

# Årsrapport 2017

Arbejdet med UTH i almen lægepraksis og lægevagten



Denne årsrapport er udarbejdet af UTH-teamet i Region Midtjylland Juni 2018

## Indhold

|                                                         |        |
|---------------------------------------------------------|--------|
| Årsrapport 2017 .....                                   | 3      |
| Almen praksis .....                                     | 3      |
| Hændelsernes art .....                                  | 3      |
| Læring .....                                            | 6      |
| Hændelsernes alvorlighed .....                          | 8      |
| Alvorlige og dødelige hændelser i almen praksis .....   | 8      |
| Kommende indsatser i 2018 .....                         | 10     |
| TOBS/TOKS .....                                         | 10     |
| Medicin .....                                           | 11     |
| Lægevagten .....                                        | 11     |
| Hændelsernes art .....                                  | 11     |
| Hændelsernes alvorlighed .....                          | 13     |
| Alvorlige og dødelige hændelser i lægevagten .....      | 14     |
| Organisering af UTH arbejdet i Region Midtjylland ..... | 15     |
| <br>Bilag 1 .....                                       | <br>16 |

## Årsrapport 2017

I 2017 er der rapporteret 1143 hændelser til almen praksis og 86 til lægevagten. I forhold til 2016 er det en beskedent stigning på 10 hændelser i almen praksis og en lidt større stigning i lægevagten på 14 hændelser.

### Definition på en utilsigtet hændelse

En utilsigtet hændelse defineres som:

*Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglig virksomhed, som forvolder skade, eller kunne forvolde skade på patienten.*

En rapporteret hændelse er opfattet som utilsigtet af rapportøren. Rapporteringerne kan dog i nogle tilfælde give anledning til en diskussion. Når vi modtager informationer om hændelsen set fra den anden side, viser det sig til tider at lægen ikke kunne have handlet anderledes. I de tilfælde hvor det viser sig at hændelsen ikke hører til i UTH systemet, bliver de afvist. Det drejer sig f.eks. også om hændelser der er klagesager eller hændelser der går efter manden og ikke bolden. I tilfælde af tvivl bliver hændelsen vendt med teamets lægelige konsulent.

I det følgende vil almen praksis og lægevagten blive beskrevet i hver sit afsnit med følgende overskrifter:

- hændelserne art
- hændelsernes alvorlighed
- et afsnit der nærmere beskriver de alvorlige og dødelige hændelser

Alle de beskrevne cases er gengivet ordret, som rapportøren har beskrevet hændelsen.

## Almen praksis

### Hændelsernes art

Når en UTH hændelse rapporteres til dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), bliver rapportøren bedt om at bestemme, hvilken kategori hændelsen hører til. Når der rapporteres til almen praksis, kan der vælges mellem 15 kategorier. Kategorierne fremgår af tabel 1.

Det fremgår endvidere af tabel 1, hvordan de 1143 hændelser fra 2017 er fordelt. Der er rapporteret hændelser i alle kategorier, undtagen "infektioner" og "gasser og luft".

Som det også fremgår af tabellen, er der 4 kategorier, der skiller sig ud:

- Prøver, undersøgelser og prøvesvar
- Medicinering
- Henvisninger
- Patientidentifikation

Hændelserne i de 4 kategorier udgør tilsammen 1008 af de rapporterede hændelser.

**Tabel 1**

| <b>DPSD Hovedgruppe</b>                                | <b>2017</b> |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultationer       | <b>41</b>   |
| Behandling og Pleje                                    | <b>29</b>   |
| Kirurgisk behandling                                   | <b>0</b>    |
| Infektioner                                            | <b>1</b>    |
| <b>Henvisninger, ind /udskrivelse og medicinlister</b> | <b>167</b>  |
| <b>Patientidentifikation</b>                           | <b>123</b>  |
| Overlevering af information, ansvar, dokumentation     | <b>37</b>   |
| <b>Prøver, undersøgelser og prøvesvar</b>              | <b>413</b>  |
| <b>Medicinering herunder væsker</b>                    | <b>305</b>  |
| Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader        | <b>1</b>    |
| Selvskade og selvmord                                  | <b>1</b>    |
| IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.             | <b>6</b>    |
| Gasser og luft                                         | <b>0</b>    |
| Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.            | <b>1</b>    |
| Anden utilsigtet hændelse                              | <b>18</b>   |
| <b>Grand Total</b>                                     | <b>1143</b> |

## Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Hændelserne i denne kategori handler eksempelvis om:

- forkert mærkning af prøver (187)
- anvendelse af forkert rekvisition (28)
- at noget går forkert i forsendelsen (25)

Der er rapporteret 17 hændelser, hvor der er mangelfuld opfølgning på undersøgelser/prøvesvar.

Det er også i denne kategori Patologisk afdeling rapporterer om Vaginalcytologiske prøver, der er forkert mærket. I 95 af hændelserne var der ingen patientidentifikation på prøverne og der var ingen afsenderadresse på kuverterne, det var derfor ikke muligt at give praksis besked om, at prøverne ikke kunne undersøges.

Praksis modtager ikke de UTH, der rapporteres om fejl mærkning, da patologisk afdeling og laboratorier kontakter praksis, når en prøve kasseres. Hvis praksis ønsker det, kan der altid trækkes en liste fra Patientsikkerhedsdatabasen.

## Medicinering

Hændelserne i denne kategori handler om alle de processer der knytter sig til medicinering i almen praksis. Blandt de 305 hændelser der er rapporteret er der 2 processer der skiller sig ud:

- Ordination og receptkontrol (160)
- Administration (77)

Hændelser med "Ordination og receptkontrol" handler blandt andet om, at der ordineres forkert dosis på recepten og forkert lægemiddel.

Eksempler på UTH i denne kategori:

**Patienten skal i forbindelse med årskontrol have fornyet sin medicin. Jeg skriver i journalen "Cont centyl mite 1,25+573mg", men ordinerer centyl mite 2,5+573mg i FMK.**

**Normalt fornyr jeg bare recepten, men ordinationen var udløbet, hvorfor jeg skulle genordinere og åbenbart ramte det forkerte navn i menuen.**

**Pt blev gjort opmærksom på det på apoteket ved afhentning af 2. portion af den forkerte medicin. Hun bemærkede da også, at hun havde haft lettere til ortostatisk svimmelhed end normalt.**

Hændelser vedrørende "administration" er rapporteret af praksis selv og omhandler for en stor del af hændelserne forskellige processer i forbindelse med vaccination af børn.

I 2017 blev der rapporteret 90 hændelser, der involverede vaccinationer i Region Midtjylland, det er den samme tendens der ses på landsplan.

På baggrund af de rapporterede hændelser, har Det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksisområderne<sup>1</sup> lavet materiale, der sætter fokus på, hvad man bør være opmærksom på i forbindelse med vaccinationer. Materialet indeholder desuden forslag til, hvordan man kan optimere vaccinationsprocessen.

---

<sup>1</sup> Det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksisområderne, består af risikomanagere fra alle 5 Regioner

Netværket deltog på Lægedage i Bella Centret med en fælles stand med materialet, som blev modtaget meget positivt.

På baggrund af de mange utilsigtede hændelser er der set følgende udfordringer for praksis:

- **Revaccination** – patienten er allerede vaccineret med den pågældende vaccine
- **Registrering af vaccine** – vaccination registreres ikke, registreres forkert eller tjekkes ikke i journal, DDV eller på vaccinationskort
- **Forkert patient** – forveksling mellem patienter
- **Forveksling** – af præparat, styrke, emballage eller vaccinationstidspunkt for børn
- **Blandingsfejl** – kun en af to-komponentvaccine gives eller kun solvens gives
- **Indgiftsfejl** – flere vacciner gives samme sted, hvor dette er kontraindiceret
- **Vaccinekøleskab** – manglende overblik
- **Vacciner blandet om morgenen** – de har begrænset holdbarhed efter opblanding og bør blandes lige inden indgift

Materialet kan findes på praksis.dk via dette link:

[https://www.sundhed.dk/content/cms/55/90055\\_vaccinationsskema.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/55/90055_vaccinationsskema.pdf)

Eksempler på hændelser vedrørende vaccinationer

#### **Hændelsesbeskrivelse**

5 års undersøgelse af barn. Skulle vaccineres med Di-Te booster, men der gives ved en fejl MFR vaccine.

#### **Forslag til forebyggelse**

Rutinemæssigt tjek af vaccinationsprogram før vaccine gives. Evt. ophæng af vaccinationsprogram på køleskab hvor vaccinerne afhentes.

**Ser i patientens journal at han ikke har fået 3. Engerix B vaccine. Har desuden en vaccine til at ligge i vores køleskab med patientens navn på. Spørger patient om han har fået nr. 3, det siger han nej til. Patient får Engerix B, da det skal noteres i DDV opdages det, at vaccinen er givet af en kollega.**

#### **Henvisninger**

I efteråret 2016 modtog UTH-teamet over 100 hændelser fra Psykiatriens Central Visitation (PCV), der alle handlede om akutte henvisninger, der blev sendt til PCV i stedet for den korrekte afdeling.

UTH-teamet foretog en undersøgelse af de rapporterede hændelser, der viste, at fejlene skete hos praktiserende læger over hele regionen. Teamet kontaktede derfor de praktiserende læger der havde modtaget en hændelse, for at finde ud af hvorfor akutte henvisninger ofte endte det forkerte sted. Lægerne vendte tilbage med oplysninger om et system, hvor det var svært at finde de korrekte lokationsnumre.

De akutte henvisninger kunne sendes til forskellige lokationsnumre og enkelte afdelinger havde flere lokationsnumre pr. afdeling. Derudover var navngivningen af lokationsnumrene ikke logisk, og de praktiserende læger havde derfor svært ved at søge dem frem, hvis de ikke kendte det præcise navn i henvisningssystemet. Når praksis ikke kunne finde det rigtige lokationsnummer sendte de i stedet til PCV.

UTH-teamet inviterede derfor Psykiatrien til at deltage i en hændelsesanalyse, der kunne kaste lys over problematikkerne ved de akutte henvisninger samt finde ud, hvordan de kunne løses.

Analysen identificerede, ud over problemet med mange lokationsnumre, et behov for hurtig ambulant tid.

Psykiatrien har arbejdet med problematikkerne i 2017. Det betyder, at der nu kun er et lokationsnummer pr. afdeling i Psykiatrien, og de har fået en mere logisk navngivning i samarbejde med praksiskoordinatoren.

Der er samtidig oprettet hurtig ambulant tid, der er defineret til en tid typisk indenfor den næstkommende hverdag. Praktiserende læger har desuden fået mulighed for at kontakte afdelingerne i Psykiatrien telefonisk med hensyn til vurdering af indlæggelse eller hurtig ambulant tid.

### **Patientidentifikation**

Hændelserne i denne kategori handler om, at henvisninger, recepter, korrespondancer og lignende sendes med forkert patientidentifikation. Der rapporteres også hændelser hvor der, noteres i en forkert patientjournal.

Denne problemstilling, er på linje med udfordringerne vedrørende vaccinationer, og ses i alle regionerne. Det er derfor et indsatsområde, som det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksisområderne vil se nærmere på i 2018.

Eksempler på UTH i denne kategori

**UTH hvor journalnotat var indskrevet svarende til anden pt. med lignende navn. Blev opdaget af kollega og fejlen rettet uden konsekvens for pt eller rette vedkommende.**

**Laborant fra mobillaboratoriet møder op hos en patient, til hvem der ikke er bestilt blodprøve den pågældende dato. Laboranten ringer op til det nummer, som er angivet på bestillingen til at skulle orienteres om tidspunktet for prøvetagning og modtage svar. Det er sønnen til den patient, som skulle have haft taget blodprøven. Det viser sig, at telefonnummeret er angivet på en bestilling til en anden patient. Patienten har som følge deraf ventet forgæves på mobillaboratoriet, patienten er blevet utryg ved proceduren og laboranten er gået forgæves. Sønnen forklarer sagens sammenhæng og kører sin mor til lægepraksis den følgende dag.**

### **Læring**

Når en utilsigtet hændelse rapporteres, er hændelsesbeskrivelsen et udtryk for rapportørens oplevelse af hændelsen. Rapportøren kan af gode grunde kun rapportere det, der kan ses fra deres eget perspektiv. Derfor sendes alle hændelser<sup>2</sup> der er rapporteret af samarbejdspartnerne til den praksis der er angivet som hændelsessted. Her får praksis mulighed for at give deres opfattelse af hændelsen, ligesom det er muligt at finde ud af om hændelsen er sket i praksis, eller om hændelsesstedet er et helt andet. Hvis hændelsen er sket i praksis, er det vigtigt for

---

<sup>2</sup> Hændelser der er rapporteret fra patologisk afdeling og biokemiske afdelinger sendes ikke ud til praksis. Praksis orienteres fra de respektive afdelinger om af der er sket en fejl.

risikomanageren at der svares tilbage på en henvendelse. I modsat fald er det ikke muligt for risikomanageren at vidende om den læring, der har fundet sted. Ej heller er det muligt at vurdere om det er en UTH, om den er sket i praksis eller om hændelsen måske skal tilbage til rapportørens organisation med henblik på læring dér.

Der er i 2017 sendt 390 UTH ud til almen praksis. Der er svaret tilbage 148 gange svarende til 38%. I de svar der kommer tilbage, fremgår det i mange tilfælde ikke, hvordan praksis vil forebygge, at hændelsen sker igen.

Når der sendes en UTH ud til praksis får de i mailen et link til et skema, der kan hjælpe praksis til at komme hele vejen rundt om problemet og beskrive forebyggende tiltag (se bilag 1).

## Hændelsernes alvorlighed

Hændelsernes alvorlighed følger mønstrene fra tidligere år. Det er stadig langt de fleste hændelser (1047), hvor alvorligheden bedømmes til at være "Ingen skade" eller "Mild".

Tabel 2 viser hvordan de 1143 fordeler sig i forhold til alvorlighed.

| Tabel 2                                                                                   |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Alvorlighed                                                                               | 2016        | 2017        |
| Ingen skade                                                                               | 596         | 722         |
| <b>Mild</b><br>Lettere forbigående skade                                                  | 412         | 325         |
| <b>Moderat</b><br>Forbigående skade som kræver indlæggelse eller behandling hos egen læge | 113         | 83          |
| <b>Alvorlig</b><br>Permanent skade                                                        | 8           | 13          |
| <b>Dødelig</b>                                                                            | 4           | 0           |
| <b>I alt</b>                                                                              | <b>1133</b> | <b>1143</b> |

## Alvorlige og dødelige hændelser i almen praksis

Der er ikke rapporteret dødelige hændelser i almen praksis i 2017. Der er rapporteret 13 alvorlige hændelser til almen praksis i 2017. 4 hændelser er rapporteret af praksis selv, 2 hændelser er rapporteret af patienter. De resterende hændelser er rapporteret af samarbejdsparter i det øvrige sundhedsvæsen.

Der er lavet én hændelsesanalyse. Praksis har i ét tilfælde brugt det skema, som der henvises til i den standardmail, der sendes til praksis sammen med UTH-rapporten. 4 har ikke svaret på henvendelsen fra risikomanageren. Responsen fra praksis vil blive gennemgået under de respektive kategorier.

De 13 alvorlige hændelser der er rapporteret i almen praksis fordeler sig på følgende måde (tabel 3):

| Tabel 3                        |           |
|--------------------------------|-----------|
| Kategori                       | 2017      |
| Behandling og pleje            | 1         |
| Henvisninger                   | 2         |
| IT/telefoni                    | 1         |
| Medicinering                   | 3         |
| Prøver/undersøgelser/prøvesvar | 1         |
| Sundhedsfaglig visitation      | 5         |
| <b>I alt</b>                   | <b>13</b> |

I det følgende ses der på, hvilken læring der er kommet ud af hændelserne.

### **Behandling og pleje**

Hændelsen der er kategoriseret i denne kategori, er analyseret ved hjælp af metoden "Hændelsesanalyse". Analyseteamet bestod af deltagere fra Præhospitalet, kommunen og almen praksis.

Analysen afdækkede følgende:

De væsentligste sikkerhedsproblemer, der blev identificeret i analysen, knytter an til kommunikation og manglende overholdelse/mangel af procedurer og retningslinjer.

Læring for praksis handler om at bruge den rette kørselsform. Præhospitalet har i samarbejde med Praksiskonsulenten for præhospitalet udarbejdet materiale med retningslinjer for, hvornår der vælges hvilken kørsel.

Retningslinjen kan findes på praksis.dk via dette link

[https://www.sundhed.dk/content/cms/45/97345\\_bestilling\\_patienttransport.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/45/97345_bestilling_patienttransport.pdf)

### **Henvisninger**

I den ene hændelse er henvisningen sendt forkert og med manglende oplysninger til psykiatrien. En medvirkende årsag til de manglende oplysninger i henvisningen er, at patienten er ny i klinikken, hvorfor det ikke var alle relevante oplysninger der kom frem. En anden årsag til, at henvisningen blev sendt forkert skal ses i mange og uoverskuelige lokationsnumre, som praksis skulle holde rede på.

Der er nu ændret i antallet af lokationsnumre, så det er overskueligt at finde det rigtige. Lægen er desuden blevet vejledt til, hvor der kan gives akut vurdering i forhold til den aktuelle patientkategori.

I den anden hændelse i denne kategori, er der ikke responderet på risikomanagerens henvendelse.

### **IT/Telefoni**

Hændelsen handler om apotekernes manglende adgang til FMK og er rapporteret af praksis selv. En borger fra et bosted får mulighed for at hente al sin medicin på apoteket og bruge det i suicidal øjemed. Praksis annullerer alle recepter i FMK, men på trods af det fremgår recepterne stadig af receptserveren, da borgeren 5 minutter senere kommer på apoteket. Borgeren får medicinen udleveret og indtager den. Indlægges og overlever.

UTH-teamet undersøger problemstillingen og undersøger, i hvilket omfang denne UTH kan være med til at støtte en beslutning om, at apotekerne skal have adgang til FMK.

### **Medicinering**

En hændelse er rapporteret af praksis selv. Hændelsen handler om, at der opstartes forkert insulin. Væsentlige medvirkende årsager hertil er, at insulin givet i akut fase på hospitalet ikke er blevet seponeret, og ved ordination i praksis ordineres der ikke hvilken type insulin patienten skal have. Som forebyggende tiltag skriver rapportøren, at alle skal være mere omhyggelige.

En hændelse hvor en patient indlægges akut på grund af konfusion. Det viser sig, at patienten er blevet over/fejl/dobbelt medicineret. Praksis har holdt møde og reflekteret over hændelsen. Det tværfaglige samarbejde er blevet drøftet. Der er strammet op på årskontroller for forskellige lidelser, og samtaler om blodtryksbehandling er gennemgået/præciseret.

En hændelse er rapporteret af praksis selv og handler om et overset prøvesvar. Praksis har på den baggrund ændret procedure, så hver læge kun ser egne svar. Dette giver en reduktion på 1/3 for den enkelte læge. Klinikens nye lægesystem giver mulighed for at understøtte, at prøvesvar ikke overses.

### **Sundhedsfaglig visitation**

I denne kategori er der 5 hændelser. Praksis har ikke responderet på 3 af hændelserne.

En hændelse beskriver, at en patient er meldt af egen læge til AMK. Lægen har ikke set patienten, men vælger at sende patienten direkte på akutafdelingen med en kørsel D. Patienten er ved ankomsten meget dårlig. Medvirkende årsag til hændelsen er, at lægen ikke kendte patienten (var ferieafløser). Derudover kunne denne ikke få oplyst værdier på patienten, hvorfor det ikke var tydeligt, at patienten var dårlig, og der blev bestilt en forkert kørsel. Der er ikke fra praksis oplyst, hvad der kunne gøres for at forebygge lignende hændelser.

En hændelse beskriver, at det bliver overset, at en patient har kræft i æggestokken. Hændelsen er rapporteret af patienten. Praksis har svaret ved at bruge det skema, der henvises til i standardmailen. Skemaet er med til at fremme refleksion både i forhold til hændelsen og i forhold til læring af hændelsen. Læring i denne hændelse har været, at lægen, når det drejer sig om udredning af mave-tarmsymptomer, tidligere i forløbet vil bede om ultralydsscanning af livmoder og æggestokke.

### **Kommende indsatser i 2018**

Kvalitetschefkredsen i Region Midtjylland har besluttet, at der skal være fokus på brugen af TOBS/TOKS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom og Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom) samt medicinering i 2018.

#### **TOBS/TOKS**

TOBS/TOKS er metoder, der bruges i henholdsvis kommune/almen praksis og hospitalerne til at finde og reagere tidligt på sygdomstegn hos patienter. TOBS bliver bl.a. brugt af kommunernes hjemmesygepleje til at kommunikere med almen praksis om en patients tilstand.

UTH-teamet har i 2017 deltaget i en 4-5 tværsektorielle analyser. Resultaterne af disse viser, at det ofte går galt i kommunikationen på tværs, hvor der bliver brugt hverdagsprog i stedet for fagsprog. TOBS bliver ikke brugt korrekt og bliver ikke kombineret med observationer af patienten.

Det skal derfor undersøges, hvordan kommunikationen mellem sektorerne kan blive mere patientsikker.

## Medicin

Der er i 2017 rapporteret 160 hændelser på praksisområdet der involverer ordination og receptkontrol. Det er en tendens der også ses i de nationale tal. Derfor skal det undersøges nærmere, hvad der ligger til grund for hændelserne.

## Lægevagten

### Hændelsernes art

Når der rapporteres utilsigtede hændelser til lægevagten skal rapportøren, på samme måde som i almen praksis, kategorisere hændelsen. I lægevagten er der 14 forskellige kategorier. I tabel 4 ses hvordan kategorierne er fordelt i lægevagten i 2017.

Det fremgår af tabellen, at der er 2 kategorier der skiller sig ud:

- Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultationer
- Overlevering af information, ansvar, dokumentation

De to kategorier udgør tilsammen 63 af de 86 hændelser

**Tabel 4**

| <b>DPSD Hovedgruppe</b>                                   | <b>2017</b> |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultationer</b>   | <b>50</b>   |
| Behandling og Pleje                                       | 7           |
| Kirurgisk behandling                                      | 0           |
| Infektioner                                               | 1           |
| Patientidentifikation                                     | 4           |
| <b>Overlevering af information, ansvar, dokumentation</b> | <b>13</b>   |
| Prøver, undersøgelser og prøvesvar                        | 0           |
| <b>Medicinering herunder væsker</b>                       | <b>9</b>    |
| Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader           | 0           |
| Selvskade og selvmord                                     | 0           |
| IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.                | 1           |
| Gasser og luft                                            | 0           |
| Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.               | 0           |
| Anden utilsigtet hændelse                                 | 1           |
| <b>Grand Total</b>                                        | <b>86</b>   |

### Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultationer

Hændelserne i denne kategori handler om den sundhedsfaglige visitation vagtlægen foretager efter at have talt med/tilset patienter.

- Vurdering (36)
- Kommunikation (10)

Eksempler på UTH i denne kategori:

**Vagtlægen kontaktes telefonisk af min far, vedrørende min mor, der ligger i sengen med rystelser og lufthunger. Vagtlægen insisterer flere gange på at tale med min mor i fastnettelefonen. Min far forbereder vagtlægen på, at der vil gå tid, da min mor er påvirket af sin tilstand. Da min mor med besvær kommer til telefonen, har vagtlægen lagt røret på.**

#### **Overlevering af information, ansvar, dokumentation**

Hændelserne i denne kategori handler om den kommunikation vedrørende patienten, der finder sted, når vagtlægen bestiller transport og ved indlæggelser.

2 processer skiller sig ud:

- Information og dokumentation (6)
- Ved indlæggelse (5)

**Akut patient meldt til vurdering pga. formodet UVI og manglende effekt af peroral behandling**

**Informeres af vagtlæge om, at patienten er højfebril. Jeg spørger ind til, om patienten er ABC stabil, dette svarer vagtlægen ja til. Får ikke nærmere information om vitalparametre. Der forefindes heller ikke vitalparametre i den elektroniske henvisning**

**Da Falck ankommer, kort tid efter, finder de patienten med BT systolisk under 70, ved gentagne målinger. Puls 160. Patienten er vågen og klar. De vælger at omvisitere kørslen fra D til A.**

**Vagtlæge har været ude ved patient, og givet 20 mg morfin IM til en multisyg patient, og har derefter rekvireret ambulance kørsel B. Ved ankomst til patient findes patient med RF 10-11, små pupiller, GCS 13 og let sovende. Patienten kan vækkes, men kan hverken stå på fødderne eller holde sit eget hoved.**

### Hændelsernes alvorlighed

Hændelsernes alvorlighed følger mønstret fra de foregående år, hvor de fleste hændelser (47) er vurderet "Ingen skade" eller "Mild", der er dog sket en lille stigning i antallet af moderate hændelser. Samtidig er der sket en stigning i rapporterede alvorlige hændelser. Tabel 5 viser fordelingen af hændelsernes alvorlighed.

**Tabel 5**

| <b>Alvorlighed</b>                                                                        | <b>2016</b> | <b>2017</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Ingen skade                                                                               | 22          | 28          |
| <b>Mild</b><br>Lettere forbigående skade                                                  | 19          | 19          |
| <b>Moderat</b><br>Forbigående skade som kræver indlæggelse eller behandling hos egen læge | 24          | 27          |
| <b>Alvorlig</b><br>Permanent skade                                                        | 2           | 10          |
| <b>Dødelig</b>                                                                            | 5           | 2           |
| <b>I alt</b>                                                                              | <b>72</b>   | <b>86</b>   |

## Alvorlige og dødelige hændelser i lægevagten

I Lægevagten er der rapporteret 10 alvorlige hændelser og 2 dødelige.

En hændelse er rapporteret af patienten. De øvrige hændelser er rapporteret af samarbejdsparter.

Hændelserne fordeler sig på følgende kategorier:

| Kategori                  | 2017 |
|---------------------------|------|
| Behandling og pleje       | 2    |
| Sundhedsfaglig visitation | 10   |
| I alt                     | 12   |

### Behandling og pleje

En hændelse er rapporteret fordi vagtlægen forlader en patient, der ved ambulancereddernes ankomst, ikke kan få luft, er bleg, og blodtrykket kan ikke måles. Vagtlægen oplyser, at patienten selv lukker op for lægen, er bleg med lavt blodtryk. De bliver enige om, at patienten skal på hospitalet hurtigst muligt, hvorefter vagtlægen kører til næste patient.

Læring for vagtlægen er, at han i lignende situationer vil blive hos patienten til ambulancen kommer.

### Sundhedsfaglig visitation

I denne kategori er der i alt rapporteret 10 hændelser. I 6 af hændelserne har vagtlægen ikke responderet på risikomanagerens henvendelse. Hændelserne drejer sig om overset hjerteinfarkt, manglende oplysninger om Hjerte-lungeredning til pårørende, kørsel D til patient med kramper, kørsel B til akut patient med apoplexi, overset torsio testis og en hændelse, hvor vagtlægen talte et uforståeligt dansk.

En hændelse drejer sig om en patient, der under en ferie i Grækenland får voldsom hovedpine. Tilses af læge i Grækenland der giver smertestillende. Efter hjemkomsten har patienten 6 kontakter til henholdsvis egen læge og vagtlæge. Ved den 7. henvendelse, hvor der insisteres på besøg af vagtlægen, bliver patienten indlagt. Der påvises en blødning i hjernen.

Hændelsesforløbet strækker sig over 19 dage. Hændelsen er rapporteret af patienten.

Hændelsen er ikke sendt til en specifik vagtlæge, men forventes at blive brugt i undervisningsøjemed ifølge oplysninger fra lægevagten.

En hændelse beskriver, at mulighed for trombolysebehandling forpasses, fordi patienten visiteres til almindeligt besøg. Vagtlægen har talt med patientens søn, der gav upræcise svar. Vagtlægen fik indtryk af en patient, der ikke kunne komme ud af sin seng.

En hændelse handler om overset hjerneblødning. Patienten var i Marevan behandling og ringer selv til vagtlægen på grund af nedsat kraft i den ene hånd. Vagtlægen er forespurgt, om der kunne være procedurer/retningslinjer eller andet, der kunne være med til at sikre, at lignende hændelser undgås. Det havde pågældende ikke et bud på.

## **Organisering af UTH arbejdet i Region Midtjylland**

UTH teamet består af

- 3 medarbejdere fra Kvalitet og Lægemidler, svarende til 1,6 årsværk. Teamet dækker UTH arbejdet for alle praksisområder i regionen.
- 1 lægelig konsulent
- 2 repræsentanter fra PLO-M

## Skema til brug for undersøgelse af en utilsigtet hændelse

Hændelse vedrørende UTH nr: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Hvad skete der?</b><br/> <i>Beskriv hvordan hændelsen skete, hvor den skete, hvem der var involveret og beskriv hvilke konsekvenser den havde for patienten, personale, organisation og/eller andre</i></p>                                                                                                                           |  |
| <p><b>Hvordan kunne det ske?</b><br/> <i>Beskriv de mulige årsager, der bidrog til hændelsen. Hvilke elementer indgik? Drejede det sig fx om kommunikation, uddannelse og oplæring, procedurer og retningslinjer, arbejdsmiljø, udstyr/apparatur, patientrelaterede forhold, kontrolforanstaltninger eller ledelsesmæssige forhold?</i></p> |  |
| <p><b>Hvad har vi lært?</b><br/> <i>Beskriv overvejelser i forhold til læring. Overvej evt. behov for tjeklister, indførelse af kontrolforanstaltninger eller forenkling af arbejdsgange samt betydningen af teamwork og effektiv og klar kommunikation.</i></p>                                                                            |  |
| <p><b>Hvad vil vi ændre?</b><br/> <i>Beskriv handleplaner og tiltag til forebyggelse af lignende hændelser.</i></p>                                                                                                                                                                                                                         |  |