

### **Proaktiv analyse**

*Det lægemiddel som toppede listen over medicineringsfejl var insulin. En større analyse af fejl og problemer med insulin medførte 14 handlingsplaner. En efterfølgende opgørelse viste, at to meget alvorlige former for medicineringsfejl med insulin ikke blev gentaget i det første år efter analysen.*

### **Risikoanalyse**

*Mange afdelinger i H:S benyttede to forskellige slags koncentreret kalium. Koncentreret kalium kan slå mennesker ihjel, hvis det benyttes forkert, og to forskellige slags kan give anledning til forvekslinger. Efter en risikoanalyse gennemført i projektet blev den ene slags fjernet – ikke bare fra H:S, men efterfølgende også fra resten af landet.*

### **Analyse på bestilling**

*H:S Centrale Lægemiddelkomite bestilte forud for en revision af medicinskemaet en målrettet analyse af medicineringsfejl fra projektet. Analysen medførte konkrete ændringer af skemaet.*

### 3. Analyser på tværs af enheder kræver en veludviklet lærende kultur

---

**K**erneårsagsanalyser inden for veldefinerede enheder med opbakning fra ledelsen gennemføres relativt problemfrit, men analyser på tværs af enheder er vanskelige. Denne erfaring kan bekræftes fra det nationale patientsikkerhedsarbejde, hvor kerneårsagsanalyser på tværs af hospitaler er vanskelige. En forudsætning for succes er, at en topleder skal lede

processen og at de involverede enheder har etableret en veludviklet lærende kultur.

Det anbefales derfor, at man forbedrer analysemetoderne til at analysere utilsigtede hændelser på tværs af enheder og sektorer. Herunder især, at man arbejder med ledelsesansvaret for sådanne analyser.

*En klinik i Medicinsk Center og intensivafdelingen vurderer en patients tilstand forskelligt. Intensivafdelingen mener på et givet tidspunkt ikke, at patienten er tilstrækkelig dårlig til at blive overflyttet til intensivafdelingen på trods af stamafdelingens ønske herom. Man kan overveje, om der her er tale om en utilsigtet hændelse. Stamafdelingen ville gerne have haft en analyse, men dette kunne ikke gennemføres, fordi intensivafdelingen ikke mente, at der var noget problem. Fra en patientsikkerhedssynsvinkel kunne man have brugt en analyse af hændelsen til en generel forbedring af forholdet mellem intensivafdelingen og klinikkerne i Medicinsk Center.*

*En klinik og hospitalets tekniske service er uenige om den umiddelbare årsag til, at hospitalets kaldesystem for læger var ude af drift. En analyse af hændelsen kunne ikke gennemføres, fordi hospitalets tekniske afdeling ikke mente, at der var tale om en utilsigtet hændelse. Fra en patientsikkerhedssynsvinkel er læringspotentialet det vigtigste. Og det var tydeligt, at personalet havde haft problemer med at få fat i hinanden i den periode, hvor kaldesystemet ikke virkede.*

*En patient skulle have medicin, der ifølge klinikkens instruks krævede anlæggelse af en speciel kanyle i åren. Kanylen skulle anlægges af intensivlægen. Intensivlægen mente ikke, det var nødvendigt med den specielle kanyle, for det stod ikke i intensivafdelingens instruks og heller ikke i det tilgængelige opslagsværk.*

*Man analyserede hændelsen og fandt, at det var en fejl i opslagsværket, at der ikke stod noget om behovet for den specielle kanyle. Intensivafdelingens instruks blev ændret. Desuden gennemførte man fælles undervisning for de to afdelingers læger, så man kendte hinanden bedre forud for eventuelle akutte situationer. Begge klinikkers ledelser bakkede op om analysen og fulgte den tæt.*

## 4. Klinisk farmakologisk stuegang kan benyttes som en af metoderne til at øge medicinsikkerheden

---

Projektet viser, at metoden klinisk farmakologisk stuegang (medicinfokuseret stuegang) kan anvendes til at identificere lægemiddelrelaterede problemer og til at initiere problemhåndtering i egen afdeling. Kort beskrevet går metoden ud på, at en læge med særlig viden om lægemidler gennemgår en række journaler i afdelingen for at se, om lægemiddelbehandlingen kan forbedres ud fra

patientens aktuelle sygdomsbillede. Denne form for stuegang anvendes kun i begrænset omfang i dag.

Det anbefales, at man tilvejebringer muligheder for at inkludere klinisk farmakologisk stuegang som en af metoderne til at reducere forekomsten af medicineringsfejl og forbedre medicineringen.

*Ved en klinisk farmakologisk stuegang blev det fundet, at en patient fik to lægemidler som blev givet mod samme sygdom, men hvor hensigten kun var at give ét lægemiddel (en såkaldt dobbeltordination).*

*Ved en klinisk farmakologisk stuegang blev der fundet manglende genordination af et lægemiddel, som havde været stoppet i en periode pga. anden sygdom.*

*På konferencerne efter klinisk farmakologisk stuegang diskuterede man problemer, der var identificeret med udgangspunkt i de journaler, der var gennemgået, fx problemer med håndskrift, dokumentation af allergi hos patienterne, anvendelse af sovemedicin, evidensen for anvendelse af bestemte lægemidler, valg af vanddrivende medicin til ældre patienter (bl.a. for at undgå at de skal op om natten og dermed er i risiko for at falde).*

## 5. Patientsikkerheden kan løftes af sundhedsprofessionelle der er introduceret til patientsikkerhedsprincipper

---

I dag analyseres de fleste hændelser af risikomanagere, evt. i samarbejde med de sundhedsprofessionelle. Projektet viser, at analyser kan udføres, og patientsikkerhedstankemgang kan implementeres af sundhedsprofessionelt personale uden særlig assistance fra en risikomanager, hvis den sundhedspro-

fessionelle har fået en basal forståelse for patientsikkerhedsprincipper. Det anbefales derfor, at man sikrer målrettet undervisning i patientsikkerhed i sundhedsuddannelserne, og at man på regionalt niveau kvalificerer personale til at kunne gennemføre patientsikkerhedsanalyser i egen afdeling.

*Projektlederen i dette projekt er sundhedsprofessionel og kunne kombinere sin professionelle viden om lægemidler og lægemiddelhåndtering med patientsikkerhedsmetoder.*

*Gennem sine klinisk farmakologiske funktioner på hospitalet, fx de årlige møder med afdelingerne omkring lægemiddelforbrug, kunne projektlederen supplere det økonomiske fokus med patientsikkerhed – fx omkring hvilke medicineringer afdelingen havde rapporteret, og hvor der var kendte forvekslingsrisici ved de præparater afdelingen brugte.*

*Projektlederen gennemførte flere analyser af medicineringer i projektet, fx en analyse af forkert administrationsvej for lægemidlet amiodaron, en analyse af indgift i ti-dobbeltdosis af et såkaldt lavmolekylært heparin, og en analyse af fejlagtig samtidig indgift af flere former for gigtmedicin. I disse analyser kombinerede man den faglige viden om lægemidler og processen omkring medicinering med viden om patientsikkerhed.*

*I forbindelse med undervisning af sygeplejersker i indgift af medicin direkte i blodårerne kunne projektlederen supplere den teoretiske undervisning om lægemidlers virkninger og bivirkninger med oplysning om kendte fejl med lægemidlerne og kendte fejl i forbindelse med indgift af lægemidler direkte i årene.*

## 6. Anbefalingerne gælder også for primærsektoren

**D**et er projektlederens opfattelse, at erfaringerne fra dette projekt også kan udnyttes i primærsektoren. Primærsektoren er hidtil karakteriseret ved at have mange, men måske mindre alvorlige hændelser, og mange små arbejdspladser uden mulighed for at gennemføre store team-analyser. Dette projekt rummer netop flere eksempler på analyser af hyppige, men mindre alvorlige hændelser, gennemført af en enkelt person.

Projektet rummer dog også den erfaring, at analyser på tværs af enheder kan være vanskelige. Det anbefales derfor, at man er særlig opmærksom på håndtering af tværgående utilsigtede hændelser ved implementering af patientsikkerhed i primærsektoren, fx hændelser mellem flere aktører i kommunen, og hændelser der involverer både primær- og sekundærsektor.

## Formål

Projektet havde to formål:

1. At udvikle og afprøve et patientsikkerhedsprogram på en stor medicinsk afdeling. Denne del af projektet er støttet af Sundhedsministeriet, Læge Sofus Carl Emil Friis og hustru Olga Doris Friis' Legat og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
2. At evaluere et patientsikkerhedsprogram. Projektet er evalueret i samarbejde med DSI Institut for Sundhedsvæsen. Evalueringen er støttet af Apotekerfonden af 1991. DSI's rapport publiceres særskilt.

## Metoder

Projektet afprøvede tre metoder, en ren patientsikkerhedsfunktion og to metoder, hvor man kombinerede den sundhedsprofessionelles speciale med patientsikkerhedsmetoder:

- Implementering og drift af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser og nærfejl. Der blev anvendt traditionel drift af et rapporteringssystem med gennemførelse af så mange analyser af utilsigtede hændelser og nærhændelser som muligt
- Rapporteringssystemet anvendte flere forskellige analysemetoder
- Klinisk farmakologisk stuegang (medicin-fokuseret stuegang) med efterfølgende diskussion af resultater med afdelingernes læger
- Blandet proaktiv-aggregeret analyse af utilsigtede hændelser med risikolægemidlet insulin

# Resultater

## Rapporteringssystemet

**D**er indkom et betydeligt antal rapporteringer på trods af, at Lov om Patientsikkerhed ikke var vedtaget i projektperioden. I alt indkom der rapporter svarende til én rapport pr. medarbejder pr. år.

Projektet viser derudover, at det er muligt at analysere en lang række mindre alvorlige utilsigtede hændelser på afdelingsniveau med reference til afdelingsledelsen.

Hændelserne blev i projektet analyseret ved brug af forskellige anerkendte metoder samt ved brug af en såkaldt risikoanalyse, som blev udviklet i projektet. Risikoanalysen bestod i systemanalyse af nærfejl eller problemområder, som lå inden for projektlederens eget sundhedsfaglige speciale, og som derved kunne analyseres med en kombination af sundhedsfaglig viden om risici og patientsikkerhedsmetoder. Eksempelvis gennemførte man en forebyggende risikoanalyse af, om det var nødvendigt at have to koncentrationer (styrker) af et bestemt lægemiddel med stort

potentiale til at slå ihjel, hvis givet i forkert koncentration. Risikoanalysen har siden bevirket, at den ene styrke af præparatet helt blev fjernet fra markedet i Danmark.

Den overordnede succes for analyserne kunne måles på, hvorvidt der kunne planlægges og gennemføres handlingsplaner. Projektet viser, at der kom resultater ud af handlingsplaner inden for afdelingernes eget ansvarsområde. Det gav også brugbare handlingsplaner at analysere hændelser, der involverede andre aktører end afdelingen selv, hvis der var tale om meget konkrete problemstillinger. Det var derimod vanskeligere at analysere hændelser, der involverede eksterne aktører, hvis der var uenighed om, hvad der var foregået i forbindelse med hændelsen, eller hvis der var uenighed om patientens tilstand.

Projektet viser også, at det er muligt at gennemføre analyser på bestilling, fx analyser forud for revisioner af retningslinjer og blanketter.

## Klinisk farmakologisk stuegang

**K**linisk farmakologisk stuegang på hospitalsafdelinger afdækker et betydeligt antal lægemiddelrelaterede problemer. Der blev identificeret konkrete problemer i 12% af medicinordinationerne.

Stuegangen blev afviklet med indikatorer udviklet i projektet. Indikatorsættet kombinerede de traditionelle klinisk farmakologiske indikatorer, fx at behandlingen er hensigtsmæssig, med indikatorer vedrørende fejlme-

dicinering (rigtig pille i rigtig mund etc). Indikatorsættet viste sig velegnet og kan med få tilretninger bruges andre steder. Indikatorerne er beskrevet i den detaljerede rapport.

Klinisk farmakologisk stuegang blev hver gang efterfulgt af en fælles konference, hvor man igennem samtale med lægerne motiverede afdelingen til at tage problemer op. Afdelingerne valgte at arbejde videre med ca. 1/3 af de rejste problemer.

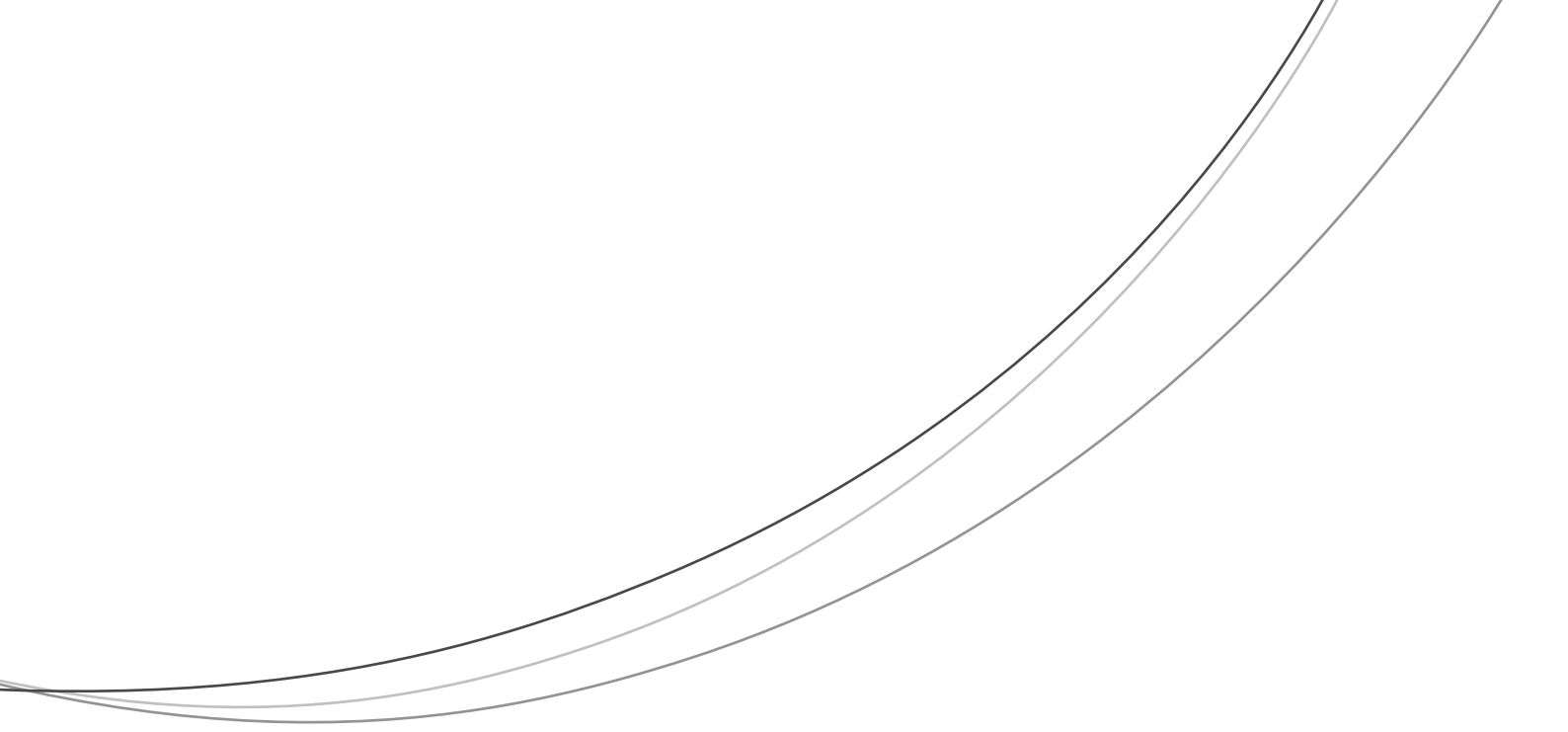
## Blandet proaktiv-aggregeret analyse af medicineringsfejl med insulin

**P**rojektet viser, at en sundhedsprofessionel kan gennemføre en proaktiv analyse af en problemstilling, som vedrører eget fagområde.

Projektet anvendte en analysemodel hvor man inddrog elementer fra både den proaktive analyse og den aggregerede analyse. En gruppe på syv personer identificerede og analyserede en række problemstillinger vedrørende insulin på hospitalet, fx brugbarhed af instrukser, medicinforvekslinger og patientinformation. Analysen tog udgangspunkt dels i rapporterede fejl og dels i personalets oplevelser af problemområder. Analysen resulterede i 19 forslag, som blev kanaliseret videre til hospi-

talet, til H:S Enhed for Patientsikkerhed, det europæiske agentur for lægemidler og andre.

En opfølgende undersøgelse af medicineringsfejl med insulin i 2005 viste, at der blev rapporteret færre hændelser i 2005, og at to meget alvorlige hændelsestyper fra projektperioden ikke var gentaget. Derimod var problemer som vedrørte eksterne parter – først og fremmest problemer vedrørende forvekslinger af insuliner - endnu ikke løst. Projektlederen arbejder fortsat på at få emnet på dagsordenen i det europæiske lægemiddelagentur gennem tilknytning til agenturets navnegruppe.





Udarbejdet af: Annemarie Hellebek  
Udgivet af: H:S Hvidovre Hospital og H:S Enhed for Patientsikkerhed.  
ISBN 87-7858-264-4  
Kontakt: [hs.patientsikkerhed@hh.hosp.dk](mailto:hs.patientsikkerhed@hh.hosp.dk)