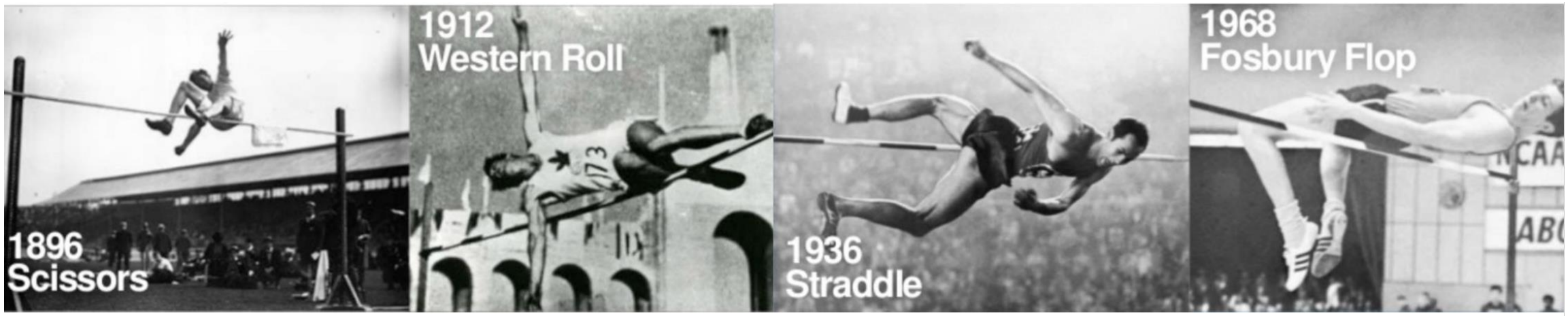
Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed
Danish Society for PatientSafety

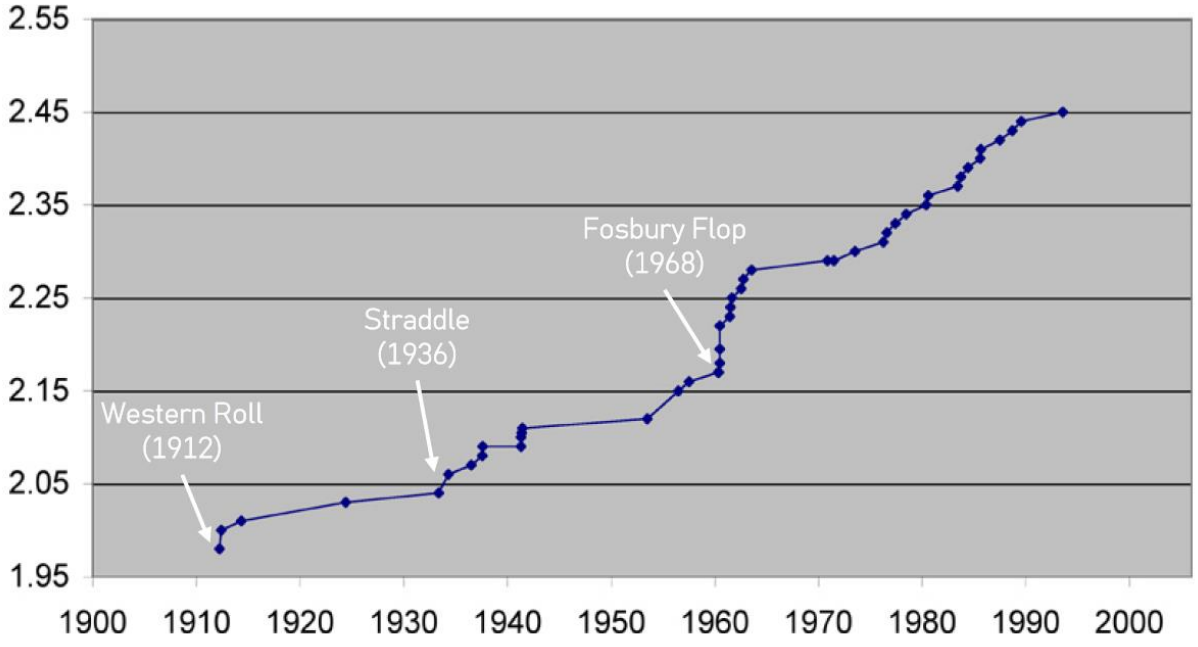
Patientsikkerhed i dagkirurgi med fokus på overgange

Inge Kristensen, direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

PS!



Men's High Jump World Record



Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

- **National interesseorganisation**
- **Etableret i 2001**
- **20(+-) medarbejdere**
- **Kontor på Frederiksberg - arbejder i hele landet**
- **Patientsikkerhed og forbedringsmetoder er kernen**
- **Sundhedsområdet, socialområdet, hospitaler/regioner, kommuner**
- **Internationalt netværk – Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA m.fl.**

- Formand Lars Gaardhøj, Danske Regioner
- Næstformand Camilla Rathcke, Lægeforeningen
- Næstformand, Jens Kristian Hedegaard, KL
- Harun Demirtas, Dansk Sygeplejeråd
- Klaus Lunding, Danske Patienter
- Kim Frost, Danske Regioner
- Christian Budde, KL
- Tanja Nielsen, FOA
- Jesper Gravlev, Danmarks Apotekerforening
- Stellan Wulff, Medicoindustrien
- Jan Kristensen, Danske Handicaporganisationer
- Henrik Vestergaard, Lægemiddelindustriforeninger

Aktiviteter gennem 20 år

Sikkert Patient Flow

MEDICATION WITHOUT HARM
Global Patient Safety Challenge

Mental Sundhed

Sikre fødsler

I sikre hænder

S!kker Sammen-hæng

Patient Ambassadørerne

Patientsikkert Sygehus

HEJ SUNDHEDSVÆSEN

Medicinsikre Bo-tilbud

Sikker Psykiatri

S!kkert Seniorliv

2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2022

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed
Danish Society for PatientSafety

Hvad er kvalitet og patientsikkerhed?

PS!

Hvad er kvalitet?

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal risiko
- Høj tilfredshed
- Sammenhæng i forløb

(*WHO)*

"the degree to which health care services for individuals and populations ***increase the likelihood of desired health outcomes*** *and are consistent with current professional knowledge."*

(Institute of Medicine)

By Anjali Joseph, Kerm Henriksen, and Eileen Malone

The Architecture Of Safety: An Emerging Priority For Improving Patient Safety

ABSTRACT There is a lack of awareness regarding the pervasive influence of the built environment on caregiving activities, and how its design could reduce risks for patients and providers. This article presents a narrative review summarizing key findings that link health care facility design to key targeted safety outcomes: health care–associated infections, falls, and medication errors. It describes how facility design should be considered in conjunction with quality improvement legislation; projects under way in health systems; and the work of guideline-setting organizations, funding agencies, industry, and educational institutions. The article also charts a path forward that consolidates existing challenges and suggests what can be done about them to create safe and high-quality health care environments.

NOVEMBER 2018 VOL. 37 NO. 11 Published by Project HOPE

ENTRY POINT
Pharmacists' New Prominence In Patient Safety — *Rebecca Gale*

NARRATIVE MATTERS
Reversing The Rise In Maternal Mortality — *Katy Backes Kozhimannil*

LEADING TO HEALTH
A Medical School For The Community — *Jessica Bylander*

AT THE INTERSECTION OF HEALTH, HEALTH CARE, AND POLICY

Health Affairs

Patient Safety

Progress & Priorities
David W. Bates & Hardeep Singh
PLUS *Nurses & Patients Report Remaining Deficiencies In Hospitals*
Linda H. Aiken et al.
Page 1736

Where Is The Patient In Safety?
Anjana E. Sharma et al.
PLUS *Bringing Safety To Inpatient Psychiatry*
Morgan C. Shields et al.
Page 1813

Role Of Systems Engineering
Pascale Carayon et al.
PLUS *Organizational Dynamics Drive Failure To Rescue*
Margaret E. Smith et al.
Page 1862

Interventions
Scaling Safety In South Carolina
William R. Berry et al.
Preventing Pressure Ulcers
Shawna Smith et al.
Incident Reporting In London
Kelsey Flott et al.
Page 1779

Effects Of Disclosure On Malpractice
Allen Kachalia et al.
PLUS *Implementation Challenges*
Thomas H. Gallagher et al.
Page 1836

Diagnostic Error
Learning From Patients
Traber Davis Giardina et al.
Payment Innovations To Improve Diagnostic Accuracy
Robert Berenson & Hardeep Singh
Page 1821

Using The EHR
Real-Time Analytics For Surveillance & Improvement
David Classen et al.
Safety Challenges In Pediatric Settings
Raj Ratwani et al.
Page 1805

AGING & HEALTH
Does 'Nursing Home Compare' Reflect Safety?
Daniel Brauner et al.

WWW.HEALTHAFFAIRS.ORG

By David Classen, Michael Li, Suzanne Miller, and Drew Ladner

An Electronic Health Record–Based Real-Time Analytics Program For Patient Safety Surveillance And Improvement

By David W. Bates and Hardeep Singh

Two Decades Since *To Err Is Human*: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety

ABSTRACT The Institute of Medicine's *To Err Is Human*, published in 1999, represented a watershed moment for the US health care system. The report dramatically raised the profile of patient safety and stimulated dedicated research funding to this essential aspect of patient care. Highly effective interventions have since been developed and adopted for hospital-acquired infections and medication safety, although the impact of these interventions varies because of their inconsistent implementation and practice. Progress in addressing other hospital-acquired adverse events has been variable. In the past two decades additional areas of safety risk have been identified and targeted for intervention, such as outpatient care, diagnostic errors, and the use of health information technology. In sum, the frequency of preventable harm remains high, and new scientific and policy approaches to address both prior and emerging risk areas are imperative. With the increasing availability of electronic data, investments must now be made in developing and testing methods to routinely and continuously measure the frequency and types of patient harm and even predict risk of harm for specific patients. This progress could lead us from a Bronze Age of rudimentary tool development to a Golden Era of vast improvement in patient safety.

The Institute of Medicine's *To Err Is Human*[1] was transformational for patient safety. It brought the problem of medical errors into the public eye and highlighted why every health care organization in the US must consider safety as a priority. Before the report's release, many—including leaders in major health care organizations—simply did not.

The report made several major points: Errors are common, they are costly, systems-related problems cause errors, errors can be prevented, and safety can be improved.[1] Important changes resulted, including a significant increase in patient safety research sponsored mainly by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and hospital programs focused on measurement, accreditation, and regulation.[2] The number of studies to address safety gaps increased by more than 250 percent over several years,[3] and many occurred in areas that had not received previous attention.

What We Have Learned

In the years since the report's publication, it has become increasingly clear that safety issues are pervasive throughout health care and that patients are frequently injured as a result of the care they receive. The exact number of deaths that occur in the US is highly controversial and has been debated at some length.[4-7] This is

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed

Danish Society for PatientSafety

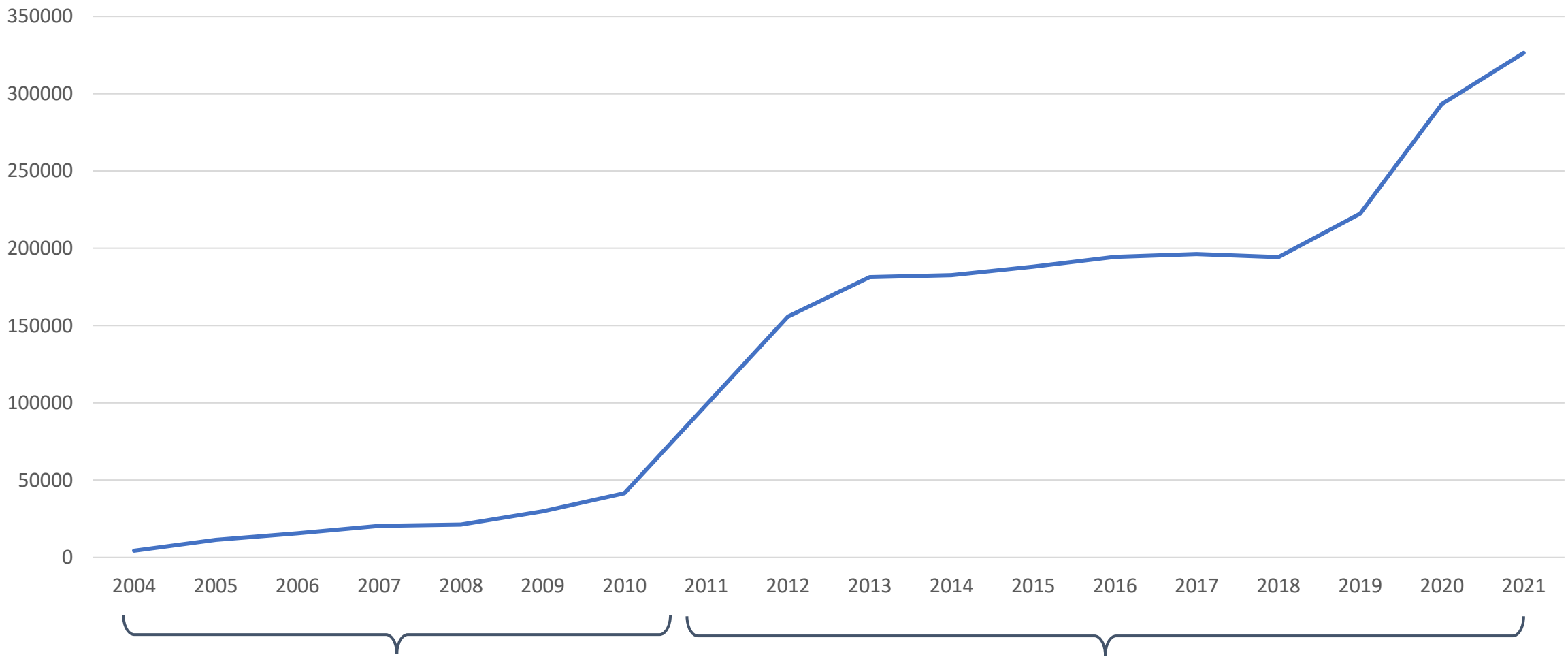
Lovgivningen

PS!

Ansvaret for patientsikkerheden …

- *”Det generelle ansvar for patientsikkerheden i sundhedsvæsenet ligger hos **driftsherrerne**. Det er derfor regionerne, som har ansvaret for hospitalerne og kommunerne, der har ansvaret for bl.a. plejehjem og ejerne, der har ansvaret for privathospitaler, lægepraksisser, tandlægepraksisser m.fl.*
- *Det er driftsherrernes ansvar at **reagere, hvis der bliver udført arbejde til fare for patientsikkerheden**, og det er ligeledes driftsherrernes ansvar at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til de job, de bestrider.*
- *Styrelsen for Patientsikkerhed har en **tilsynsforpligtelse**. I det sundhedsfaglige tilsyn lægges der vægt på, at de erfaringer, der gøres i forbindelse med tilsyn i så vid udstrækning som muligt deles med driftsherrerne til understøttelse af deres patientsikkerhedsarbejde.”*

Rapporter af utilsigtede hændelser 2004-2021 i Danmark



Hospitaler 2004-2010

Hospitaler, praktiserende læger, apoteker, kommunale enheder, patienter og pårørende 2011 -

Styrelsen for Patientsikkerhed

Departementet

Sundhedsminister Magnus Heunicke
Departementschef Svend Særkjær

Sundhedsstyrelsen
Direktør Søren Brostrøm

Lægemiddelstyrelsen
Direktør Lars Bo Nielsen

Styrelsen for Patientsikkerhed
Direktør Anette Lykke Petri

Styrelsen for Patientklager
Direktør Lizzi K. Jakobsen

Sundhedsdatastyrelsen
Direktør Lisbeth Nielsen

Statens Serum Institut
Administrerende direktør Henrik Ullum

Nationalt Genom Center
Direktør Bettina Lundgren

Nationalt Center for Etik
Direktør Christa Lundgaard Kjøller

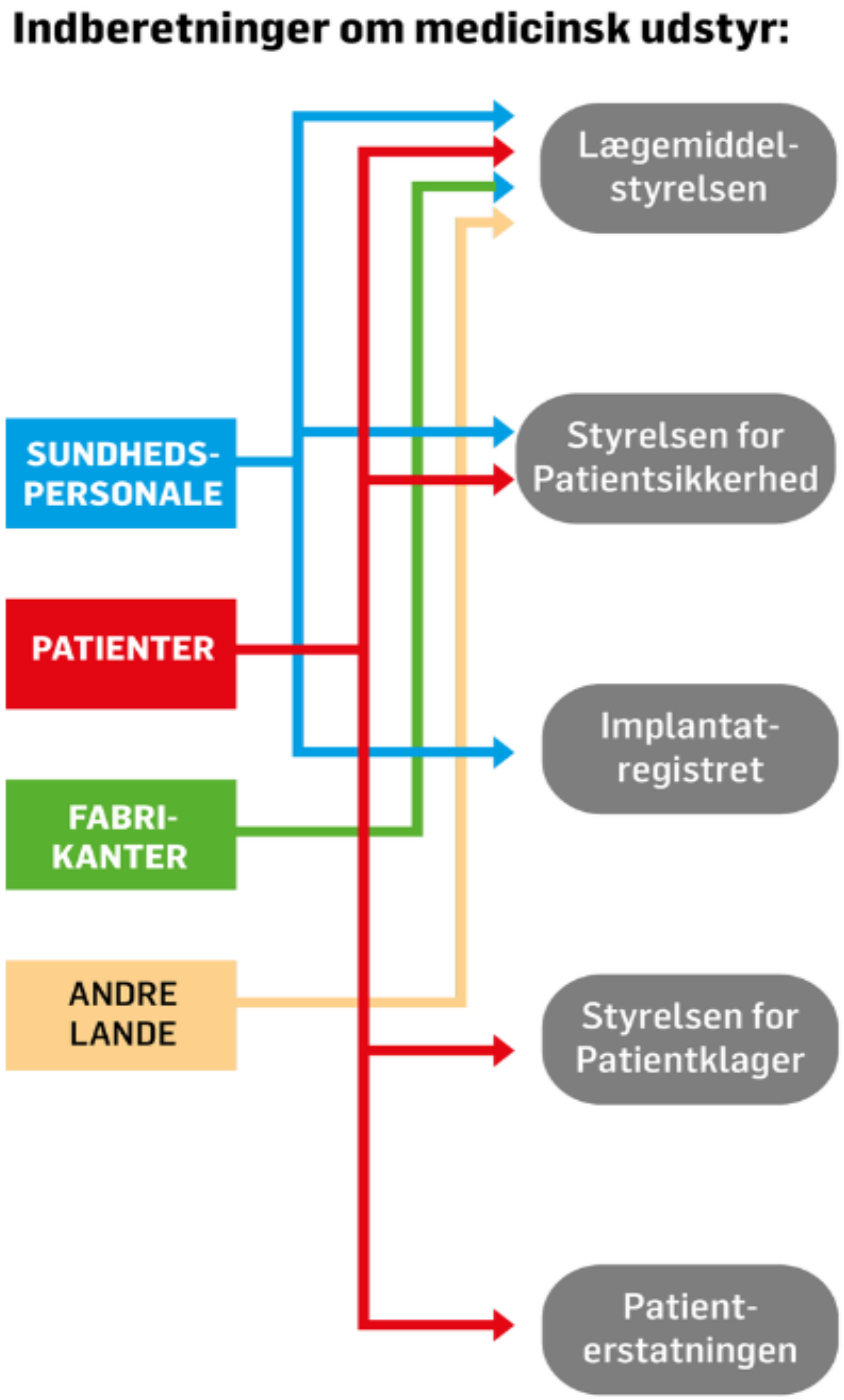
Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!

Svendborgsagen…

DANMARK 10. okt. 2017 - 11:38

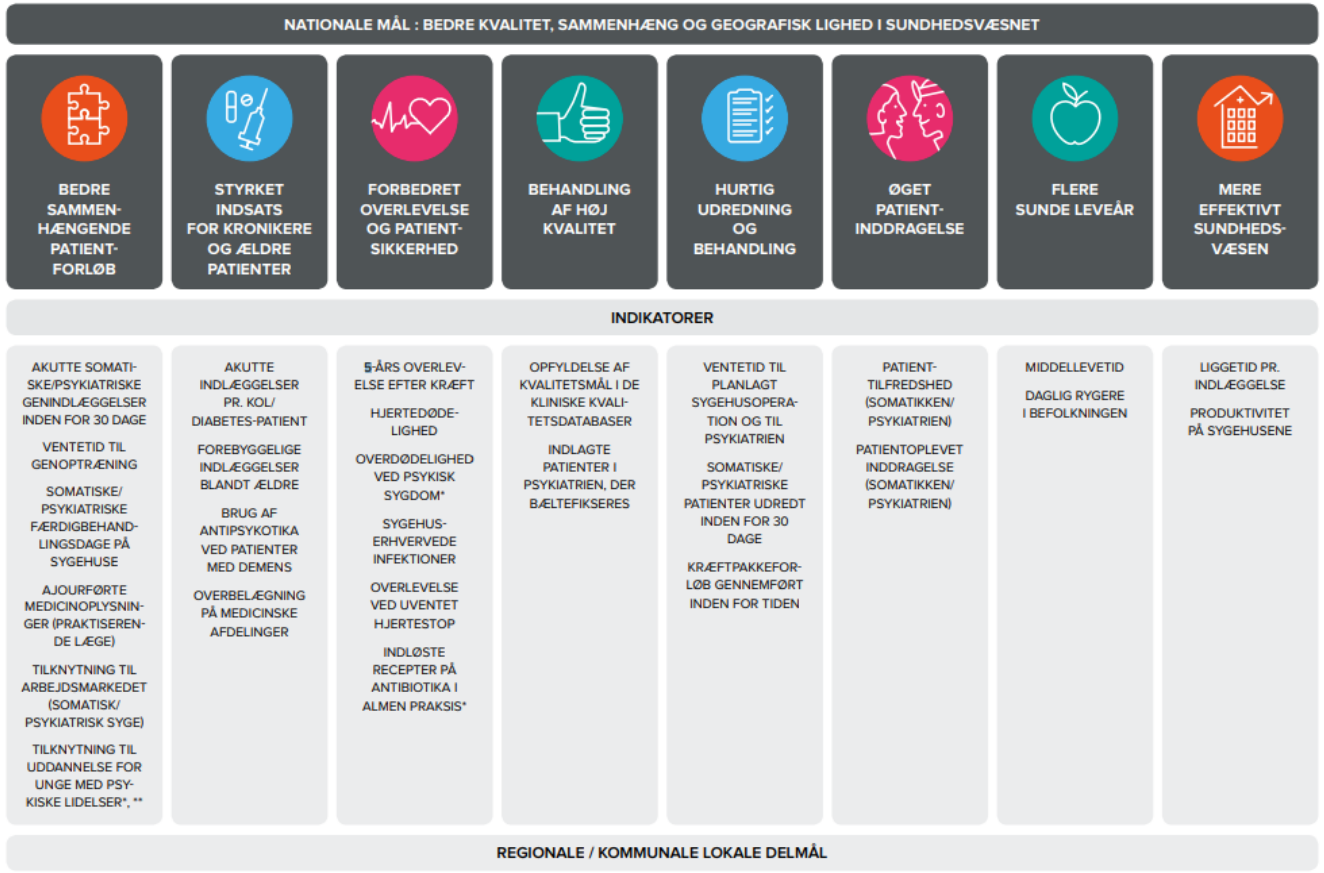
Tragisk dødsfald i Svendborg starter en lavine: 4.000 danske læger står sammen i opgør

Indrapportering, medicinsk udstyr



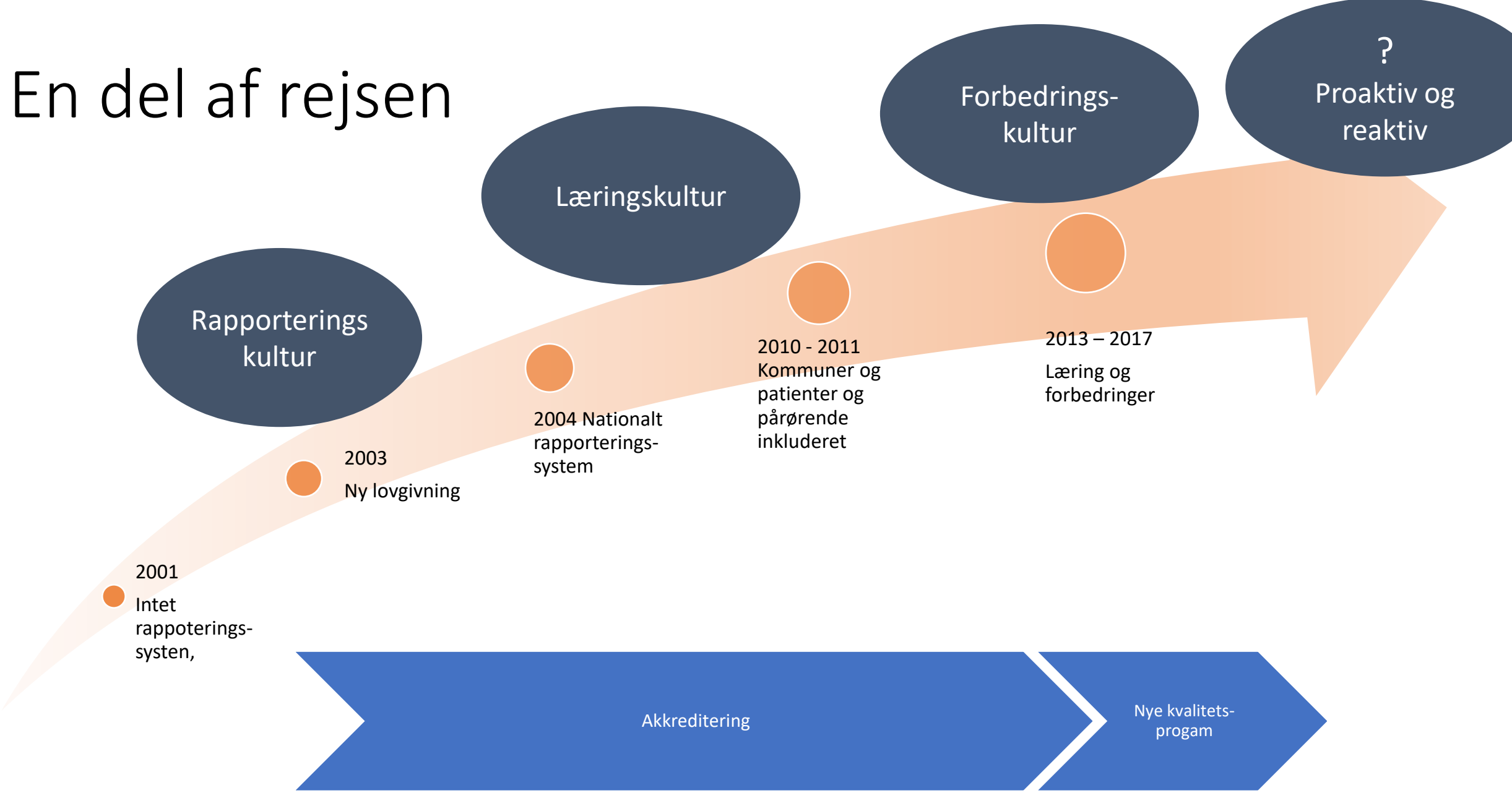
Det nationale kvalitetsprogram for SUV

- 8 nationale mål for sundhedsvæsenet
- Lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
- Et nationalt ledelsesprogram



Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!
Danish Society for PatientSafety

En del af rejsen



Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed
Danish Society for PatientSafety

Hvad nu?
- Hvordan sikrer vi bæredygtighed og patientsikkerhed?

PS!

Megatrends og trends

Aldring og multisygdor

nential
ine”

- **Mangel på arbejdskraft**
  - **->arbejdsglæde**

ing

Mental sundhe

st containment vs. Cost increase

Kompetencer/kapacitet - Ny viden – Overgange – Medicin - Inddragelse

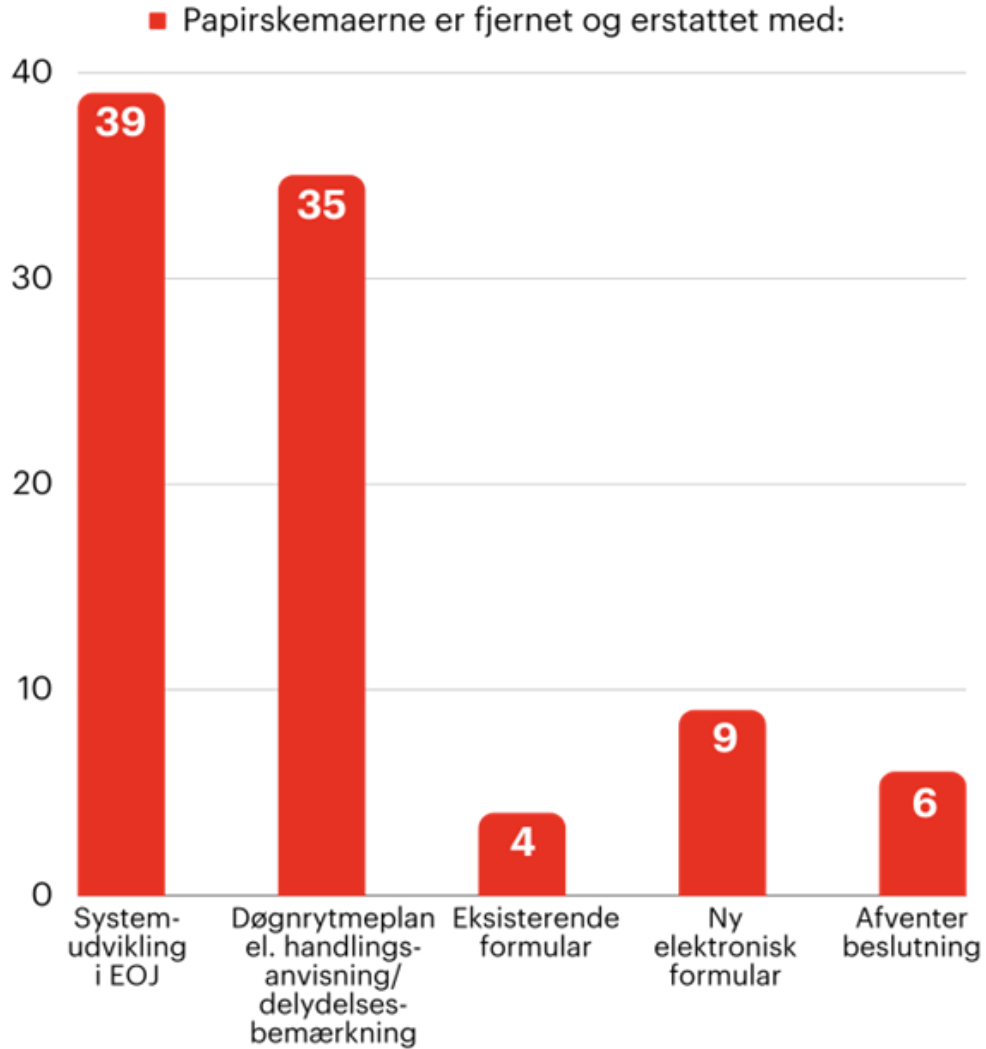
Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!

Kontekst

- OECD konkluderer i rapport fra 2017 og igen i 2020, at min 12% af sundhedsvæsenets udgifter går til håndtering af fejl og skader
- Udbetaling af erstatning 2021: 702 mill.kr.

Kommune: Analyse, forbedring og forenkling af dokumentation

(Papir)skemaer før og efter (93→1)

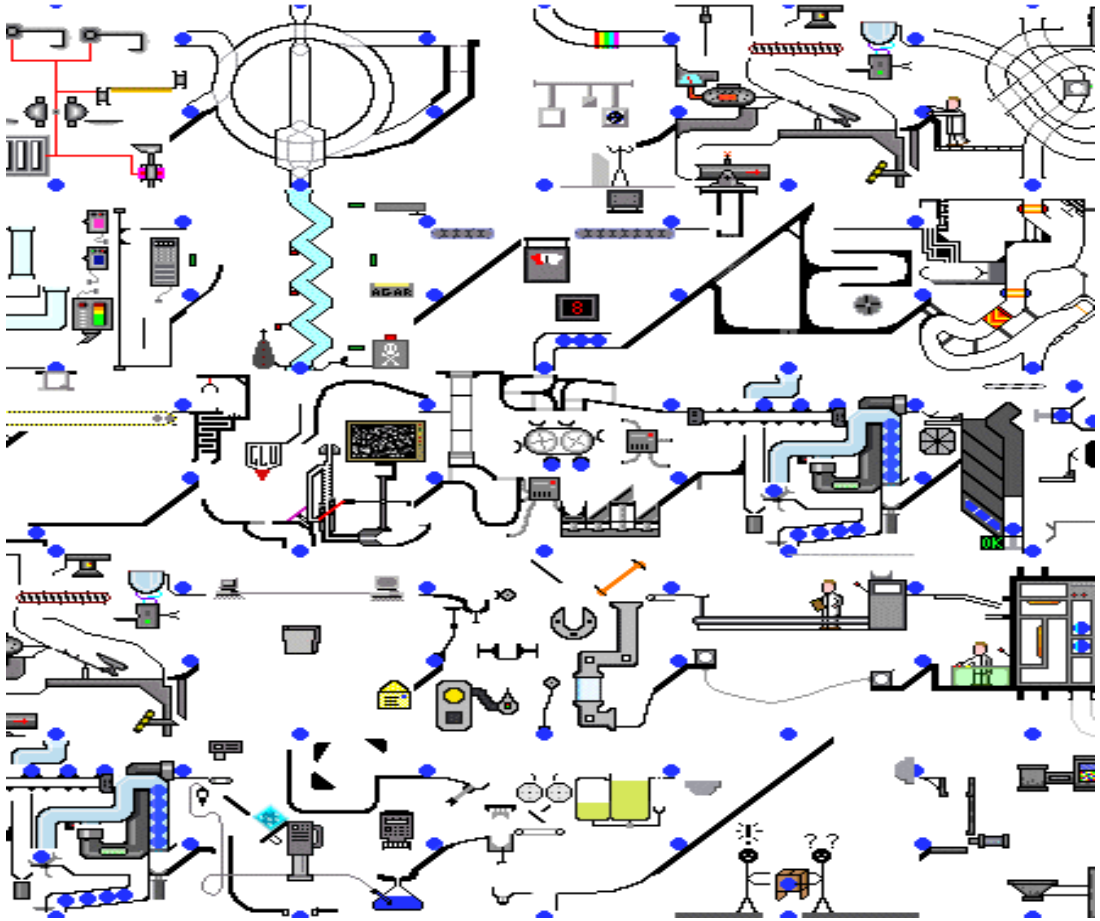


1 papirskema: Medicinliste i borgerens hjem

Reference:
https://patientsikkerhed.dk/projekter/kvalitet-og-forenkling/

Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!

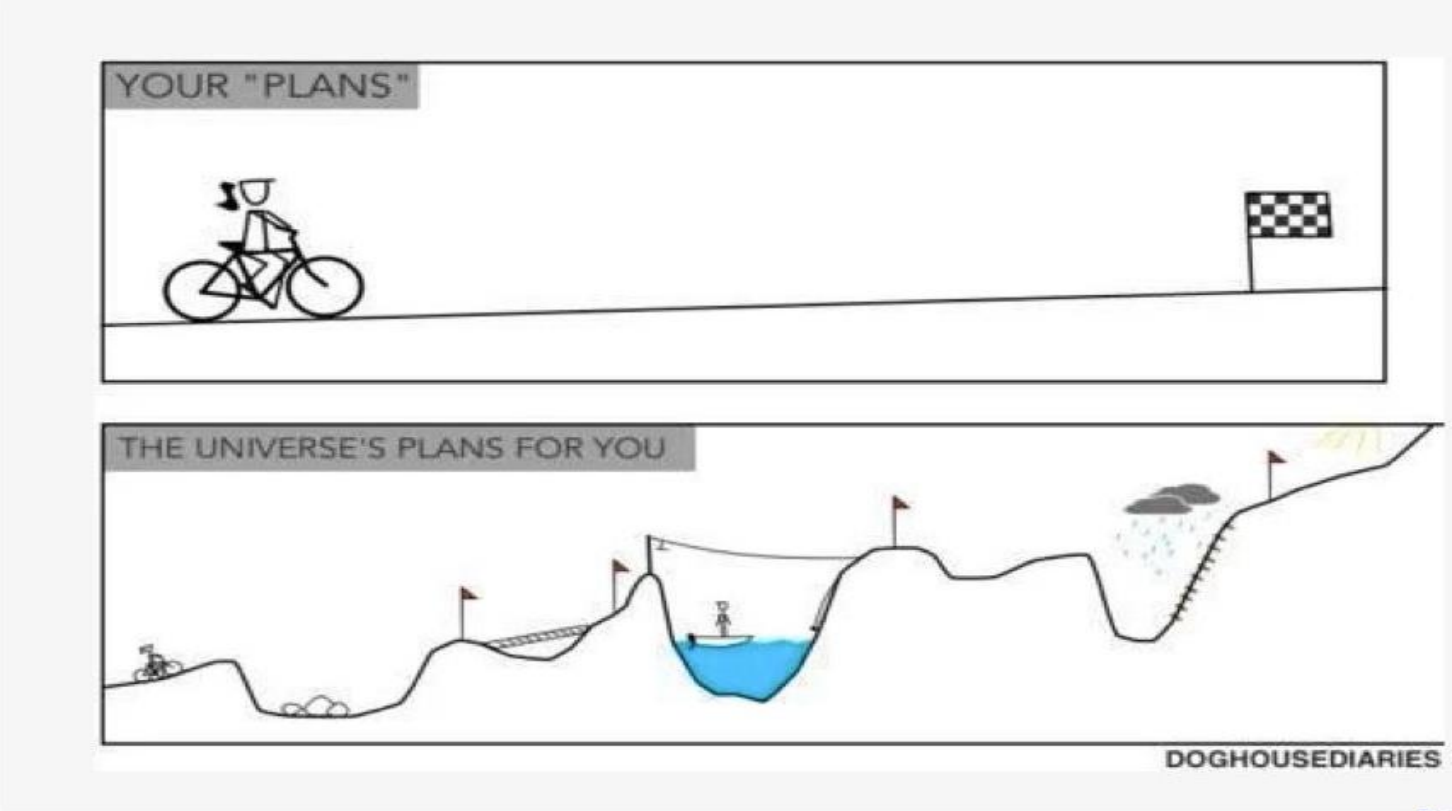
Processen har betydning for resultatet…



Langley, Moen m.fl.(2009):
The Improvement Guide
Kapitel 4 s. 77-79

Divergensen…

- Arbejde, som man forestiller sig det… vs.
- Arbejde som det udføres



Juran triologi

QP – Kvalitetsplanlægning

Figuren må ikke vælte!

QC/QA – Kvalitetskontrol/ overvågning

QI – Kvalitetsforbedring

Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!
Danish Society for PatientSafety

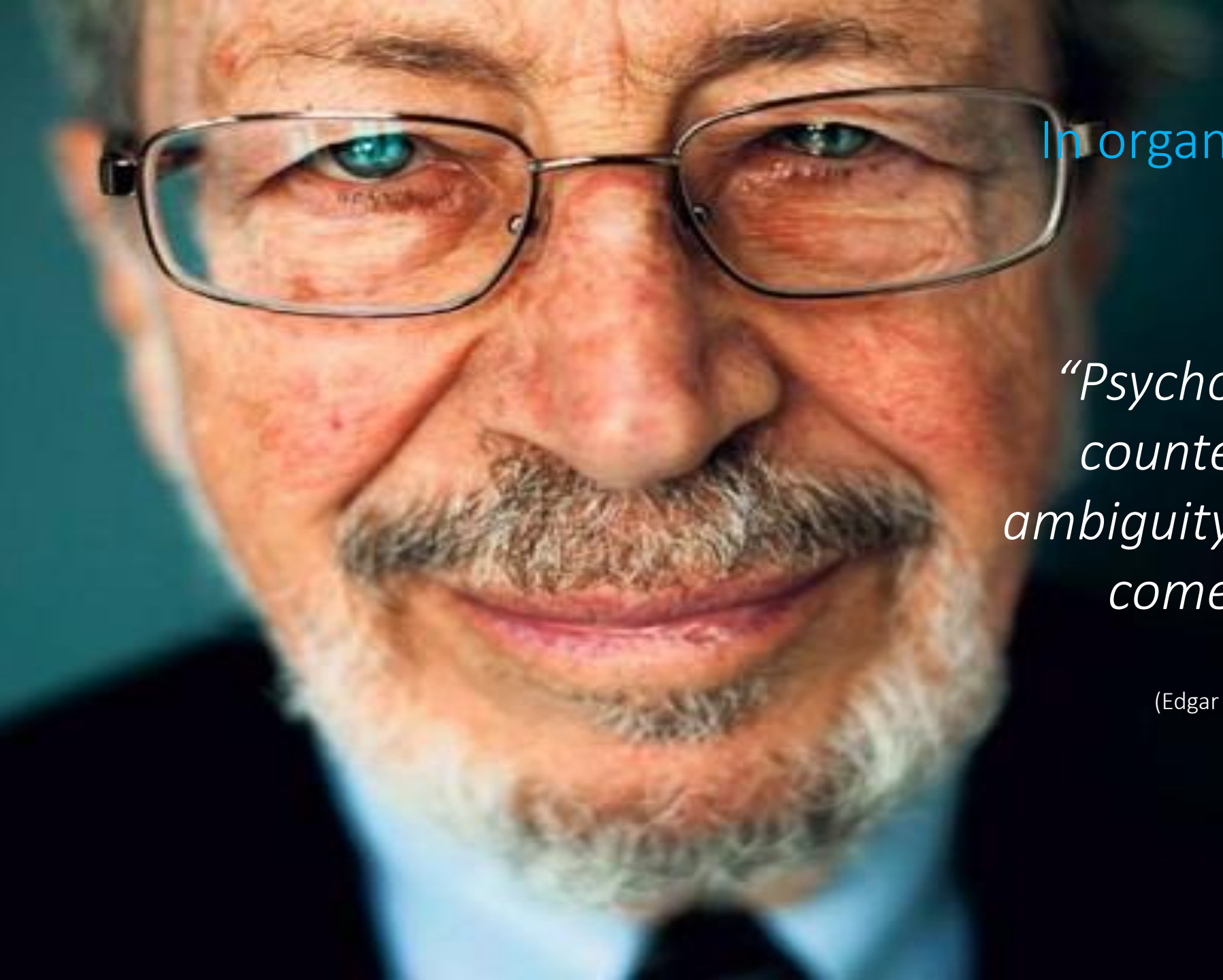
Arbejdet med UTH …

- Analyse af hændelser – bagudrettet
  - Hændelsesanalyser, kerneårsagsanalyser

- Ikke incitament til proaktive analyser og ”triangulering”
  - Risikoanalyser
  - Analyser af ”arbejde som det udføres”

Stærke handlingsplaner fremmer sikre arbejdsgange
- så vi skal fremme stærke handlingsplaner

Hvor stærk er handlingsplanen?		
Stærk	Mindre stærk	Svag
• Tydelig og handlekraftig ledelse • Etablering af barrierer • Færre arbejdstrin • Ensartet udstyr • Mindre afhængighed af medarbejdernes hukommelse	• Tjeklister • Sikkert design af emballage og udstyr • Sikker Mundtlig Kommunikation • Færre afbrydelser og forstyrrelser • Bedre it-systemer	• Advarsler og indskærpelser • Mere undervisning • Øget omhu • Nye retningslinjer
Skemaet er bearbejdet på grundlag af: ***Root Cause Analysis Tool.*** *VA National Center for Patient Safety.* https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/2014%20RCA%20Tools%20FINAL%20Formatted%20REV10%202016.pdf		



In organisational change…

“Psychological safety is a counterbalance for the ambiguity and insecurity that comes with change”

(Edgar Schein & Warren Benni, 1965)

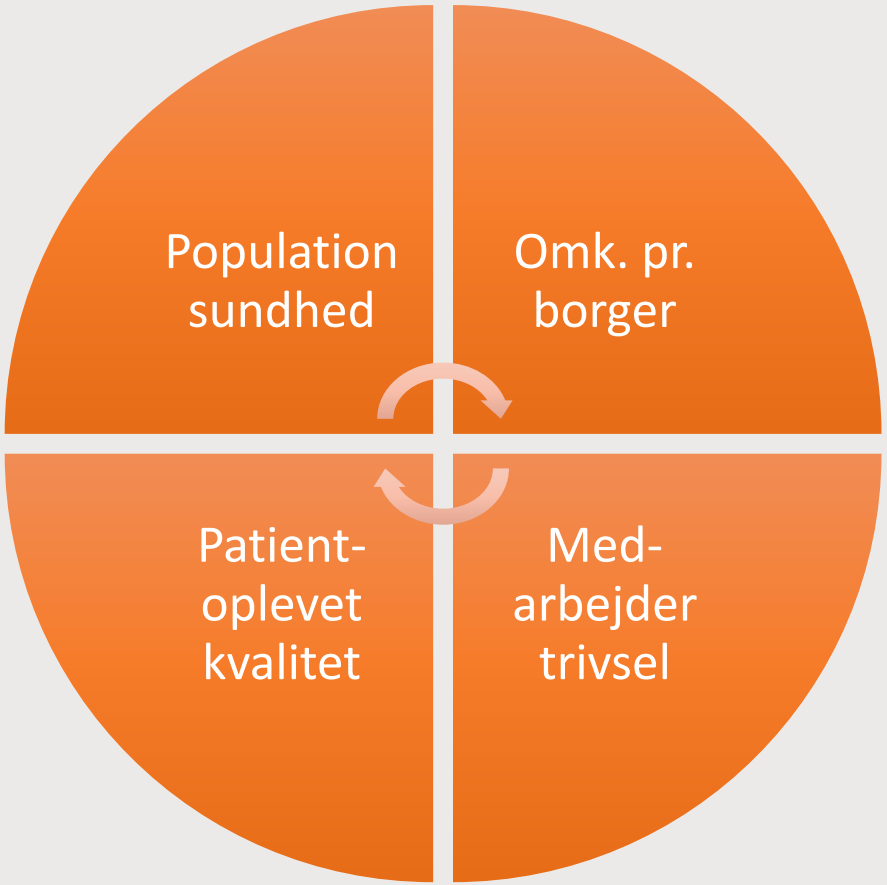
Når man arbejder systematisk med arbejdsglæde og patientsikkerhed får man…

https://www.cincinnatichildrens.org/about/quality-measures/system-level-measures/serious-safety-events

Dansk Selskab for PatientS!kkerhed PS!

Fra triple aim til quadruple aim

- Triple aim:
  - Patientoplevet kvalitet
  - Populationens sundhedstilstand
  - Omkostninger pr. borger
- Quadruple aim
  - Tilføjer trivsel hos sundhedsprofessionelle. Grundlæggende forudsætning for at kunne lykkes med triple aim



Og hvad med overgangene?

PS!

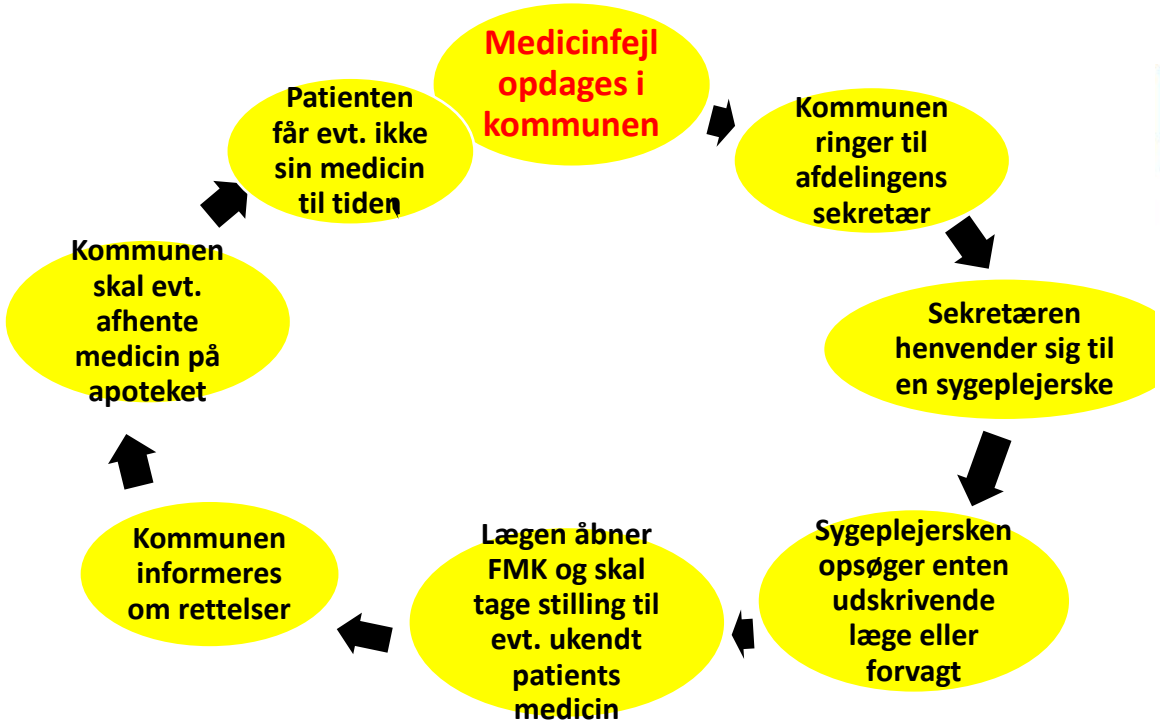
Hændelser i overgange

Tværsektorielle hændelser 2021 - rapporteret	Hændelser med ”andet hændelsessted”	Overlevering af information, ansvar, dokumentation
3.049	**12.745**	**11.547**

Isbjerg

Ref: DPSD årsrapport 2021

Arbejdsgange ved medicinfejl



Dagkirurgi – endnu en overgang?

- Hurtigt
- Effektivt
- Højt kompetenceniveau

Men

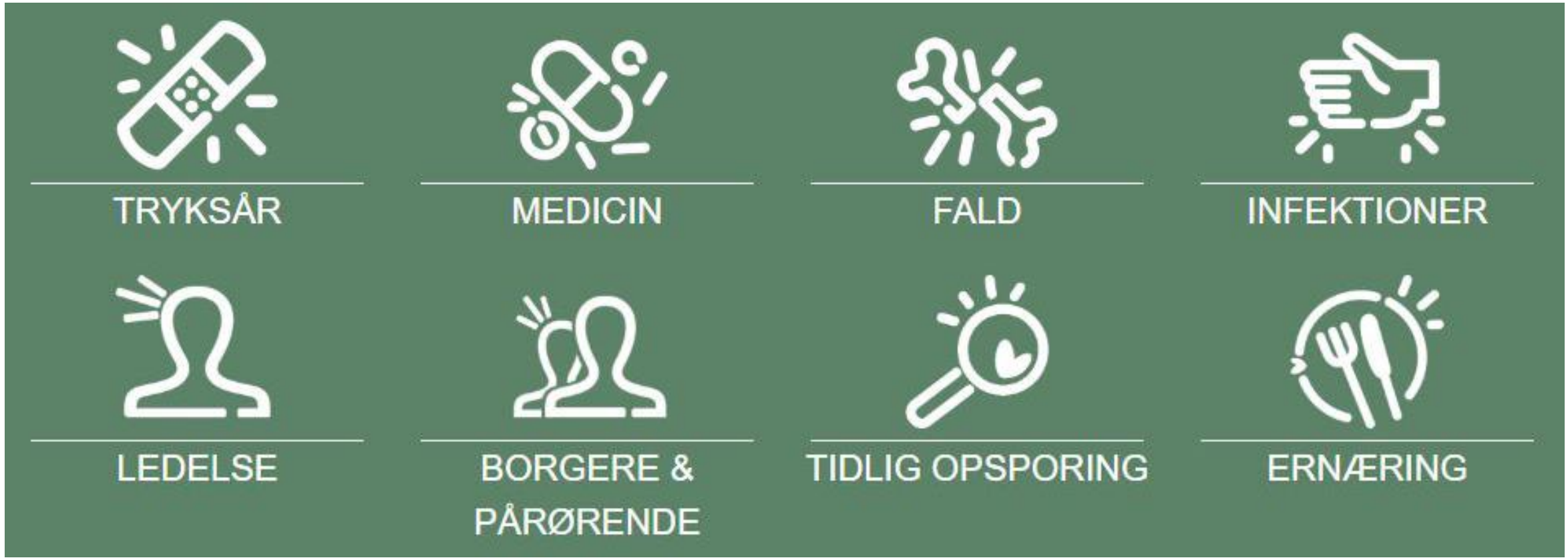
- Når vi øger kompleksiteten, øger vi risikoen
- Kommer patienten tilbage – bare et andet sted?

At have øjne i nakken

Vi når ikke de sidste meter med …

- guidelines

Indsatsområder/pakker



Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed
Danish Society for PatientSafety

Opsamling – patientsikkerhed *er* bæredygtighed

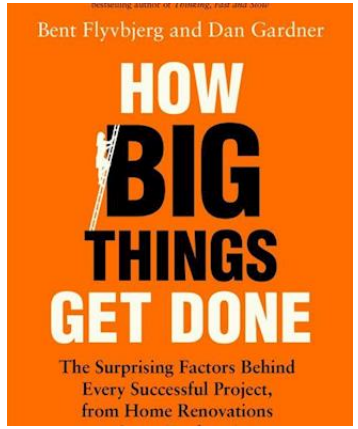
PS!

Hvad skal indtænkes …?

Vi kan ikke gardere os mod alle fejl og skader, men vi kan sikre robuste processer (”gøre isen tyk”)

- Sikkert **patientflow og sikre arbejdsgange** – også på tværs af sektorer og lovgivninger
- Fagligheder, der taler sammen/**samme sprog og samarbejde**
- Implementering kommer ikke af sig selv! – Det skal tænkes ind, prioriteres og understøttes med **forbedringskompetencer.** Så bliver det **kultur**…
- Alt det her har også betydning for fastholdelse af personale/**psykologisk tryghed**!

- Vi kan ikke tænke os til ændringer – der skal vi handle!

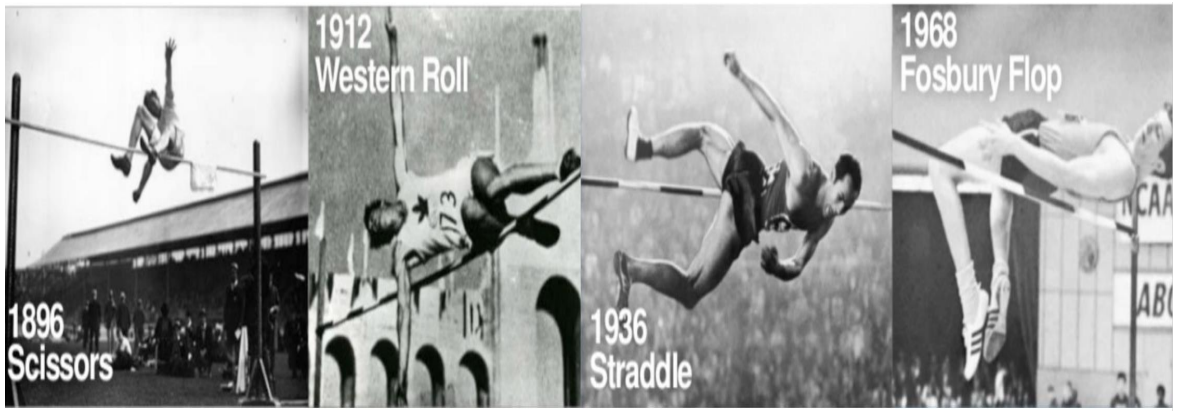


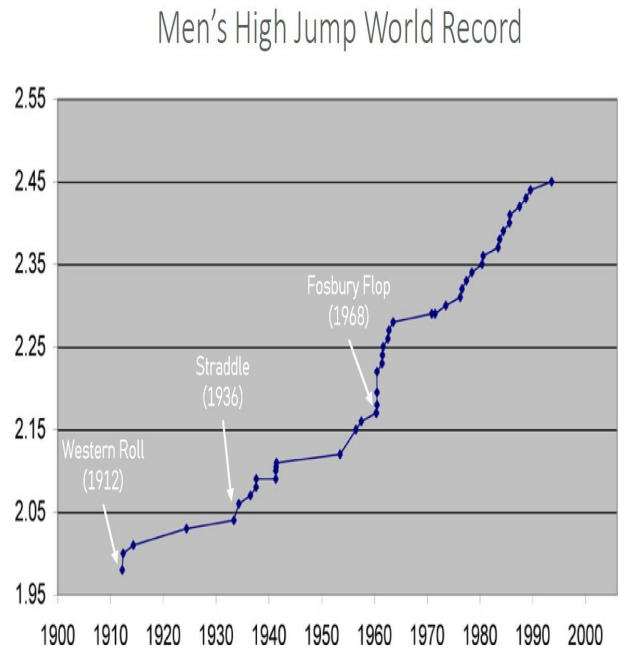
Sats på ”realistic medicine som paradigme …

- **Gælder også i overgange og i samarbejdet med kommunerne…**
- **Og tilføj et integreret fokus på medarbejdernes vilkår og trivsel**

https://www.realisticmedicine.scot/

GRIS





Dansk Selskab for PatientSikkerhed PS!

Vi ses om lidt ☺

- **International Forum on Quality and Safety in Healthcare: Copenhagen (May 15.-17. 2023)**