

# Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2014



Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed, spor 2

**Titel:** Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Region Midtjylland, Kvalitet og Data, Strategisk Kvalitet

Udgivet Marts 2015

Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg

**URL:** [www.rm.dk](http://www.rm.dk)

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning .....	4
Særligt om årsrapport 2014 .....	7
Refleksion .....	8
1. Hvilke hændelser skader patienterne mest, og hvad skyldes de?.....	9
2. Hvad rapporterer patienter og pårørende om? .....	14
Alvorlighedsgraden i rapporter fra patienter og pårørende.....	14
Hændelsestyper og emner i rapporter fra patienter og pårørende.....	15
3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde.....	17
Regionale problemstillinger identificeret i 2014 .....	17
Status på fælles regionale tiltag for 2014.....	19
Status på fælles regionale tiltag iværksat i 2013.....	22
4. Regional årsopgørelse over rapporteringer til DPSD .....	24
Antal rapporterede hændelser i 2014.....	24
Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser .....	25
Alvorlighed af hændelserne .....	26
Hændelsernes fordeling på hændelsestyper.....	27
5. Lokale bidrag om patientsikkerhed .....	29
Hospitalsenhed Midt.....	29
Regionshospitalet Randers .....	31
Hospitalsenheden Horsens .....	33
Århus Universitetshospital.....	36
Hospitalsenheden Vest .....	42
Psykiatrien i Region Midtjylland .....	45
Præhospitalet i Region Midtjylland.....	46
Praksissektor og apoteker .....	47
Socialområdet .....	49

# Sammenfatning

## *Nationalt*

I 2014 gennemførte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse et servicetjek af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, der konkluderede, at systemet er velfunderet, nyttigt og nødvendigt. Der blev også påpeget forbedringsmuligheder, der kan styrke, at der drages endnu mere nytte af de vigtige informationer, man får gennem de utilsigtede hændelser. Samarbejdet mellem Patientombuddet, Sundhedsstyrelsen og regionerne bør styrkes, og der skal igangsættes en proces omkring muligheden for at lave bunkerapporteringer.

Anbefalingen til regionerne var, at sikre læringen gennem en tilstrækkelig ledelsesmæssig forankring af arbejdet med de utilsigtede hændelser.

Regionernes hospitaler har i løbet af året arbejdet aktivt med Global Trigger Tool, der har til formål at finde uerkendte patientskader. Værktøjet er effektivt til at finde skader, men har desværre vist sig ineffektivt til at måle det samlede antal af skader. Der arbejdes nu med at finde alternative metoder til at måle antallet af patientskader, så regionerne kan opfylde Økonomiaftalen 2013, som har til mål at reducere antallet af patientskader med 20 procent over tre år.

## *Regionalt*

Region Midtjylland fik med det nye Regionsråd et Midlertidigt Udvalg vedrørende Patientsikkerhed. Udvalget skal gennem sin virksomhed bidrage til at sætte et øget fokus på arbejdet med patientsikkerhed, samt være med til at synliggøre behovet for en udvikling af patientsikkerhedskulturen.

Udvalget har i løbet af året været på besøg hos flere af regionens hospitaler, samt deltaget på den nationale patientsikkerhedskonference og fortsætter indtil ultimo 2015.

Der blev i 2014 vedtaget en ny Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed 2014-17, hvor Patientsikkerhed har fået et selvstændigt spor (Spor 2). Målet de kommende 4 år er at undgå patientskader og forebygge behandlingskomplikationer bedst muligt ved at gøre organisation robust, så den kan modstå alle de daglige uregelmæssigheder, der er uundgåelige i den kliniske hverdag. Kulturen omkring en høj patientsikkerhed skal styrkes gennem en række indsatser. Strategiplanen beskriver 4 særlige indsatser: *Risikofyldte behandlinger, Patientsikkert Sygehus, Fælles Medicinkort og Hospitalserhvervede infektioner*, der vil få ekstra fokus. Patientsikkerhedsindsatserne vil de kommende år først og fremmest blive rettet mod disse indsatser.

Implementeringen af indsatserne hjælpes på vej af et idékatalog, der henvender sig til alle niveauer i organisationen.

I 2014 fik den regionale IT-afdeling en risikomanager, så der nu er etableret et tættere samarbejde mellem IT-afdelingen og patientsikkerhedsorganisationen omkring de tekniske udfordringer og fejl, der eksisterer eller løbende opstår i forhold til de

forskellige kliniske IT-systemer. I forhold til det Fælles Medicinkort, har arbejdet båret frugt, idet de værste tekniske fejl nu er udryddet.

Der er i forbindelse med årsrapporten gennemført en regional analyse af rapporterede hændelser med en angivet patientskade<sup>1</sup> i 2014. Der bør skeles til både *antal* og *andel* patientskader, når det skal identificeres, hvilke områder, der er risikable for patienterne. Målt på *antal* er det *medicineringshændelser*, der hyppigst medfører en patientskade. Målt på *andele* er det imidlertid hændelser vedrørende *Behandling og pleje*, der oftest giver anledning til en patientskade.

I afsnittet *Regionale problemstillinger identificeret i 2014*, er nævnt nogle problemområder ledsaget af konkrete eksempler, der også går igen i analysen af mønstre og tendenser. Problematikkerne vedrører *Opsporing, diagnostik og forebyggelse* samt *Observation og erkendelse af kritisk forværring*. Det handler ofte om forsinkelser i længerevarende behandlingsforløb eller i akutte indlæggelsesforløb. *Overlevering af information og ansvar* er et væsentligt element i mange hændelser. Overgange både mellem afdelinger, hospitaler og sektorer er risikofyldte, især for kritisk syge patienter. Manglende kommunikation og samarbejde kan få meget alvorlige konsekvenser for patienterne. I forhold til *medicinering* er det *administration* og *ordination/receptkontrol*, der fylder. Det gælder særligt håndtering af risikomedicin, CAVE samt håndtering af patientens vanlige medicin under en indlæggelse.

Når patienter og pårørende rapporterer, har de særligt fokus på mangler i kommunikation og inddragelse samt følelsen af, at der ikke altid lyttes til bekymringer og reageres på beskrevne symptomer i en travl klinisk hverdag. Endvidere har patienter og pårørende fokus på patientforløbet i sin helhed, herunder hensigtsmæssig tilrettelæggelse, flow og overlevering af informationer. Oplevelserne giver bl.a. anledning til forslag om én gennemgående behandlingsansvarlig læge.

#### *Lokalt*

Flere af hospitalerne har i løbet af 2014 implementeret *Sikkert Patientflow*. Det nationale projekt er meningsfyldt og er især med til at styrke samarbejdet mellem afdelingerne.

Sikre fødsler er implementeret på alle fødeafdelinger og er godt på vej. Flere afdelinger har derudover lavet et projekt: *Skånsom forløsning*, hvilket på ét hospital har resulteret i, at man har halveret antallet af alvorlige bristninger i mellemkødet.

---

<sup>1</sup> Hændelser med en angivet alvorlighedsgrad som moderat, alvorlig eller dødelig, der er karakteriseret ved, at hændelsen som minimum gav anledning til en øget behandlingsindsats.

Alle arbejder aktivt med at forbedre læringen af UTH'erne på forskellig vis. Omorganisering af sagsbehandlingen, involvering af ledelser og udtræksrapporter til afdelinger er alle eksempler herpå.

Der er også et øget fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde. Der er alle steder iværksat flere tiltag for at styrke samarbejde og relation både på tværs af afdelinger og tværsektorielt mellem hospitaler og kommuner.

Medicineringsproblematikker fylder stadig meget i hverdagen. Hospitalerne har igangsat forskellige projekter på medicinområdet, og det bliver spændende at følge deres resultater.

Indsatsen for mærkning af prøver og rettidige prøvesvar er en gennemgående indsats. It-systemer kan delvist understøtte arbejdsgange omkring prøvesvar, men der er også brug for et fokus på de enkelte afdelinger. Hospitalerne arbejder aktivt med dette.

Opsporing af kritisk sygdom, og for Psykiatrien somatisk sygdom, har hos alle været en indsats i løbet af året. Dermed har man lokalt haft fokus på problemstillingen inden Patientombuddets Temarapport om Observation udkom i december 2014. Dette viser, at der foregår en lokal læring, der ikke afventer en national rapport, inden der iværksættes tiltag.

## Særligt om årsrapport 2014

Årsrapporten er skrevet af Kvalitet og Data med bidrag fra Patientsikkerhedsnetværket. Rapportens målgruppe er Ledelsesorganisationen, Kvalitetsorganisationen, samt alle der arbejder med og interesserer sig for patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland.

Årsrapporten for 2014 har relation til og sammenhæng med de indsats, der er beskrevet i Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed 2014-17.

I efteråret 2014 iværksatte Kvalitet og Data en gennemlæsning af alle rapporterede utilsigtede hændelser i Region Midtjylland, der var kategoriseret som dødelig, alvorlig eller moderat skade. Gennemlæsningen har givet et bredere indtryk af de alvorlige hændelser, og givet et mere nuanceret billede af de problemstillinger, der foreligger. I denne årsrapport er der derfor givet konkrete eksempler på hændelser. Det er uden betydning, hvilken matrikel hændelsen er rapporteret fra. Eksemplerne er udvalgt på baggrund af, at de tydeligt gengiver problemstillinger, der går igen på alle matrikler.

Klageloven fra 2011 lægger vægt på, at det tilstræbes at inddrage læring af erstatnings- og klagesager i både kvalitetsudviklingen og patientsikkerhedsarbejdet. Region Midtjylland registrerer, hvad patientens klage lyder på og hvad man lærte af klagen, i Patientkontorets patientklageregistreringssystem. Det samlede udtræk i 2014 giver i forhold til de sidste to år en mere nuanceret indsigt i, hvad klagerne lyder på, da der er sket en tiltagende registrering af klagesagens pålydende. På den anden side mangler en tilsvarende indsigt i, hvad hospitalerne har lært på grundlag af de mange serviceklager, klager og erstatningssager, fordi det ikke er registreret i patientklagesystemet, men den del, der er beskrevet, giver nyttige informationer om problemstillingerne. Sidste år havde årsrapporten et selvstændigt afsnit om erstatnings- og klagesager. I år har vi forsøgt at holde viden fra erstatnings- og klagesager op mod den viden, vi har fra UTH'erne.

Den manglende viden om læring fra erstatnings- og klagesager bliver opvejet af hospitalernes inspirerende bidrag til denne årsrapport. Der opfordres til at læse afsnittet med de lokale bidrag. Der er igangsat en masse tiltag og afsnittet giver et tydeligt billede af, at der arbejdes meget aktivt og seriøst med patientsikkerhed, og at der er et øget fokus på området.

# Refleksion

Vi kender ikke det totale antal af patientskader, og det er derfor ikke muligt at vide, om det lykkes os at reducere antallet, om det er konstant eller det ligefrem stiger. Vi ved dog, at udgiften til Patienterstatningen er stigende. Der forekommer flere og dyrere erstatningstildelinger og den økonomiske side af sagen bliver en voksende udfordring. Erstatningssager skyldes oftest patientskader pga. fejl eller komplikationer. Hertil kommer, at behandlingsforløb, som opleves urimelige af patienter også fører til klagesager og til tider erstatningsansøgninger.

Både UTH'er og klagesager viser en ophobning af fejl i, mangel på eller forsinkelse af diagnosticering og behandling. Kan det have sammenhæng med den nye lov fra 1. september 2013 om patientens ret til udredning inden for en måned? Er der for mange involverede i et patientforløb, går det for stærkt eller er det travlhed i klinikken, der foranlediger fejl i diagnosticeringen?

En vedvarende massiv indsats mod at reducere utilsigtede hændelser og derved patientskader og uhensigtsmæssige behandlingsresultater er nødvendig for at kunne øge patientsikkerheden, og det vil kunne bidrage til at nedbringe udgiften til erstatningssager.

Kan den manglende registrering af læringsinitiativer i erstatnings- og klagesager henføres til dokumentationstræthed? Eller er det, fordi gassen er gået af ballonen grundet den lange sagsbehandlingstid, at der ikke er fokus på at videregive denne læring? Vi skal lære af både UTH'er, klager og erstatningssager, som alle kan give os en masse viden om, hvad der sker, men i dag starter læringsprocessen ofte først måneder senere. Vil vi kunne drage en større læring, hvis vi lærer af de helt nye aktuelle tilfælde? Mon ikke engagementet er større, når hændelsen er frisk? Men hvordan kan vi lære af de helt friske tilfælde, hvis vi ikke kender dem?

I dag foregår evaluering af behandlingsforløbets resultater, registrering af komplikationer og patientskader kun sporadisk og på inkomplet vis. Det bør overvejes at iværksætte en mere omfattende evaluering, hvor både sundhedspersoner og patient/pårørende giver deres vurdering af et forløb. På den måde vil vi kunne fange de uheldige eksempler med det samme i stedet for måneder senere, når de rapporteres via enten det ene eller det andet system. Der er således et behov for en ændret og mere komplet registrering, hvis vi skal have optimal læring af disse hændelser.

Hvis klinikkerne kunne få en umiddelbar tilbagemelding på, hvad der var godt og hvad der kunne gøres bedre, så tror vi, at det vil kunne skabe engagement og fælles læring på både afdelings-, hospitals-, regionalt og nationalt niveau, til større glæde og gavn for alle parter.



# 1. Hvilke hændelser skader patienterne mest, og hvad skyldes de?

Tabel 1 på næste side viser, hvordan patientskaderne fordeler sig på de hyppigst rapporterede hændelsestyper. I tabellen er alene medtaget *processer*, hvor der er et rimeligt antal rapporterede hændelser og antallet/andelen af patientskader samtidigt er høj. Tabellen giver ikke det sande billede af, hvor mange patientskader, der i virkeligheden forekommer, da ikke alle hændelser rapporteres. Men fremstillingen giver et billede af, hvilke *typer* af hændelser, der hyppigt rapporteres og hvor ofte de rapporterede hændelser giver anledning til en patientskade.

Det må erkendes, at det kun er muligt at handle forebyggende på baggrund af de hændelser, der rent faktisk rapporteres med læring for øje. Der kan ikke handles på baggrund af et ukendt mørketal. Derfor virker det fornuftigt at undersøge de hændelsestyper og processer, hvor mønstre og tendenser i de utilsigtede hændelser viser et højt *antal* patientskader eller en høj *andel* patientskader. Formodningen må være, at disse processer er særligt risikable for patientbehandlingen.

Det er i hændelser vedrørende *Behandling og pleje*, der oftest rapporteres en patientskade. Der er rapporteret 950 hændelser under *Behandling og pleje*, hvoraf 258 hændelser har givet anledning til en patientskade, hvilket svarer til 27,2 % af hændelserne. Målt på antallet af rapporterede hændelser er det imidlertid *Medicinering herunder væsker*, der fylder mest med 4517 rapporteringer i 2014. Ud af disse har 401 af de rapporterede hændelser givet anledning til en patientskade, men dette svarer alene til 8,9 % af medicineringshændelserne. Begge hændelsestyper er vigtige, men af forskellige årsager, idet der bør skeles til både *antal* og *andel* patientskader, når det skal identificeres, hvilke områder, der er risikable for patienter.

**Tabel 1**

<b>Hændelsestyper og processer med hyppigst patientskade 2014</b>					
<b>Hændelsestyper</b>		<b>Patientskade</b>			
<b>Hovedgruppe</b>	<b>Processer</b>	<b>Mo- de- rat</b>	<b>Al- vor- lig</b>	<b>Dø- de- lig</b>	<b>To- tal</b>
<b>Behandling og pleje</b> (950 hændelser - 27,2 % pat.sk.)	<b>Opsporing (diagnostik) og forebyggelse</b>	55	10	2	<b>67</b>
	<b>Observation/Erkendelse af kritisk forværring<sup>2</sup></b>	37	9	4	<b>50</b>
	<b>CVK, venflon m.m./Sonder, katetre, dræn m.v.<sup>3</sup></b>	37	7	0	<b>44</b>
	<b>Tryksår</b>	26	2	0	<b>28</b>
	<b>Øvrige processer</b>	58	8	3	<b>69</b>
<b>Samlet antal patientskader indenfor hovedgruppen</b>		<b>213</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>258</b>
<b>Overlevering af information, ansvar, dokumentation</b> (1615 hændelser - 17,6 % pat.sk.)	<b>Information/ Dokumentation</b>	56	12	0	<b>68</b>
	<b>Indlæggelse, indflytning, overflytning</b>	28	9	0	<b>37</b>
	<b>Overdragelse af ansvar, vagtskift mv.</b>	25	11	1	<b>37</b>
	<b>Mellem teams/afsnit/afdelinger</b>	10	15	1	<b>26</b>
	<b>Udskrivning, Udflytning</b>	22	2	0	<b>24</b>
<b>Øvrige processer</b>	70	21	1	<b>92</b>	
<b>Samlet antal patientskader indenfor hovedgruppen</b>		<b>211</b>	<b>70</b>	<b>3</b>	<b>284</b>
<b>Prøver, undersøgelser og prøvesvar</b> (1806 hændelser, - 16 % pat.sk.)	<b>Reaktion på prøve-/undersøgelsesvar<sup>4</sup></b>	64	22	0	<b>86</b>
	<b>Undersøgelse/Prøvetagning</b>	42	6	0	<b>48</b>
	<b>Øvrige processer</b>	148	5	2	<b>155</b>
<b>Samlet antal patientskader indenfor hovedgruppen</b>		<b>254</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>289</b>
<b>Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinalister</b> (800 hæn- delsler - 14,4 % pat.sk.)	<b>Henvisning/ visitation</b>	47	5	0	<b>52</b>
	<b>Udskrivning, Udflytning</b>	25	8	0	<b>33</b>
	<b>Øvrige processer</b>	28	2	0	<b>30</b>
<b>Samlet antal patientskader indenfor hovedgruppen</b>		<b>100</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>115</b>
<b>Medicinering herunder væsker</b> (4517 hændelser - 8,9 % pat.sk.)	<b>Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)</b>	160	18	1	<b>179</b>
	<b>Ordination, receptkontrol</b>	109	15	4	<b>128</b>
	<b>Øvrige processer</b>	83	11	0	<b>94</b>
<b>Samlet antal patientskader indenfor hovedgruppen</b>		<b>352</b>	<b>44</b>	<b>5</b>	<b>401</b>

<sup>2</sup> "Observation" og "Erkendelse af kritisk forværring" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

<sup>3</sup> "Sonder, katetre, dræn m.v." og "CVK, venflon m.m." er sammenlagt i tabellen, da det erfaringsmæssigt er de samme problematikker, der går igen begge steder.

<sup>4</sup> Processerne "Opfølgning på undersøgelse/prøver", "Modtagelse af svar" og "Reaktion på prøve-/undersøgelsesvar" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

Herunder beskrives mønstre og tendenser ved gennemlæsning af hændelser markeret som alvorlige eller dødelige indenfor de formodede særligt risikable *processer* i Tabel 1.

### **Behandling og pleje**

1. Opsporing (diagnostik) og forebyggelse:

Tendensen er, at hændelserne omhandler væsentlige forsinkelser i diagnostik og behandling i længerevarende forløb og i forbindelse med akut indlæggelse. Herunder er der eksempler på, at der ikke handles på tilgængelige oplysninger, der kunne have betydet, at en diagnose kunne være stillet flere måneder før det reelt sker. Tilsvarende beskrives, at der under en aktuel indlæggelse ikke reageres på prøvesvar eller ikke handles på akutte symptomer, mens man afventer prøvesvar. I andre tilfælde fejldiagnosticeres, fordi ét specialiseret spor følges og konklusioner drages, uden at udelukke andre årsager gennem nærmere undersøgelse.

2. Observation/Erkendelse af kritisk forværring:

Hændelserne omhandler manglende eller forsinket reaktion på kritisk TOKS eller symptomer på kritisk forværring, herunder opstået sepsis. I nogle tilfælde er der et delelement af, at vikarer og nyt personale ikke er bekendt med arbejdsgange og rutiner. Det beskrives også, at en ordineret behandling ikke gives, hvilket medfører intensiv indlæggelse.

3. CVK, venflon/Sonder katetre og dræn m.v.:

Disse hændelser handler både om manglende anlæggelse eller forkert anlæggelse af kanyler og sonder m.v. Endvidere rapporteres om manglende tilsyn med, at en anlagt sonde fungerer korrekt og der er eksempler på et inficeret CVK og katetre, der ikke fjernes rettidigt, samt at der f.eks. ikke tages røntgen efter fjernelse af pleuradræn.

4. Tryksår:

Tryksår opstår eller forværres i de beskrevne hændelser som følge af manglende tilpasning af udstyr, herunder madrasser, skinner og forbindinger kombineret med manglende observation og behandling. Der er også relation til sektorskift og overgange, hvor påbegyndt behandling ikke færdiggøres.

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

Overgange mellem sektorer, afdelinger og sundhedspersoner vedrører samarbejdet og kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse samt hospitals-, afdelings- og vagtskifte.

Hændelserne vedrørende *Information/Dokumentation* omhandler manglende dokumentation og information, herunder til patienten i forbindelse med udskrivelse. I forbindelse med *udskrivning* af patienter til kommunal pleje ses:

- at der ikke gives besked til kommunen om, at patienten er kommet hjem.
- at udskrivelse op til en weekend sker uden besked om behandling, medgivelse af nødvendig medicin eller besked om væsentlige medicinændringer.

Mange alvorlige hændelser omhandler *overdragelse af ansvar* og *overflytning* af patienter mellem afdelinger, hvor modtagende afdeling mangler nødvendige oplysninger, hvor selve overflytningen foregår mangelfuldt eller hvor overflytningen forsinkes væsentligt med alvorlige konsekvenser for patienten til følge. Der er følgende mønstre og tendenser:

- At overflytning eller ankomst ikke meddeles modtagende afdeling, hvorfor denne er uforberedt eller ikke er vidende om, at patienten nu befinder sig i afdelingen.
- At manglen på informationer og uklar kommunikation ved indlæggelse eller overflytning betyder, at behandlingen er utilstrækkelig eller at væsentlige oplysninger ikke tages i betragtning, når behandlingen iværksættes.
- At overflytning mellem afdelinger af akut dårlige patienter sker uden ilt og ledsagelse. I nogle tilfælde vurderes, at patienten slet ikke burde være overflyttet p.g.a. sin ustabile tilstand.
- At overflytning af patienter med akutte alvorlige symptomer forsinkes væsentligt, fordi afdelinger afviser at modtage patienten eller akut røntgen/CT-skanning afvises. Det gælder i forbindelse med f.eks. apopleksi, neurologi, lungeemboli m.v.

Internt i afdelingerne medfører travlhed, at ordineret behandling aldrig iværksættes, at en vurderet nødvendig overflytning ikke sker, at der ikke følges op på prøvesvar eller at patienter mangler tilsyn med forværring til følge. I nogle tilfælde henvender sygeplejersker sig gentagende gange omkring forværring af patienter, hvor lægen afviser at tilse patienten.

### **Prøver, undersøgelser og prøvesvar**

Der rapporteres hyppigt om alle delprocesserne i et undersøgelses-/prøvetagningsforløb. Mange af problematikkerne har relation til overgange, da processerne ofte er forbundet med skift mellem sektorer, afdelinger og sundhedspersoner.

#### **1. Reaktion på prøve-/undersøgelsessvar:**

Hændelserne omhandler både manglende reaktion på prøvesvar i patientforløb, hvor flere afdelinger eller sektorer er involveret og hændelser, hvor der under én indlæggelse ikke reageres rettidigt på kritiske prøvesvar. Følgende mønstre og tendenser kan identificeres:

- At prøvesvar ikke ses, fordi det er rekvireret og ligger forkert i systemet.
- At røntgenbilleder, CT-skanninger og EKG på en indlagt patient ikke ses i afdelingen, hvorfor behandling iværksættes forsinket.
- At patienter udskrives uden at der gives svar på undersøgelser/prøver med særlige OBS-punkter.
- At patienter får besked om, at de ikke fejler noget trods skæve prøve-/undersøgelsessvar eller at beskeden gives forsinket, hvilket medfører indlæggelse.
- At kræftdiagnoser m.v. forsinkes mange måneder, fordi der ikke følges op på prøvesvaret.

## 2. Undersøgelse/Prøvetagning:

De alvorlige hændelser beskriver forsinket prøvetagning og undersøgelse af patienter i forbindelse med indlæggelse. Det handler både om, at patienten vurderes, men ikke henvises til undersøgelse, at der ikke udføres løbende observation og målinger på en indlagt patient, hvor kritisk forværring derfor konstateres sent og at det afvises at modtage en patient til f.eks. røntgenundersøgelse.

## **Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister**

*Henvisning, ind/udskrivelse og medicinlister* har også relation til overgange.

### 1. Henvisning/visitation:

Det rapporteres, at henvisninger ikke sendes, at der ikke indkaldes til kontroller i et behandlingsforløb eller til opfølgning på fund i et udredningsforløb. Desuden beskrives, at en henvisning til videre undersøgelse/udredning ikke respekteres, idet patienten omvisiteres uden at konferere med henvisende afdeling.

### 2. Udskrivning, udflytning:

Udskrivelsesproblematikkerne går på mangler i overlevering til kommunen, idet der mangler medicinafstemning, medicin, hjælpemidler og/eller fyldestgørende epikrise. Det ses, at dårlige patienter udskrives uden at være færdigbehandlet med genindlæggelse på intensiv afdeling til følge. Der er i den forbindelse også tale om, at der ikke er handlet på alvorlige prøvesvar eller at afdelingens egen vurdering af behov for fortsat indlæggelse og behandling ikke følges op.

## **Medicinering herunder væsker:**

De processer, der oftest giver anledning til rapportering af en utilsigtet hændelse er: *Administration og Ordination/receptkontrol*. Problematikkerne omfatter:

- Håndtering af risikomedicin, herunder insulin og blodfortyndende medicin. Bl.a. pauseres eller seponeres blodfortyndende medicin uden videre planlægning eller det seponeres ikke ved overgang til anden tilsvarende medicin (overdosering) eller det administreres umiddelbart inden operation.
- Forkert administrationsvej i kombination med travlhed, uerfarent personale og komplekse patienter.
- U hensigtsmæssig selvadministration, hvor patienten ikke magter det.
- At vanlig medicin ikke gives under indlæggelse, fordi det ikke er en del af standardsortimentet eller fordi der ikke er taget stilling hertil ved indlæggelse.
- At der ordineres medicin trods: CAVE, kontraindikation pga. interaktion med anden medicin, at patienten er indlagt pga. forgiftning, hvor patienten gives denne medicin under indlæggelsen eller at patienten er medicinmisbruger.
- At medicin overdoseres, herunder faktor-10-fejl.
- At medicin ordineres og gives i et behandlingsforløb ud fra et foreløbigt prøvesvar og efterfølgende konstateres unødvendig ved endeligt prøvesvar.

## 2. Hvad rapporterer patienter og pårørende om?

Patienter og pårørende har siden september 2011 haft mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser til DPSD. Patienten og de pårørende kan være med til at gøre opmærksom på væsentlige områder, der kan give værdifuld læring som sundhedspersonerne ikke umiddelbart ser. Det gælder f.eks. i forhold til at vurdere effekten af en behandling og patientforløbet som helhed, da patienten og de pårørende er de gennemgående personer, der oplever både situationer, overgange og livet efter en behandling. Det gælder også i forhold til oplevelsen af kommunikation og information, dvs. hvorvidt patienter og pårørende har følt sig tilstrækkeligt inddraget og informeret.

Den værdifulde viden som patienter og pårørende kan bidrage med, er imidlertid fortsat en mangelvare i patientsikkerhedsdatabasen, da kun 178 af de rapporterede hændelser i 2014 kom fra denne rapportørgruppe. Det svarer til 1,3 % af det samlede antal rapporterede hændelser. Mange af beretningerne bærer desuden præg af, at den rapporterende patient eller pårørende selv er sundhedsperson, hvilket reelt må give en formodning om, at rapporteringssystemet mest er kendt blandt sundhedsvæsenets eget personale.

**Tabel 3**

<b>Rapporterede hændelser fordelt på sagstyper 2014</b>				
	<b>Patient-rapport</b>	<b>Pårørende-rapport</b>	<b>Sundheds-faglig rapport</b>	<b>I alt</b>
<b>Rapporteret</b>	102	76	13486	13664
<b>Rapporteret i %</b>	0,7%	0,6%	98,7%	100,0%

### **Alvorlighedsgraden i rapporter fra patienter og pårørende**

Når patienter og pårørende rapporterer, er hændelserne gennemsnitligt alvorligere end hændelser rapporteret af sundhedspersoner, hvilket også blev konstateret i 2013. 24,3 % af hændelserne fra patienter og pårørende omhandler således en patientskade, dvs. at hændelsen som minimum medførte et øget behandlingsbehov. Tallet er 15,4 % for hændelser rapporteret af sundhedspersoner. Tendensen ses imidlertid kun i forhold til de moderate hændelser, hvor skaden ikke er permanent. De alvorlige og dødelige hændelser rapporteres i 2014 oftere af sundhedspersoner end af patienter og pårørende.

## Hændelsestyper og emner i rapporter fra patienter og pårørende

### Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende:

En del af de rapporterede hændelser fra patienter og pårørende handler om mangler i kommunikation og inddragelse samt følelsen af, at der ikke lyttes. Herunder rapporteres om:

- At der ikke reageres, når der beskrives symptomer og udtrykkes bekymringer, der bør give anledning til, at der visiteres til nærmere undersøgelse.
- Uheldige situationer, hvor følsomme beskeder omkring alvorlige diagnoser overleveres på en uhensigtsmæssig måde eller hvor en samtale på anden vis forløber, så patienter og pårørende ikke føler sig set, hørt og forstået.
- At der ikke reageres på beskrevne symptomer på forværring i et eksisterende behandlingsforløb.
- At pårørendes ressourcer ikke inddrages tilstrækkeligt, selv om de ligger inde med informationer, der kan være med til at forebygge fejl.
- At pårørende ikke informeres eller tilkaldes, når patientens tilstand forværres, f.eks. i et terminalt forløb.

### Patientforløb – tilrettelæggelse og flow:

Der berettes om patientforløb og enkeltstående akutte besøg på hospitalet i forbindelse med et behandlingsforløb, hvor procedurerne opleves usmidige og præget af skiftende sundhedspersoner. Dette medfører utryghed omkring, hvor man skal henvende sig og hvem der har behandlingsansvaret. I flere tilfælde udtrykkes direkte eller indirekte ønsker om kontinuitet ved én gennemgående behandlingsansvarlig læge. Det sker ofte som følge af, at det opleves:

- At kommunikation og information går tabt i overgangene, hvilket bl.a. medfører forkert diagnose, forkert undersøgelse/prøvetagning eller forkert behandling.
- At det virker som om eller er tydeligt, at sundhedspersonalet ikke har læst journalen eller sikret sig andre nødvendige oplysninger omkring f.eks. medicinering, inden undersøgelse eller behandling gennemføres.
- At der ikke følges op på henvendelser på det tidspunkt, hvor det er aftalt, at der aldrig ringes tilbage eller at patient/pårørende afvises af en sekretær uden, at henvendelsen vurderes eller følges op af sundhedsfagligt personale.
- At der ikke iværksættes undersøgelser eller behandling, som patienten har fået fortalt er nødvendig eller der ikke indkaldes til kontrol efter operation.

Nogle af de rapporterede hændelser omhandler et helt patientforløb, men temaet omkring manglende kontinuitet er også et delelement i flere af de situationer, der i øvrigt rapporteres om.

### Behandling og pleje:

1/3-del af de hændelser som patienter og pårørende rapporterer, omhandler problemstillinger i forbindelse med behandling og pleje.

### Opsporing, diagnostik og forebyggelse:

Halvdelen af hændelserne omkring behandling og pleje omhandler *opsporing, diagnostik og forebyggelse*. Det handler bl.a. om mangler i undersøgelsen, der fører til forkert eller forsinket diagnose og dermed forsinket behandling. Der er i den forbindelse flere eksempler på brud på knogler, der ikke konstateres pga. manglende røntgenundersøgelse. Det handler også om, at der ikke reageres på bekymringer fra forældre eller andre pårørende samt på symptomer eller prøvesvar, der kræver handling. Dette fører til, at patienter udskrives og genindlægges eller at et indlæggelsesforløb forlænges.

#### Observation og erkendelse af kritisk forværring:

Der rapporteres om situationer med lange ventetider i forhold til vurdering og behandling, hvor patienten i mellemtiden ikke får vanlig medicin eller mad og hvor det er svært at få kontakt med personalet i en nødsituation. Under indlæggelse rapporteres om, at der ikke reageres ved nødkald og om manglende tilsyn samt at tilkald af læge afvises ved bekymringer og oplevet forværring af patientens tilstand.

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

Der rapporteres om mangler i videregivelse af oplysninger og i planlægningen af det videre forløb i forbindelse med en udskrivelse eller visitering til undersøgelse og behandling. Det handler både om medicinering, ernæring, besked om og planlægning af genoptræningsforløb samt iværksættelse af efterbehandling og pleje.

#### **Prøver, undersøgelser og prøvesvar**

Rapporteringerne omhandler bl.a. udfald af *screeningsprogrammer*, hvor patienter ikke er blevet indkaldt og forsinket eller manglende opfølgning på prøvesvar. Der er imidlertid en del rapporteringer, der omhandler selv prøve- eller undersøgelsessituationen. Her rapporteres bl.a. om, at der udføres forkerte undersøgelser eller tages forkerte prøver. Det drejer sig bl.a. om biopsier, der ikke matcher det, der er ønsket og angivet fra henvisende læge. Endvidere rapporteres om, at undersøgelse eller prøvetagning i nogle tilfælde udføres smertefuldt uden kommunikation eller hensyntagen til patienten.

#### **Medicinering:**

Patienter og pårørende rapporterer oftest omkring *administration* af medicin, herunder:

- At patienten ikke får vanlig medicin under indlæggelse.
- At der administreres seponeret medicin.
- At personalet giver medicin, der står til selvadministration.

I den forbindelse giver pårørende udtryk for, at de ikke inddrages selv om de har styr på, hvad og hvordan patienten får medicin. Endvidere opleves, at ordinerede medicinændringer i forbindelse med en stuegang ikke træder i kraft samme dag selv om ordinationen er skrevet i journalen. Det skyldes f.eks., at ordinationen ikke er overført til administrationsoversigten.



# 3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde

## Regionale problemstillinger identificeret i 2014

Kvalitet og Data har gennemlæst alle hændelser, der var dødelige, alvorlige og moderate patientskader for månederne september til december 2014. Det var alvorlig læsning, men også en læsning, der gav motivation til at gøre en endnu større indsats for patientsikkerhedsarbejdet.

Der var mange forskellige problemstillinger, men der er nogle, der giver anledning til særlig opmærksomhed.

De nedenstående fire udvalgte problemstillinger understøttes af UTH-analysen i de foregående afsnit samt af erstatnings- og klagesagerne.

### Overgange mellem afdelinger og sektorer

Der er ingen tvivl om, at overgange både mellem afdelinger og sektorer er risikofyldte, især for kritisk syge patienter. Manglende kommunikation og samarbejde kan få meget alvorlige konsekvenser for patienterne. Alvorligt syge patienter har ikke fået den rette behandling pga. dårlig kommunikation mellem parterne, og kritisk syge patienter er blevet overflyttet uden ledsagelse.

Et eksempel på UTH:

*Patient indbringes i akutafdeling med et meget lavt blodsukker på 1,3 mmol/l. Behandles med glukose i akutafdeling og retter sig på dette. Ligger 3 timer i akutmodtagelsen inden overflytning til stamafdeling. Ved ankomst til stamafdeling er patientens tilstand dårlig med bleg og gusten hud og rallende vejrtrækning. 5 minutter efter ankomst til stamafdeling må der kaldes akutkald. Patienten har blodforgiftning med organsvigt, og afgår ved døden få timer senere*

I erstatnings- og klagesager ses ligeledes forsat en del klager på svigt: '*..kontinuitet af kontaktperson og gennemgående... lægekontakt eller helt mangel herpå..*'.

I et par forløbsklager er den registrerede læring: at '*Begrænse antallet af læger, der deltager i behandlingen af den enkelte patient. En anden '... der er taget initiativ til at oprette en forløbskoordinator... for det relevante område.*' Et tredje og sidste initiativ: '*Der arbejdes på en gennemgående læge til samme patient*'.

En erkendt kommunikationsbrist giver anledning til, at der vil blive: '*...taget kontakt til de ledende overlæger på de to afdelinger mhp at drøfte kommunikation mellem afdelingerne ved overflytning.*'

Der er ligeledes strammet op: '*... omkring aftaler om opfølgning ved udskrivelse.*'

### Forsinket diagnostik og behandling

Der ses desværre talrige eksempler på forsinket diagnostik og behandling.

Et eksempel:

*En CT- skanning for blodprop i lungen viser som bifund en 8 mm stor fortætning i højre lunge. Undersøgelsen skulle angiveligt forevises på en lungekonference, men bliver af uvisse grunde aflyst og der bliver således ikke ageret på, at det kan være en ondartet forandring i højre lunge. 6 måneder senere kommer patienten til udredning for occult cancer, hvor der påvises vækst af tumor i højre lunge og samtidig påvises metastaser i hjernen.*

I erstatnings- og klagesager ses, at patienterne i 2014 har indgivet et stigende antal klager over enten *fejl i, for sent og/eller manglende diagnosticering* af deres sygdom. Det mest klassiske er oversete brud og ledbåndsskader. Dertil kommer en del tilfælde, hvor kræft i første omgang er blevet overset. Okkulte blødninger med fatale følger og betændte blindtarme, der springer samt oplevelser af, at tidsafhængige behandlinger forsømmes (trombolyse). Nogle tilfælde har været med dødelig udgang. Trods massive klager over mangel og/eller fejl i diagnosticeringen spores kun få registreringer af læringsinitiativer. De respektive hospitaler har hhv. registreret, at der skal ske *'...en drøftelse af problemet vedrørende ventetid på akutte undersøgelser'* og *'... ændret procedure for hvem der undersøger prøverne...'*, samt *'.. i fremtiden være opmærksomme på at iværksætte biopsi/diagnostiske undersøgelser i usædvanlige tilfælde.'* og endelig: *'... præcisering af hvilke undersøgelser der skal foreligge før iværksættelse af ... behandling.'*

### **Personalemangel**

Det kan være kritisk for patienterne, hvis der er for lidt personale til stede. Der er eksempler på vigtige notater, der ikke bliver skrevet rettidigt, og ikke mindst vikarer eller nyuddannede medarbejdere, der står alene med et ansvar, som de ikke har tilstrækkelige kompetencer til at løfte. Dette kan få alvorlige følger for patienterne. Et eksempel:

*En nyuddannet sygeplejerske skal skylle dræn hos en kompleks patient, samt give patienten medicin. Patienten har sonde, og skal have noget af medicinen ad den vej, og noget af medicinen skal gives i blodåre. Sygeplejersken instrueres af en ældre sygeplejerske i hvordan medicinen skal gives. Efter kort tid høres råb fra stuen. Patienten er udadreagerende, hallucinerende og råbende. Det viser sig, at den nye sygeplejerske har givet et middel mod forstoppelse i åren i stedet for i sonden. Patienten må have vagt i 2 timer før der falder ro på. Der er sket lignende fejl ved samme patient 2 gange før.*

### **Lytte til patient og pårørende**

Der var desværre også flere eksempler på, at personale ikke havde taget patient eller pårørendes bekymring alvorligt, hvilket kunne have forhindret hændelsen.

Et eksempel:

*Et spædbarn bliver født med grønt fostervand. Barnet er efter fødslen ekstremt grædende og utrøsteligt. Jordmoderen konkluderede, at alt er som det skulle være. Forældrene er meget nervøse, da de synes, at*

*barnet græder meget og har besværet vejrtrækning. De beder derfor et andet personalemedlem se på barnet, da de skal forlade afdelingen. Barnet bliver straks indlagt, og er indlagt i 7 dage til antibiotisk behandling.*

I erstatnings- og klagesager er en patient fejlagtigt blevet afsluttet, selv om patienten påtaler fejlen. Derpå afholdes: '*... en samtale med alle involverede...*'. Hvad afdelingen lærte af dialogen fremgår ikke.

Andre patienter har klaget over, at de ikke: '*..føle(r) sig lyttet til/taget alvorlig, forstået, medinddraget, talt med, men talt ned til og informeret*'. Dertil kommer flere klager over at have fået *modstridende oplysninger*.

I denne kategori af klager ses dette forsøgt imødekømt ved at kommunikation i et par tilfælde er sat i fokus for læring: '*Diskussion i afdelingen vedr. god kommunikation*'. Det fremgår også, at der skal ske en: '*Bedre forventningsafstemning med patient og pårørende ved indlæggelse*'. En tredje erkendelse om manglende information er: '*At information er vigtig, især til borgere, der ikke har dansk som modersmål*'.

Disse fire områder giver alle anledning til, at der bør rettes en særlig opmærksomhed på hvordan sådanne hændelser kan forebygges.

## **Status på fælles regionale tiltag for 2014**

I 2013 blev identificeret en række problemstillinger. I afsnittet herunder gennemgås hver enkelt problemstilling med henblik på at belyse, hvor langt RM er med indsatsen på området i løbet af 2014.

### **Proaktiv patientsikkerhedskultur og ledelsesfokus**

I 2014 har vi oplevet et tiltagende engagement fra regionens hospitalsledelser, hvilket også er kommet til udtryk i Strategiplanen for Kvalitet og Patientsikkerhed 2014-17, hvor Patientsikkerhed har fået sit eget spor. Der er stor opbakning til, at det ikke er tilstrækkeligt at arbejde med patientsikkerhed ved at analysere UTH'er. Der skal en proaktiv indsats til, hvor de risikofyldte processer identificeres og forebygges.

Flere hospitalsledelser viser også stort engagement i behandlingen af hospitalets dødelige og alvorlige UTH'er.

Lidt sværere er det, at få engageret afdelingsledelserne. Der er heldigvis afdelingsledelser, der går forrest i patientsikkerhedsarbejdet med stort engagement, men der er desværre stadig også afdelingsledelser, der endnu ikke har erkendt, at de bærer et stort ansvar i at drage læring og skabe forandringer ud fra UTH'erne.

Den erkendelse tror vi på nok skal komme, hvis blot de får en dybere indsigt i området. Det vil vi forsøge at bidrage til, eksempelvis ved større udbud af regionale konferencer i både kvalitet og patientsikkerhed.

## Lægernes deltagelse i patientsikkerhedsarbejdet

Vi har endnu ikke kunnet spore den store forskel i lægernes deltagelse i patientsikkerhedsarbejdet, men der begynder at ske lidt her og der. Et hospital har nedsat et reviewteam til analyse af alvorlige hændelser bestående af læger, og på alle hospitalerne er der læger involveret i arbejdet med GTT.<sup>5</sup>

Vi har forsat en opgave med at få patientsikkerhed sat på dagsordenen hos lægerne og vi ser, at vi har to store udfordringer i forhold til dette:

1. Lægerne er vant til at arbejde evidensbaseret, og mange af de proaktive patientsikkerhedstiltag er svære at skabe evidens for. Vi skal overbevise lægerne om, at alting ikke først skal evidensbaseres ift. om det er billigere og bedre, men simpelthen fordi det giver god mening. Samtidig skal vi opmuntre dem til at medvirke til at skabe evidensen.
2. Skyld og skam modvirker læring af fejl. Mange læger har frygt for at få en klagesag. Det medfører uundgåeligt, at det bliver sværere at tale om fejl og UTH'er. Der findes ikke nogen nem løsning på denne problemstilling. En engelsk artikel foreslår, at bedre ledelsesmæssige kompetencer, større åbenhed og mere fokus på chikaneklager<sup>6</sup> kan lette byrden af en klagesag.

## Undervisning i patientsikkerhed på alle sundhedsuddannelser

Patientsikkerhedsundervisningen på alle sundhedsuddannelser er ved at være kortlagt. Herefter kommer en opfølgning på om indhold og mængde er tilstrækkeligt. Dette arbejde skal foregå i 2015.

Efteruddannelse af det eksisterende personale indenfor patientsikkerhed er et andet vigtigt område. Vi skal sikre, at der er relevante tilbud til disse medarbejdere. Eksempelvis ved lokale konferencer.

## Midt EPJ

I efteråret 2014 fik It-afdelingen endelig sin egen risikomanager. Ordningen er endnu ny, så det er for tidligt at tale om effekten heraf, men det er en stor lettelse for risikomanagerne på hospitalerne, at de nu har mulighed for at videresende IT-sager, som den lokale SundhedsIT ikke har mulighed for at løse.

## Prøvesvar

Det er vigtigt, at de tekniske løsninger understøtter arbejdsgange og patientsikkerheden. Der arbejdes meget ihærdigt på, at der skal komme advisering fra Patologisystemet, når der er svar på undersøgelser og en bedre integration mellem RIS

---

<sup>5</sup> Global Trigger Tool

<sup>6</sup>Bourne, Tom et al: The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey, *BMJ Open* 2015;5:e006687 doi:10.1136/bmjopen-2014-006687

og MidtEPJ kommer med RM17. Dertil kommer, i forbindelse med RM16, en funktionalitet, hvor prøvesvar (biokemi, mikrobiologi, billeddiagnostik og arkivsvar) følger patienten. Det vil sige, at hvis patienten flyttes, så følger svaret med.

### **Medicineringsfejl**

Det er en stor opgave at forebygge medicineringsfejl. Nogle fejl kan forebygges med understøttende funktionaliteter i Midt EPJ, men de fleste fejl har baggrund i arbejdsgange. Hospitalerne arbejder alle med medicineringssikkerheden på forskellig vis. Fra regional side har fokus på området primært været på Fælles Medicinkort (se afsnit om FMK) og lægernes kompetencer i brugen af medicinmodulet i MidtEPJ. I efteråret 2015 vil regionen, som en del af Strategiplanen, sætte fokus på risikomedicin.

### **Infektionshygiejne**

Det nationale system HAIBA (Hospital Acquired Infections database) er i testfase, og vi er spændt på, hvilken effekt databasen vil have, når den går i luften i løbet af året. Data fra HAIBA kan dog ikke løse alt og der er fortsat brug for forebyggende indsatser. Her kan flere af pakkerne fra Patientsikkert Sygehus være hjælpsomme. Der er i 2014 iværksat en indsats på at udvikle kompetencerne på hygiejneområdet, herunder hos serviceassistenter.

Det er påkrævet, at området får en større opmærksomhed, da der er et tiltagende antal patientklager/- erstatningssager, som opstår fordi patienten har *pådraget sig en infektion* under hospitalsopholdet.

### **Medicinsk udstyr**

Året har vist at det ikke er flere retningslinjer, der er behov for, men et tættere samarbejde med serviceafdelingerne, herunder Indkøb og Medicoteknik. Der arbejdes derfor på en model, med kontaktpersoner i serviceafdelingerne. De kan hjælpe i de tilfælde, hvor problematikker omkring medicinsk udstyr har et regionalt perspektiv.

### **Kommunerne mangler rapporteringer fra hospitalerne**

Antallet af rapporteringer fra hospital til kommune er vigtige for kommunernes kvalitetsudvikling. Der er sket en lille fremgang fra 41 rapporterede hændelser i 2013 til 133 i 2014. Det er positivt, men kommunerne har brug for endnu flere rapporteringer i forhold til, når noget f.eks. går galt i forbindelse med indlæggelser og overleveringen fra kommune til hospital. Det er vigtigt, at personalet på hospitalerne opfordres til at rapportere relevante hændelser.

## Status på fælles regionale tiltag iværksat i 2013

### Patientsikkert Sygehus

Kirurgisk Tjekliste er implementeret på alle afdelinger i regionen med kirurgiske funktioner. Ved audit har det vist sig, at 3 hospitaler har en målopfyldelse > 95%. Dvs. at tjeklisten bruges ved mere end 95 % af alle kirurgiske indgreb.

Sepsispakken er ligeledes godt implementeret, men grundet omlægningen af dataarbejdet er der ved udgangen af 2014 endnu ikke valide data for målopfyldelsen. Tryksårspakken er ligeledes godt i gang, men også her afventes valide data.

I Strategiplanen er det tilkendegivet, at de gode erfaringer fra projektet Patientsikkert Sygehus skal udbredes til hele regionen. Det er endnu ikke afklaret, hvordan det skal udmøntes.

### Global Trigger Tool

Metoden blev vedtaget af regionerne i 2013 som metode til at opgøre antallet af patientskader. Det er mellem regionerne og regeringen aftalt, at antallet af patientskader skal reduceres med 20 % på 3 år. Metoden har vist sig ikke at kunne stå mål med formålet. GTT er en god metode til lokal kvalitetsudvikling, men den har ingen evidens som målemetode for et samlet antal patientskader. Hospitalerne holder endnu fast i den forholdsvist ressourcetunge metode, da det endnu er for tidligt at konkludere, hvilken lokal læring metoden har bidraget til.

Der arbejdes i mellemtiden aktivt på, at finde alternative metoder til at måle antallet af patientskader.

### Fælles Medicinkort

FMK har haft en hård start. Da Region Midtjylland udrullede systemet, var det umodent og fejlfyldt. Det betød, at lægerne mistede tilliden til systemet. De fleste tekniske fejl er nu rettet. Der er stadig plads til forbedringer i funktionaliteten og der kommer løbende forbedringer, der udarbejdes i tæt samarbejde med lægerne.

Det har været svært at genskabe lægernes tillid til systemet, og få dem til at bruge systemet ved alle afsluttede kontakter.

Derfor er der lavet en massiv regional indsats på at komme i mål med brugen af FMK. En del af denne indsats er at sikre lægernes kompetencer i brugen af FMK.

### “Hvis der er sket noget, der ikke skulle være sket...”

Region Midtjylland udgav i slutningen af 2013 en pjece, henvendt til patienter og pårørende, der samlet fortæller om mulighederne for at klage, søge erstatning og rapportere utilsigtede hændelser. Pjecen er taget i brug på de fleste af regionens hospitaler, men det har indtil nu ikke haft den ønskede effekt, da antallet af rapporterede hændelser på 178 er stort set uændret fra 2013, hvor tallet lå på 139. Der er brug for en indsats for at oplyse borgerne om disse muligheder. Regionen afventer, om der kommer en national oplysningskampagne fra Patientombuddet inden der iværksættes yderligere.

### **Sikker Patientidentifikation**

En analyse af UTH'er på området rapporteret i perioden juni 2013 og til og med maj 2014 viste, at hændelserne i den periode ikke har haft alvorlige konsekvenser for patienterne. Det vurderes på baggrund af hændelserne, at tekniske løsninger ift. ID-armbånd næppe vil kunne forhindre hændelserne.

Der er hovedsageligt tale om arbejdsgangsproblematikker i hændelserne. Det ses særlig tydeligt, når sundhedspersonen i forbindelse med rapporteringen selv erkender, at hændelsen kunne have været undgået, hvis den korrekte procedure for patientidentifikation var fulgt. Analysen gentages i 2015, for at vurdere effekten af Sundhedsstyrelsens vejledning fra december 2013.

### **Patientsikkerhedskurser**

Region Midtjylland afholder i samarbejde med Region Nordjylland hvert år to kurser i patientsikkerhed, henholdsvis et grundkursus og et opfølgingskursus. Deltagerne er afdelingernes patientsikkerhedsnøglepersoner. Grundkurset har til formål at sikre deltagerne viden om patientsikkerhedsarbejdets baggrund og organisering. Opfølgingskurset fokuserer på at udbrede ny viden indenfor området.

*Effekt:* Kurserne sikrer en løbende efteruddannelse af afdelingernes patientsikkerhedsnøglepersoner og en styrkelse af patientsikkerhedsorganisationen både inden for regionen og regionerne imellem.

## 4. Regional årsopgørelse over rapporter til DPSD

### Antal rapporterede hændelser i 2014

Der er rapporteret 13664 hændelser i 2014. Heraf er 12980 sager optaget til sagsbehandling. 5 % af sagerne er dermed afvist eller slettet efter rapporteringen.

Årsagerne til sletning/afvisning af en hændelse er typisk:

- At sagen er for dårligt oplyst og rapportøren samtidig er anonym.
- At hændelsen er rapporteret flere gange.
- At hændelsen rapporteres for lang tid efter den er sket til, at hændelsen faktisk kan undersøges.
- At sagen rapporteres til et forkert hændelsessted og først længe efter rapporteringen finder vej til den rette sagsbehandler.
- At der reelt ikke er tale om en utilsigtet hændelse, men f.eks. en serviceklage o.a.

**Tabel 2**

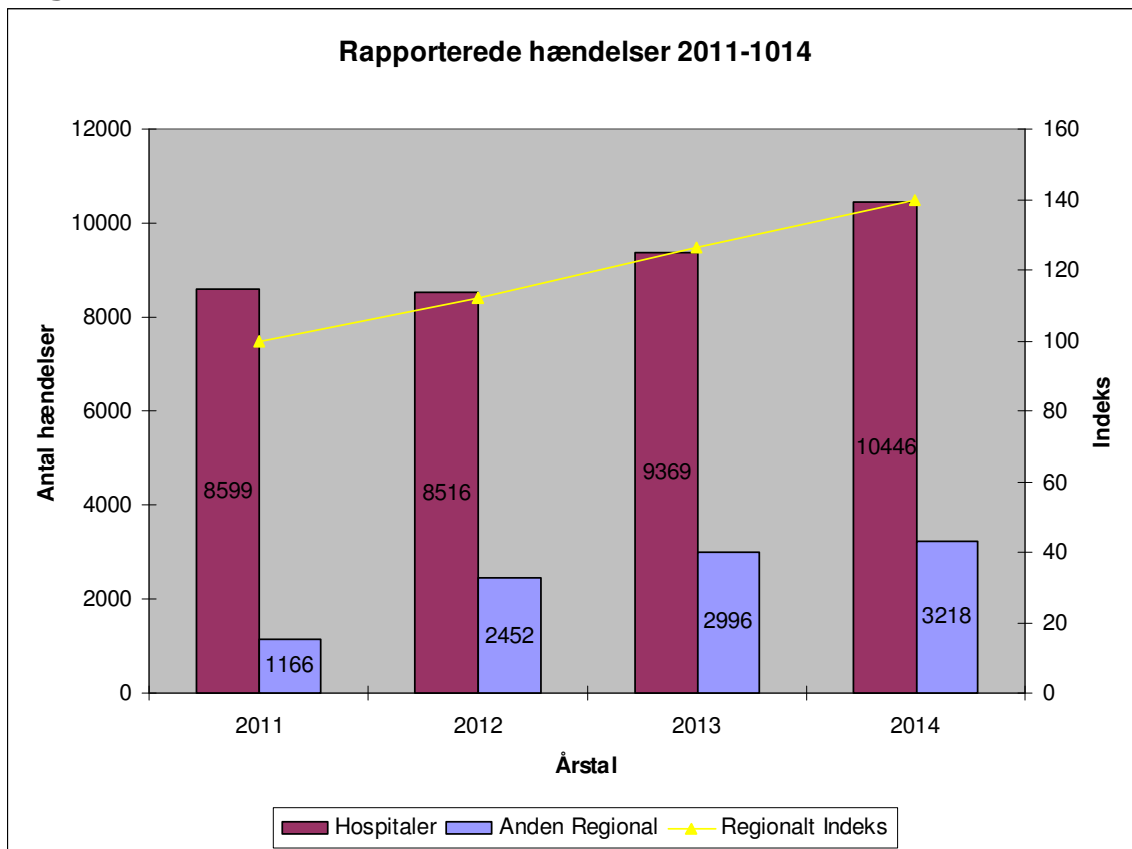
<b>Antal rapporterede hændelser og slettede/afviste 2014</b>					
<b>Sektorer</b>	<b>Hospitalsenhed/ lokation</b>	<b>Rappor- teret</b>	<b>Slettet/ afvist</b>	<b>Andel slettet/ afvist i %</b>	<b>Optaget til behandling</b>
<b>Hospitalsenhed</b>	<b>Ukendt</b>	10	4	40,0%	6
	<b>Somatiske hospitaller</b>	9680	517	5,3%	9163
	<b>Psykiatrien</b>	756	34	4,5%	722
<b>Anden regional</b>	<b>Præhospital</b>	187	4	2,1%	183
	<b>Apoteker</b>	121	15	12,4%	106
	<b>Praksissektoren</b>	1286	59	4,6%	1227
	<b>Regionale botilbud (socialområdet)</b>	1624	51	3,1%	1573
<b>Hele Region Midtjylland</b>		<b>13664</b>	<b>684</b>	<b>5,0%</b>	<b>12980</b>



## Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser

Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser har hidtil været kraftigt stigende, men er fladet noget ud de sidste par år. Stigningen har i 2014 været på 11 % for *Hospitalerne*, hvilket svarer nogenlunde til stigningen sidste år. Stigningen er på 7 % for *Anden regional* mod 22 % sidste år. De regionale områder har alene været en del af patientsikkerhedsordningen siden september 2010, hvorfor stigningen meget gerne skulle fortsætte i de kommende år på de fleste af områderne. Det gælder særligt for praksissektoren, fordi andelen af rapporterede UTH står i stor kontrast til antallet af konsultationer som f.eks. almen praksis og speciallæger gennemfører årligt. Udviklingen går i den sammenhæng noget langsommere end ønskeligt. Det gælder ikke mindst fordi 1133 af hændelserne rapporteret til praksisområdet, er rapporteret fra andre sektorer. Herunder er 905 hændelser rapporteret fra hospitalerne, hvoraf ca. 800 handler om fejl i indsendte prøver til laboratorierne på hospitalerne.

Diagram 1



## Alvorlighed af hændelserne

Alvorlighedsgraden angives som den *faktuelle skade* som patienten blev påført ved hændelsen. Den *potentielle skadevirkning* skal ikke tages i betragtning.

Alvorlighed	Skade
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanente skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig

Til årsrapporten trækkes data på afsluttede sager i 2014, når fordelingen på alvorlighedsgrader vises i tabellen herunder. Rapportørerne tager ofte den potentielle skadevirkning i betragtning. Men sagsbehandlerne har pligt til at ændre alvorlighedsgraden, hvis rapportøren ikke har scoret hændelsen efter den faktuelle skadevirkning. Derfor bør billedet være mere retvisende, når kun afsluttede sager medtages i årsrapporten.

**Tabel 4**

Alvorlighedsgraden af de afsluttede hændelser i 2014 (Afsluttede sager: 13.412)					
Lokation	Ingen	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospital	2	1	2	0	0
Somatiske hospitaler	5722	1875	1342	272	23
Psykatrien	474	165	63	45	27
Præhospital	86	25	33	14	0
Apoteker	70	21	15	0	0
Praksissektoren	385	786	194	7	4
Regionale botilbud	1539	183	33	2	2
<b>Hele Region Midtjylland</b>	<b>8278</b>	<b>3056</b>	<b>1682</b>	<b>340</b>	<b>56</b>
<b>i %</b>	<b>61,7 %</b>	<b>22,8 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>0,4 %</b>

Fordelingen af hændelser på alvorlighedsgrader er stort set identisk med sidste år, herunder andelen af rapporterede hændelser, der har givet anledning til en egentlig

*patientskade*. 15,4 % af hændelserne er klassificeret som enten moderate, alvorlige eller dødelige, fordi de som minimum gav anledning til en øget behandlingsindsats eller indlæggelse.

## Hændelsernes fordeling på hændelsestyper

Hændelsestyperne byggede indtil 2013 på *WHO-klassifikationen*. I 2014 er der imidlertid indført en ny *DPSD-klassifikation*, der er *differentieret*, idet visningen af hændelsestyperne er tilpasset de enkelte sektorer, f.eks. har Præhospitalet fået deres egne kategorier: "*Ambulancer, akutbiler og helikoptere m.v.*", "*Teknisk disponering*" og "*Præhospital behandling*". Endvidere vises hændelsestypen: "*Kirurgisk behandling, herunder ECT, anæstesi m.v.*" kun når der vælges en sektor, hvor der rent faktisk udføres operationer.

Hændelsestypen angives fra 2014 af rapportøren, men kan tilrettes af sagsbehandleren undervejs. Derfor gennemføres dataudtræk til årsrapporten på sager afsluttet i 2014, da det bør give et mere retvisende billede af, hvordan hændelserne reelt fordeler sig på hændelsestyper. Det betyder, at sagerne kan være rapporteret i både 2013 og 2014 under henholdsvis WHO- og DPSD-klassifikationen. Mange af kategorierne i de to klassifikationer svarer imidlertid til hinanden. Derfor er kategorierne sammenlagt i tabel 5 på næste side, hvor det har været muligt. Kun kategorierne "*Administrative processer*" og "*Kliniske processer*" fra den gamle WHO-klassifikation er bevaret, da de dækker over flere forskellige kategorier i den nye DPSD-klassifikation.

Fordelingen af hændelser er nogenlunde ens fra år til år og en ny hændelsesklassifikation ændrer ikke herpå, omend de nye kategorier kan få visse hændelsestyper til at fremstå mere tydeligt.

De hyppigst rapporterede hændelser er markeret med henholdsvis orange og gult i tabellen på næste side. Disse er i rækkefølge:

1. Medicinering, herunder væsker.
2. Prøver, undersøgelser og prøvesvar.
3. Overlevering af information, ansvar, dokumentation.
4. Behandling og pleje.
5. Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister.

**Tabel 5**

<b>Hændelsestyper – afsluttede sager 2014</b>		
<b>Hændelsestyper (Afsluttede sager: 13412)</b>	<b>Antal sager</b>	<b>I procent</b>
<b>Anden utilsigtet hændelse</b>	464	3,5%
<b>Ambulancer, akutbiler, helikoptere m.v.</b>	11	0,1%
<b>Behandling og Pleje</b>	950	7,1%
<b>Blod og blodprodukter</b>	138	1,0%
<b>Gasser og luft</b>	22	0,2%
<b>Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister</b>	800	6,0%
<b>Infektioner</b>	66	0,5%
<b>IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.</b>	249	1,9%
<b>Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.</b>	127	0,9%
<b>Medicinering herunder væsker</b>	4502	33,6%
<b>Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.</b>	469	3,5%
<b>Overlevering af information, ansvar, dokumentation</b>	1615	12,0%
<b>Patientidentifikation</b>	451	3,4%
<b>Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader</b>	504	3,8%
<b>Præhospital behandling</b>	8	0,1%
<b>Prøver, undersøgelser og prøvesvar</b>	1806	13,5%
<b>Selvskade og selvmord</b>	73	0,5%
<b>Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation</b>	51	0,4%
<b>Teknisk disponering</b>	13	0,1%
<b>Administrative processer (WHO)</b>	650	4,8%
<b>Kliniske processer (WHO)</b>	726	5,4%
<b>Totalt antal klassifikationer<sup>7</sup></b>	<b>13695</b>	<b>102,1%</b>

For en uddybende beskrivelse af, hvilke processer, der oftest giver anledning til rapportering af en utilsigtet hændelse indenfor de 5 hyppigst rapporterede hændelsestyper henvises til afsnittet: *Hvilke hændelser skader patienterne mest og hvad skyldes de?*

---

<sup>7</sup> Da en sag kan WHO-klassificeres under mere end én kategori, vil antallet af klassifikationer være større end antallet af afsluttede sager i kalenderåret. For den nye DPSD-klassifikation er dette imidlertid ikke muligt, hvorfor antal sager og kategoriseringer efter hændelsestyper næste år vil være ens.

## 5. Lokale bidrag om patientsikkerhed

Hver enkelt hospitalsenhed samt øvrige sektorer beskriver hver for sig i det følgende, hvilke tiltag der er implementeret i 2014 og hvad status er på implementering. Problemområder de hver især har identificeret i 2014 beskrives og i hvilken grad det har været muligt at fastholde effekten af tidligere virksomme handleplaner.

### Hospitalsenhed Midt

Link til lokal årsrapport: <http://www.hemidt.intranet.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed>

Tiltag i 2014	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
<p>Reducere fejl i mærkning og rekvisition af patologiprøver – tiltag:</p> <p>1) kontaktperson på Op. kontaktes af Pat. I. med det samme patologiprøve med fejl i mærkning og/eller rekvisition modtages (realtime tiltag)</p> <p>2) afdelingsspecifikke fejllister udsendes hver måned fra Kvalitet til pågældende afdelings-/centerledelse (retrospektiv tiltag)</p>	Implementeret i sensommer	<p>Mål: &lt;1 % fejl i mærkning og rekvisition</p> <p>Jan-Aug: Mean 2,9 %, range 1,8 – 4,9 %</p> <p>Sep-Dec: Mean 1,6 %, range 1,4 – 1,9 %</p>	<p>Monitoreres fortsat, idet fuld effekt af tiltag formentlig ikke er slået igennem (retrospektiv tiltag)</p> <p>Møde ultimo januar 2015 mellem Pat. I., Op. og Kvalitet mhp. yderligere tiltag</p>
<p>Reduktion af UTH'er, der sagsbehandles indenfor 90 dage i databasen – tiltag:</p> <p>Afdelingsspecifikke påmindelser om UTH'er over 90 dage udsendes hver måned til afdelings-/centerledelser og patientsikkerhedskontaktperson.</p>	Implementeret i sommer	Faldende tendens	Følges fortsat

Problemstillinger identificeret i 2014	Baggrund	Handleplan
Rettidig reaktion på prøver og undersøgelser	UTH'er. It-understøttelse og arbejdsgange omkring It-	Der er implementeret flere forebyggende tiltag, men problemstillingen følges tæt i 2015 mhp. yderligere tiltag. Der er givet

	systemer	en "obs meddelelse" / "early warning" på hospitalsniveau med sammenfatning af problemstillingen, årsager og mulige forebyggende tiltag.
<p>Optimale patientforløb i sektorovergange.</p> <p>Sektorovergange har særlig opmærksomhed og er i samarbejde med tværsektorielle samarbejdspartnere gennemgået mhp. at identificere problemstillinger.</p> <p>Der er desuden betydeligt flere UTH'er rapporteret til hospitalet fra primærsektor, hvilket formentlig skyldes underrapportering af UTH'er til primærsektor fra hospitalet. Det har betydning for læringsaspektet i UTH-systemet.</p>	<p>UTH'er.</p> <p>Mange vedr. udskrivelser, herunder medicinering</p>	<p>I samarbejde med tværsektorielle samarbejdspartnere påtænkes et lille projekt; "i patientens fodspor", som har til hensigt at følge patienter i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Projektet anses for at være en metode, der kan bidrage med øget indsigt i arbejdsgangene i de to sektorer i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Ved hjælp af indsigt i, hvor hver sektor 'slipper' patienten, kan vi sikre en højere grad af kontinuitet over sektorgrænser, iværksætte forebyggende tiltag og opsætte et mere fælles "sikkerhedsnet" for patientforløb, der går på tværs af sektorerne.</p> <p>Målet er at minimere antallet af utilsigtede hændelser i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.</p>

Tidligere handleplaner	Status/effekt
<p>Reduktion af fejl i mærkning og rekvisition af patologiprøver.</p>	<p>Der har været fokus på problemstillingen over et par år. Det var forventet, at handleplanen kunne lukkes, men målet er ikke nået, hvorfor fokus er intensiveret.</p>

## Regionshospitalet Randers

Link til lokal årsrapport:

<http://www.randers.intranet.rm.dk/kvalitet/utilsigtede+h%c3%a6ndelser>

<b>Tiltag i 2014</b>	<b>Status på implementering</b>	<b>Effekt</b>	<b>Yderligere tiltag</b>
Sikkert Patient-flow	Hver morgen tavlemøder i de forskellige sengeafsnit med fokus på bl.a. patienternes udskrivelsesplaner. Sker allerede ved indlæggelse, så der tages hensyn til evt. koordinering med hjemmeplejen mm. Dagligt kapacitetskonferencer på tværs af hospitalet, hvor patienterne fordeles mest hensigtsmæssigt i forhold til de forsk. specialer. Hver uge gennemgang af flaskehalse og problematikker. Hver 2. uge møde i projektets styregruppe, der består af hospitalsledelsen og afdelingsledelser, der drøfter aktuelle problemstillinger og planlægger fremtidige tiltag.	Personalet i Akutafdelingen har øget opmærksomhed på hurtig udredning af patienterne, således at den rigtige patient havner i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt. Personalet i sengeafsnittene har allerede fra patientens indlæggelse fokus på udskrivelsestidspunkt, for at opnå det bedst mulige flow.	Fokus på behandlingsplaner (se nedenfor) Løbende videreformidling af læring på baggrund af analyser af u hensigtsmæssige patientforløb ved udviklingspsygeplejerskerne. I Akutafdelingen har der været fokus på at opgradere personalets kompetencer i relation til udskrivelse. Der er i den forbindelse udpeget en nøgleperson, der skal stå for sidemandsoplæring Da mange prøvesvar ikke ses rettidigt i Akutafdelingen, implementeres der en ny arbejdsgang.
<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>	
Manglende eller ufuldstændige behandlingsplaner i Akutafdelingen. Dette har betydning for opstart af behandling. Ikke rettidige behandlingsplaner kan føre	UTH Projekt Sikkert Patientflow	Der afholdes i februar, 2015 inventering i Akutafdelingen med læger fra Medicinsk Afdeling, Kirurgisk Afdeling og Akutafdelingen med særligt fokus på behandlingsplaner.	

til at behandlingen opstartes sent.		
Lang sagsbehandlingstid på utilsigtede hændelser	UTH	Oprettelse af lokale sagsbehandlere i DPSD således, at UTH'er videredistribueres til den relevante sagsbehandler så snart de modtages af risikomanager. Afklaring af fremtidige arbejdsgange i relation til utilsigtede hændelser, med særligt fokus på alvorlige og dødelige UTH'er.
Patienter i lånesenge Lånesenge (senge på andre sengeafsnit) kommer i brug, når sengeafsnit ved kapacitetskonferencen melder overbelægning i det speciale patienten tilhører.	UTH Sikkert patientflow	Mål: at reducere brugen af lånesenge på hospitalet.  Der arbejdes på at udlåne sygeplejerskeressourcer fra afdelinger med få patienter til afdelinger med overbelægning for at understøtte målet om den rigtige patient, i den rigtige seng, på det rigtige tidspunkt. Det forventes at prøvebehandlingen starter i februar 2015.
Rettidig reaktion på prøvesvar og manglende henvisninger	UTH (kerneårsagsanalyse)	Marts 2015 afholdes en kerneårsagsanalyse mhp. at udarbejde tydeligere arbejdsgange omkring henvisninger og rettidige reaktioner på prøvesvar. Deltagere er forskellige faggrupper; sekretærer, sygeplejersker og læger fra specialerne: akutmedicin, lungemedicin og hjertemedicin.

Tidligere handleplaner	Status/effekt
Patientsikkerhedskritiske standarder i DDKM	Monitoreringen udføres af hospitalets nye monitoreringsgrupper, der er implementeret i forbindelse med en ny organisering af monitoreringsarbejdet. Otte ekspertgrupper, der går på tværs af



	<p>hospitalet måler på de standarder, der relaterer sig til følgende områder; Patienten på hospitalet, Medicin, Behandling på hospitalet 1(akut og medicinsk behandling), Behandling på hospitalet 2 (Kirurgi og anæstesi), Overgange, Hygiejne og infektion, Service og teknik samt Kvalitet, personale og RKKP.</p> <p>Grupperne inddrager desuden UTH'er i monitoreringsarbejdet til at identificere mønstre, tendenser og fokusområder.</p>
<p>I 2014 forsøgte man i tre måneder at udskifte standardsortimentet samtidig i EPJ og i medicinrum. Dette gjorde man pga. en vurdering af et potentielt stort problem ved, at der løbende laves nye indkøbsaftaler på medicin, men der ikke sker automatisk udskiftning i standardsortimenterne i EPJ og i medicinrum på de enkelte afsnit.</p>	<p>Tiltaget er gjort permanent, og fremadrettet bliver standardsortimentet i EPJ og medicinrum udskiftes samtidig.</p>
<p>Tidstro medicinering, hvor det er samme person, der dispenserer og administrerer medicin til patienterne.</p>	<p>Tiltaget er fuldt implementeret.</p>

## Hospitalsenheden Horsens

Link til lokal årsrapport:

[http://horsens.intranet.rm.dk/kvalitet/kvalitet+og+patientsikkerhed\\_version+2015/patientsikkerhed+og+patientklager/utisigtede+h%c3%a6ndelser/statistik+p%c3%a5+ut+h](http://horsens.intranet.rm.dk/kvalitet/kvalitet+og+patientsikkerhed_version+2015/patientsikkerhed+og+patientklager/utisigtede+h%c3%a6ndelser/statistik+p%c3%a5+ut+h)

Tiltag i 2014	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Fald	Faldnetværket er netop blevet opstartet, retningslinjer er blevet konsolideret, hjælpemidler er blevet kortlagt og monitoreringsmodel er aftalt.	Det har vist sig, at vi har "fald-udfordringer" i forhold til vores patientbukser, der er alt for lange/store samt fra vores vekseltrykmadrasser. Dette er nu under udredning.	Undervisning i afdelinger opstartes i februar 2015.  Monitorering opstartes pr. februar 2015

Sikkert Patientflow	Der er ansat flowkoordinatorer og kliniske koordinatore på hospitalet, og der gennemføres kapacitetskonferencer såvel på hospitals- som lokalt niveau.	Antallet af patienter i "låneseng" (i anden afdeling) er faldet drastisk og overbelægningsprocenten er også blevet bragt ned.	Projektet kigger i øjeblikket på forebyggelige genindlæggelser.
---------------------	--	---	---

<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>
Medicin administration	Det eksterne survey viste, at vi har udfordringer i forhold til medicin administration særligt i forhold til rettidigt interval for lægemiddel-administration, tidstro dokumentation og algoritme for rettidig administration af IV-antibiotika.	<p>På den baggrund iværksatte man (med akutafdelingen som pilotafdeling) et større udredningsarbejde; og efterfølgende blev en række prøvehandling sat i værk. Lokalt fokus på problematikkerne, undervisning af læger/sygeplejersker, fokuserede runder på medicinadministration (tips-og-triks runder), brush-up for MidtEPJ superbrugere og udfordringerne blev sat på dagsordenen i relevante fora.</p> <p>Indsatsen blev fulgt af tæt lokal datamonitorering.</p> <p>Målingerne viste meget tydelige fremskridt. Medicinadministration er et af de områder, som hospitalet også fremadrettet vil fokusere på og følge på månedsbasis.</p>
Apparatur	Der har manglet tilstrækkelig systematik omkring forebyggende vedligehold af apparatur, og der har været uklarheder omkring "hvem gør hvad, hvornår og hvordan" omkring	Hele området er derfor blevet reorganiseret i 2014, der er lavet mere tydelige retningslinjer (herunder tydelige funktionsbeskrivelser), der er gennemført undervisning af apparaturnøglepersoner, og der monitoreres løbende på vores apparaturdatabase.

	apparat generelt.	
Rengøring	Der har vist sig at være udfordringer i forhold til snitfladerne mellem den rengøring afdelingerne selv udfører, og den rengøring, som serviceafdelingen udfører.	En målrettet indsats i forhold til at afklare snitfladerne – herunder revision af og kendskab til servicekontrakter. Der har været et stort implementeringsarbejde i forhold til at sikre, at ledelser og personalet kender til procedurerne og ansvarsområderne. Interne runder i afdelingerne har vist, at vi har rykket os på dette område, og monitorering vil fortsætte fremadrettet.
Debriefing efter hjertestop	Fra personalets side har der længe været et ønske om, at man efter et hjertestop systematisk gennemfører en debriefing.	Hospitalsenheden Horsens i 2014 indført en systematik, hvorefter der efter hvert hjertestop gennemføres en kort debriefing under ledelse af lederen af hjertestopteamet (medicinsk mellemvagt). Formålet har dels været at personkredsen, der har stået i hjertestoppet, får mulighed for at drøfte forløbet igennem og dels en kort evaluering af, om hjertestopalarmering og behandling kunne/skulle have været anderledes.
Sikkert patient flow	Hospitalsenheden Horsens oplevede i perioden 2011-12 en stigning af patienter, hvilket medførte flere patienter i "lånesenge", på gange mm.	Målet er et hospital uden unødigt ventetid og med et konstant fokus på at sikre den rigtige patient i den rigtige seng, på det rigtige tidspunkt og hos det rigtige behandlerteam. Der er bl.a. indført: Daglige kapacitetskonferencer, hvor antallet af patienter, forventede udskrivelser og eventuelle overflytninger gennemgås på hospitalsniveau. Daglige tavlemøder i de enkelte afdelinger. Tavlemøderne skal være med til at kvalificere flowet samt estimere antallet af udskrivelser. Flow koordinatører holder løbende overblik over indlæggelser, overflytninger og udskrivelser på

		hospitalet Kliniske koordinatore skaber overblik over det interne flow i en specialeafdeling
--	--	---

<b>Tidligere handleplaner</b>	<b>Status/effekt</b>
Patientsikkert Sygehus	Vi fastholder resultaterne opnået i Patientsikkert Sygehus, og der monitoreres stadig på pakkerne (om end frekvensen er sat ned)
Medicinområdet – fald i antallet af medicin-UTH'ere	Hospitalsenheden Horsens har igennem flere år arbejdet intenst med medicinområdet. I forbindelse med denne indsats kunne vi se et markant fald i antallet af medicin-UTH'ere. Antallet af medicin-UTH'ere er nu imidlertid steget voldsomt. Stigningen afgrænser sig dog til UTH'ere med ingen eller mild skade og samtidig ses stigningen kun på enkelte afdelinger, hvor man har sat ekstra fokus på medicin. Stigningen tolkes således mere som et udtryk for, at personalet er begyndt at rapportere disse hændelser.

## Århus Universitetshospital

Link til lokal årsrapport:

<http://auh.intranet.rm.dk/patient+og+klinik/patientsikkerhed/%c3%a5rsrapporter+og+statistikker>

<b>Tiltag i 2014</b>	<b>Status på implementering</b>	<b>Effekt</b>	<b>Yderligere tiltag</b>
Forbedret proaktiv risikostyring  Flg. indsatser er iværksat: - En SKAL-opgave: Udarbejdelse af patientforløb med	Mange afdelinger har udarbejdet patientforløbsbeskrivelser i forbindelse med omlægning af forløb og flere er i gang.	Ikke gennemført en måling af effekten; men tiltagene forventes at have en positiv indvirkning på patientsikkerheden.	Fortsætte udviklingen. Ved udflytning til Skejby gennemfører afdelingen "et patientsikkerheds-flytte-tjek" med afsæt i en tjekliste.

<p>identificerede patientrisici ved omlægning af patientforløb - En KAN-opgave: Patientsikkerhedsrunder. Andre proaktive metoder kan også anvendes.</p>	<p>Få afdelinger har gået patient-sikkerhedsrunder. I ét center går centerledelsen "i patientens fodspor". Hospitalsapoteket har gennemført en fejlkildeanalyse, FMEA-analyse på cytostatika-produktionen.</p>		<p>(tiltag endnu ikke godkendt af Kvalitetsrådet)</p>
<p>Forebyggelse af eksterne kontinuitetsbrud:  Monitorering af de tværsektorielle utilsigtede hændelser med henblik på at identificere mønstre og tendenser i disse.  En undersøgelse - "Medicin i sektorovergange" - er foretaget i samarbejde med Aarhus Kommune: Fem patientforløb er fulgt med fokus på patientens medicin ved indlæggelse, under og efter indlæggelsen.</p>	<p>Der er indgået et samarbejde med en farmaceut i Aarhus kommune med henblik på at iværksætte tværgående indsatser.  Afdelingernes patientsikkerheds-koordinatorer har sat fokus på de tværsektorielle hændelser i egen afdeling.  Undersøgelsen viser, at der er rigtig mange overgange, hvor der er grund til at være på vagt. Der er flere tekniske løsninger (journaler), der ikke fungerer og bruges optimalt af personalet.</p>	<p>Antallet af UTH'er er faldet markant. Det kan skyldes flere årsager, men en af årsagerne formodes at være, at flere afdelinger har haft fokus på de tværsektorielle hændelser og iværksat flere forebyggende tiltag. Her kan nævnes fælles fokus på planlægning af udskrivelsen afdelingen og kommunen imellem.</p>	<p>Fortsætte udviklingen med flere forebyggende tiltag.  Der er brug for en yderligere undersøgelse, hvor også den praktiserende læge involveres. Der arbejdes i 2015 videre med en ide om at skaffe penge til en video om "det gode patientforløb" med fokus på medicinering.</p>
<p>Forebyggelse af medicineringsfejl:</p>		<p>Lokale tiltag forventes at få</p>	<p>Forebyggelse af medicineringsfejl vil</p>

<p>Monitorering af hospitalets UTH'er på medicineringsområdet.</p> <p>Medicineringsfejl af tværgående karakter formidles til risikoteamet.</p> <p>Alle afdelinger skal gå én medicintracer årligt.</p>	<p>Alle kliniske afdelinger har gået medicintracer.</p>	<p>indvirkning på rapporteringen af afdelingernes medicinerings hændelser. I 2014 er UTH'erne faldet fra 32% til 25% indenfor medicineringsområdet.</p> <p>Afdelingerne har iværksat lokale tiltag ud fra fund ved medicintracer.</p>	<p>løbende være i fokus på de kommende netværksmøder for patientsikkerheds-koordinatorer.</p> <p>Kvalitetsrådet skal på førstkommende møde i 2015 godkende fund fra medicintracers og komme med forslag til evt. indsatser.</p>
<p>Rettidig reaktion på prøvesvar</p>	<p>Alle afdelinger har udarbejdet instrukser for arbejdsgangen med at sikre rettidig reaktion på prøvesvar, herunder godkendelse af prøvesvar.</p>	<p>I 2014 kvartalsvise udtræk på antallet af ikke-godkendte prøvesvar i afdeling sendt til afdelinger og centre</p> <p>Effekt: færre ikke-godkendt prøvesvar på hospitalet, men i nogle afdelinger er der fortsat ikke en arbejdsgang, der konsekvent sikrer godkendelse.</p> <p>De er bedt om at lave handleplaner. Dataudtræk pr. årsskiftet 2015 og viser fortsat et forbedringspotentiale</p>	<p>I 2015 vil der blive udarbejdet ny handleplan i forhold til at sikre en bedre opfyldelsesgrad.</p>
<p>Anvendelse af nye patient-sikkerhedsværktøjer:</p> <p>Hændelsesanalyser er taget i anvendelse.</p> <p>Alle patientsikker-</p>	<p>Flere afdelinger gennemfører selv hændelses-analyser på UTH'er med moderat eller alvorlig patientskade.</p>	<p>Risikotemaet deltager i færre analyser, hvor hændelsen udelukkende er lokaliseret til én afdeling.</p>	<p>Fortsat arbejde med at uddanne nye patientsikkerheds-koordinatorer i metoden.</p> <p>Det har vist sig at nye patientsikkerheds-koordinatorer, skal have en vis</p>

hedskoordinatorer er undervist i metoden.			erfaring med patientsikkerhed og analyse af UTH'er før, de kan lave selvstændige analyser.
Fastholdelse af arbejdet med "Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom" (TOKS)	Lokale indsatser med afsæt i DDKM-journalauditresultater. AUH-TOKS-arbejdsgruppen er veletableret. De ønskede ændringer til TOKS-SFI'erne og -grafene afventes stadig. Klinisk retningslinje vedr. TOKS er revideret; men endnu ikke godkendt i Clearinghouse. AUH-retningslinjen og TOKS-pixibogen er revideret med afsæt i de nye anbefalinger.	Forbedring i DDKM-journalauditresultat er fra nov. 2013 til nov. 2014: - er pt. toks'et? Stigning fra 90% til 95% - er beslutningsalgoritmen fulgt? Stigning fra 87% til 91%	Når den regionale TOKS-retningslinje er opdateret, skal den lokale slettes.
Mange UTH'er relateret til MidtEPJ:  Afdækning af mønstre med henblik på iværksættelse af forbedringsindsatser	Der er etableret en tværfaglig UTH-gruppe bestående af tovholdere fra Sundheds-It og kliniske repræsentanter fra forskellige afdelinger til dette arbejde.  Gruppen har møde hvert kvartal og har haft det første møde i efteråret 2014.	Effekten af gruppens arbejde er endnu svær at se.	Når gruppen har gennemgået 4 kvartaler, vil gruppen beslutte hvilke mønstre, der skal analyseres yderligere, og handleplaner vil blive udarbejdet.
Usikkerhed omkring CT-scanning af indlagte patienter med hovedtraumer	Neurokirurgisk Afdelings retningslinje om patienter med	Ingen UTH vedr. manglende/forsinket CT-scanning af indlagte patienter	Ingen.

efter fald	hovedtraumer er opdateret og gjort gældende for både indbragte og indlagte patienter. Alle afdelinger med faldtruede patienter er anbefalet at implementere denne.	med hovedtraume efter fald	
------------	--	----------------------------	--

<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>
Tre alvorligt syge patienter fik stillet den korrekte diagnose for sent i forløbet; dvs. de blev ikke behandlet korrekt rettidigt.	Alvorlige UTH'er Patientklage	<p>Lokale handleplaner og handleplaner på hospitalsniveau. Indsatserne på hospitalsniveau er følgende:</p> <p>A. Hurtig og korrekt diagnostik:            Revurdering af patientens symptomer og kliniske/parakliniske fund, når en arbejdsdiagnose afkræftes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genindførelse af nye "gamle" dyder i lægearbejdet": Grundig anamnese og objektiv undersøgelse - diagnose og mulige differentialdiagnoser. Den ledende overlæge understøtter udvikling af differentialdiagnostiske færdigheder i egen afdeling</li> <li>▪ Revurdering af uddannelsen af læger på hospitalet med henblik på at styrke de differentialdiagnostiske overvejelser</li> <li>▪ MidtEPJ skal understøtte brugen af differentialdiagnoser og arbejdsdiagnoser. Ønske om fast felt til diagnostiske og differentialdiagnostiske overvejelser forelægges hospitalets Tværfaglige Dokumentationsråd</li> <li>▪ Alle ledende overlæger understøtter en kultur, hvor man udfordrer diagnoser og differentialdiagnoser på morgenkonferencen og/eller tager</li> </ul>



		<p>patientcases op på morgenmøder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drøftelse af patientcases på staff meetings ud fra spørgsmålet: "Diagnose søges?" eller "Væk med tunnelsynet"</li> <li>▪ Etablering af en arbejdsgang og en kultur, hvor det er selvfølgeligt, at der gennemføres time-out/fælles konference, når patientens diagnose er usikker</li> </ul>
<p>Usikre arbejdsgange og procedurer omkring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patienter med meningitis</li> <li>- patienter med intracerebral blødning</li> <li>- patienter, der skal MR-scannes i vagter og weekender</li> </ul>	<p>UTH'er Patientklage</p>	<p>Revision af retningslinjer om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik og behandling af meningitis</li> <li>▪ Lumbalpunktur</li> <li>▪ MR-scanninger af cerebrum</li> </ul> <p>Herefter implementering af disse i relevante afdelinger.</p>
<p>Øget ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet</p>	<p>Patientsikkerhedsorganisationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalsledelsen informeres om alvorlige UTH'er på internt HL-møde hver uge. Centerledelsen informeres samtidigt.</li> <li>▪ I alle tværgående analyser af alvorlige UTH'er deltager en centerchef som teamleder</li> <li>▪ Risikoteamet deltager i centerledelses-møder i alle centre i foråret mhp. at drøfte mulige forbedringer af det lokale patientsikkerhedsarbejde</li> <li>▪ "UTH-datapakker" indgår på Centerstrategimøderne hvert ½ år</li> <li>▪ ½ temadag for ledelser og patientsikkerhedskoordinatorer og - nøglepersoner i efteråret 2015</li> </ul>
<p>Få rapporteringer fra patienter og pårørende</p>	<p>UTH'er Fund ved uanmeldt besøg af IKAS</p>	<p>Følgende tiltag er iværksat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny AUH plakat med information (+QR kode) om muligheden for at rapportere - opsættes i alle opholdsrum, hvor patient og pårørende færdes</li> <li>▪ Tilføjelse af afsnit om rapportering af UTH i den elektroniske patientinformation</li> <li>▪ Link på hospitalets hjemmeside med information om "Når der sker noget, der ikke skulle være sket".</li> </ul>
<p>Driftsstop i elevatorer under transport af kritiske syge</p>	<p>Alvorlige UTH rapporteringer</p>	<p>Udvalgte elevatorer er udpeget til at kun at bruges til transport af kritisk</p>

patienter. Tre alvorligt syge patienter sad fast i elevator i mellem 10-30 minutter		syge patienter. Der vil blive lavet særlige billeder og markeringer i gulvet op til og på elevatorerne.
--	--	---

Tidligere handleplan	Status/effekt
Handleplanerne for proaktiv risikostyring, eksterne kontinuitetsbrud og medicineringsfejl har været gældende for både 2013-2014	Se status i den 1. tabel.
Hurtigere udrykning ved hjertestopkald på NBG: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indkøb af nye mobiltelefoner til hjertestopholdet</li> <li>▪ Etablere akutkald på udvalgte elevatorer</li> </ul>	Ingen rapporterede UTH' er vedr. forsinket udrykning til hjertestop relateret til de nye mobiltelefoner. I forhold til akut kald på elevatorer, har der været en UTH, hvor hjertestopholdet blev forsinket, da elevatoren med akut kald var taget ud af drift til serviceeftersyn. Efterfølgende er der arbejdet med information fra Teknisk afdeling til hjertestopholdene, så dette sikkerhedsbrist er minimeret.

## Hospitalsenheden Vest

Link til lokal årsrapport:

<http://www.vest.rm.dk/files/Hospital/Vest/Kvalitet%20og%20Udvikling/Emner%20div/patientsikkerhed/rapporter/2014/Patientsikkerhedsarbejdet%20i%20HEV%20Årsrapport%202014%20herunder%20mønstre%20og%20tendenser.pdf>

Problemstillinger identificeret i 2014	Baggrund	Handleplan
Infektioner	Data fra GTT viser at infektioner skader patienter	Infektionshygiejnisk Enhed vil granske PSS kateterpakke for hvad HEV kan lære af den. Der skal være fokus på at eliminere flest mulige anlæggelser af KAD.
Genindlæggelser	Data fra GTT viser at i HEV er genindlæggelser en skade for patienterne	Der foretages audit på genindlæggelser fra henholdsvis plejehjem og diagnose specifikke genindlæggelser f.eks. KOL.
I sekretariater ses en ophobning af indrapporteringer. De	Noget skyldes manglende sekretær	Kvalitetsrådet har besluttet at se på muligheden for at oprette et vikarkorps for sekretærer på lige

omhandler forsinket afskrivninger og forkert prioriteret notater. Det betyder forsinket udredning for patienterne	ressourcer og andet manglende kendskab til hvordan notater skal prioriteres.	fod med det der findes for plejepersonale. Retningslinjen der beskriver hvorledes notater skal prioriteres skal revideres. Der skal ikke være så mange kategorier.
Komplekse forløb hvor pt bliver kastebold imellem flere specialer i udredningsforløbet Analysemøderne viser at man ofte stadig tænker i siloer og ikke i hvad der er optimalt for patientens forløb. Analysemøderne kan ofte først afvikles efter flere uger for at få alle deltagere med. Det er ikke optimalt for processen.	En ophobning af hændelser hvor ptt med flere lidelser bliver ikke håndteret optimalt i det akutte forløb. Årsagen kan være at arbejdspresset er højt i alle afdelinger.	Hospitalsledelsen ønsker øget fokus på disse hændelser. Fra 2015 er afsat fast tid i deres kalendere, så man hver tirsdag eftermiddag kan planlægge analysemøder (gerne som video på man kan sidde på hver matrikel). Afdelingsledelserne bakker op om beslutningen.
Medicinfejl i overgange	Der indrapporteres flere og flere hændelser fra primærsektoren om medicineringsfejl i overgange.	Der igangsættes et projekt i 2015 hvor patientens egen medicin skal anvendes mest muligt for at forebygge de mange skift af lægemidler ved indlæggelse og udskrivelser. Der afvikles møde mellem de regionale risikomanagere og Medicinhåndteringsgruppen hvor tværsektorielle hændelser skal drøftes. Der er til stadighed fokus på at FMK skal anvendes.
Medicin i OP døgnnet	Der indrapporteres fejl overgange mellem stamafdelinger og operation og anæstesiafdelingen	Der ændres arbejds gange så farmakonomer involveres i processen og sikre data indskrives i MEM En retningslinie er under udarbejdelse.
Journalføring – tidstro dokumentation	Ved de fleste analysemøder konstateres at der ikke dokumenteres tilstrækkeligt og ej heller tidstro i journalen.	Lægernes kompetencer til brug af funktioner i Midt EPJ skal til stadighed være i fokus i afdelingerne. AL har ansvar for at sikre personalet har kompetencerne. Ved nyansættelser udfylder alle

		<p>faggrupper</p> <p>kompetenceskemaerne indenfor kendskab til MidtEPJ. En regional arbejdsgruppe er ved at udvikle e-læringsprogrammer til ansatte.</p>
<p>Analyse af driftsforstyrrelse på Region Midts datacenter på RHL fra den 17.05 – 23.05 2014</p>	<p>Implementeringen har været længe undervejs. Endelig drift sker pr. 01.02.15</p>	<p>Alle afdelinger skal i kritiske situationer kunne komme i kontakt med receptionen via nødmobilnummer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle afdelinger og afsnit skal have de mest kritiske nødmobilnumre liggende fremme.</li> <li>• Alle nød - mobilnumre dækkende vagttelefoner skal findes i de respektive afdelinger og testes x 1 i døgnet</li> <li>• Alle øvrige nød mobiltelefoner skal findes i de respektive afdelinger og afsnit, og altid være tændte. Testes x 1 ugentlig</li> <li>• Retningslinje Nødprocedurer ved nedbrud af telefonsystem i HEV 1.6.2.1.3. rettes til Klik her</li> <li>• Formidling af ændrede procedurer sker via Kvalitetsrådet, på afdelings- og funktionsledermøde, samt i HL´s nyhedsbrev</li> <li>• Klinisk IT skal kunne kommunikere via sms service i tilfælde af total strømnedbrud. Der etableres en service så kort status kan kommunikeres ud på alle mobile nødtelefoner</li> </ul>
<p>Analyse mellem akutafdeling og psykiatri af forløb med suicidalforsøg</p>	<p>I proces</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutafdelingen planlægger ny runde med undervisning i risikovurdering og implementering af retningslinje herfor.</li> <li>• Regionspsykiatrien Vest planlægger undervisnings- og kompetenceudviklingsforløb for tværfaglige personalegrupper i døgn- og ambulante enheder</li> <li>• Regionspsykiatrien Vest bør</li> </ul>

		yderligere systematisere og opgradere vejledning og undervisning af yngre læger i korte forløb i psykiatrien - udviklingskonsulenten kontakter uddannelsesansvarlige læger herfor
De 8 patientsikkerhedskritiske standarder <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientidentifikation</li> <li>• Rettidig reaktion på prøvesvar</li> <li>• Lægemiddelordination</li> <li>• Lægemiddeldispensering</li> <li>• Lægemiddeladministration</li> <li>• Observation og opfølgning på kritiske observationsfund</li> <li>• Sikker kirurgi</li> <li>• Hjertestopbehandling</li> </ul>	Har været i fokus ved interne og eksterne surveys.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er styr på den direkte pt.ID. Der ses fortsat enkelte UTHér med CPR nr. forveksling ved prøver m.v</li> <li>• Der arbejdes kontinuerligt med sikkerheden på medicinrådet</li> <li>• Målinger og reaktion på TOKS er i konstant fokus. Følges ved audit af sepsisforløb</li> <li>• Sikker kirurgi følges via kirurgipakken</li> <li>• Der er styr på hjertestopundervisning. Der måles ikke på antallet af hjertestop.</li> </ul>

Tidligere handleplaner	Status/effekt
Alle patientsikkerhedskritiske standarder	Eksternt survey viser at arbejdsgangene er implementeret tilfredsstillende. Se tidligere.
Der ses stadig samme typer af hændelser særligt vedr de komplekse patientforløb, hvor mange specialer er involveret. Retningslinjer der beskriver hvorledes man skal sikre at samarbejde omkring udredningen efterleves ikke.	Fra 2015 bliver analyser af kritiske patientforløb gennemført i løbet af 1-2 uger. HL deltager og der bliver fulgt op overfor involverede afdelinger. Cases som kan generaliseres formidles på Afdelingsledelsesmøder og i Kvalitetsrådet mhp. læring.

## Psykiatrien i Region Midtjylland

Link til lokal årsrapport:

<http://www.ps.intra.rm.dk/kvalitet/psykiatri/patientsikkerhed/publikationer/hel%c3%a5rsrapporter>

Tiltag i 2014	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Udrulning af projekt Sikker	Første pakke vedr. medicinering er udrullet på pilotafdeling i løbet af 2014	Større sikkerhed ift. medicinering, herunder bedre kommunikation	Spredning af medicinpakken til øvrige afdelinger i

Psykiatri	(Regionspsykiatrien Viborg-Skive)	med patienter om medicinsk behandling, øget fokus på polyfarmaci og øget fokus på benzodiazepinforbrug. Stigning i andelen af patienter med medicingennemgang.	psykiatrien. Udrulning af pakker vedrørende somatisk sygdom hhv. selvmordsforebyggelse på pilotafdeling i 2015.
Sikker medicinering	Fokuseret indsats i patientsikkerhedsorganisationen omkring rapportering af utilsigtede hændelser vedr. FMK mhp. at afdække problemområder.	Øget antal rapporter vedr. FMK – øget vidensgrundlag for læring ift. systemfejl kontra brugerfejl.	FMK-UTH'ere aggregeres mhp. at understøtte evt. undervisning i FMK.
Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.	En kontinuerlig indsats i psykiatrien. Revision af retningslinje vedr. forebyggelse af selvmordsrisiko mhp. forenkling af screening og vurdering.	Endnu ikke relevant.	Arbejdsgruppe nedsættes.

<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>
Somatisk tilsyn i psykiatrien	UTH'ere og mortalitetsaudit	Audit på gennemførte somatiske tilsyn i psykiatrien, herunder auditering på interne henvisninger i psykiatrien
Det er forsat en udfordring at sprede læring fra UTH-arbejdet på tværs af hospitalet	Fokus på spredning af læring fra analyser	Udvikling af patientsikkerhedsarbejdet og model for nye måder at arbejde med utilsigtede hændelser på – fokus på forholdet mellem strategisk udvikling af patientsikkerhed kontra patientsikkerhed, som bestående af drift af UTH og DPSD

## Præhospitalet i Region Midtjylland

Link til lokal årsrapport:

<http://www.rm.dk/sundhed/organisation/kvalitet+og+data/strategisk+kvalitet/hovedopgaver/patientsikkerhed/%c3%a5rsrapporter>

<b>Tiltag i 2014</b>	<b>Status på implementering</b>	<b>Effekt</b>	<b>Yderligere tiltag</b>
----------------------	---------------------------------	---------------	--------------------------

Kommunikation i overgange	Stadig i proces	Antallet af hændelser er ikke stigende, men der er stadig plads til forbedring	Indførelse af PPJ (den præhospitale patientjournal) Tiltag omkring radiokommunikation
Anmodning om ambulancekørsel (var dog ikke beskrevet i sidste årsrapport).	Stadig i proces	Det er endnu for tidligt at se en effekt	Fokus på hvilke tiltag der kan iværksættes for at sikre, at patienter transporteres efter deres behandlingsbehov. Herunder bl.a. informationsmøder og retningslinjer.

<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>
Kommunikation i overgange	UTH'er	Der skal fortsat være fokus på kommunikation i overgange og mellem aktører, herunder kommunikation på skadessteder. Indførelse af PPJ (den præhospitale patientjournal) Tiltag omkring radiokommunikation

<b>Tidligere handleplaner</b>	<b>Status/effekt</b>
Indførelse af closed loop-kommunikation	Effekten er bevaret. Antallet er indberettede UTH'er er stabilt.

## Praksissektor og apoteker

Link til lokal årsrapport:

<http://www.rm.dk/sundhed/organisation/kvalitet+og+data/strategisk+kvalitet/hovedopgaver/patientsikkerhed/%c3%a5rsrapporter>

<b>Tiltag i 2014</b>	<b>Status på implementering</b>	<b>Effekt</b>	<b>Yderligere tiltag</b>
Almen praksis: Praksis modtager egne hændelser til kommentering	Alle hændelser (fraset hændelser vedrørende parakliniske prøver) sendes til den involverede praktiserende læge.	Der er ikke målt på effekten.	

<p>Fysioterapeuter: Der er lavet 3 små videoer: Hvad er en UTH Hvordan rapporteres en UTH Hvordan kan der arbejdes med UTH (Hændelsesanalysen) Fysioterapiklinikkerne er opfordret til at udpege en patientsikkerhedsansvarlig i hver klinik</p>	<p>Videoerne kan ses på <a href="http://www.fysioterapi-midt">www.fysioterapi-midt</a> (på <a href="http://sundhed.dk">sundhed.dk</a>)</p> <p>Der er tilmeldt 37 patientsikkerhedsansvarlige i december 2014</p>	<p>Det er ikke muligt at finde ud af hvor mange der har set videoerne.</p> <p>Endnu ikke været muligt at se effekt på fx antallet af rapporterede hændelser.</p>	
--	--	--	--

<b>Problemstillinger identificeret i 2014</b>	<b>Baggrund</b>	<b>Handleplan</b>
<p>Almen praksis: FMK har givet og giver fortsat anledning til UTH.</p>	<p>Apotekerne rapporterer UTH i forbindelse med udstedelse af recepter. Der ordineres fx 500 stk Pamol 4 x dagligt</p> <p>Praksis giver udtryk for manglende afstemning af FMK i forbindelse med udskrivning fra hospitaler.</p>	<p>Ad 1. MidtEPJ har nu opdateret således at disse receptfejl er fjernet for fremtidige udstedelser. Praksis opfordres til at seponere de gamle hospitalsordinationer og ordinere nye i eget system.</p> <p>Ad2. Der er nedsat en tværsektoriel gruppe i regionen, der skal være med til at fremme korrekt brug af FMK</p> <p>Der er planlagt en enkelt audit i en praksis for at få et indtryk af de forskellige problemstillinger.</p>
<p>Apoteker: Ordination af SAD-præparater</p>	<p>Når hospitalerne ordinerer SAD-præparater på recepterne, er apotekerne tvunget til at behandle disse manuel, hvilket indebærer en</p>	<p>Hospitalerne er gjort opmærksom på problemstillingen via medicineringsgrupper/hospitalsapoteker. Der er i ændret i hospitalernes sortiment. Der er i 2014 kun modtaget en enkelt rapport.</p>



	risiko for fejl	
--	-----------------	--

Tidligere handleplaner	Status/effekt
Siden det blev muligt at rapportere UTH til praksis har der været fokus på korrekt identifikation af parakliniske prøver. Der har især været fokus på Vaginalcytologiske prøver. Disse UTH'er rapporteres systematisk fra patologisk institut	Der er sket et fald i antallet af fejl vedrørende vaginal cytologier.  Der er en kraftig stigning i UTH'er vedrørende øvrige parakliniske prøver. Det vurderes at stigningen skyldes øget rapportering. Der er ikke meldt om en generel stigning fra hospitalernes laboratorier.

## Socialområdet

Link til lokal årsrapport: (Hyperlink indsættes)

Tiltag i 2014	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Videndeling om opfølgning på alvorlige utilsigtede hændelser	Der er gennemført drøftelser efter opfølgning på alvorlige UTH'er på ledelsesmøde og på UTH-koordinatornetværksmøde	Øget fokus på hhv. sikkerhed og på tværsektorielt samarbejde mellem psykiatrien og socialområdet spredes.	Vi fortsætter med at dagsordensætte fælles drøftelser efter alvorlige UTH'er i relevante fora.
Fokus på rapportering mhp læring frem for rapportering for registreringens skyld.	Det er blevet endeligt afklaret, at vi ikke kan definere en fælles bagatelgrænse for UTH'er.	Der er rapporteret ca. det samme antal UTH'er i 2014 som i 2013.	Det enkelte specialområde forholder sig løbende til, om de hændelser, der rapporteres, indeholder læringspotentiale.

Problemstillinger identificeret i 2014	Baggrund	Handleplan
Der rapporteres mange UTH'er, opstået i forbindelse med medicinbehandling. Dette er en del af grundlaget for at undersøge, hvor der er potentiale for forbedring af medicinbehandlingsskemaerne.	Mange UTH'er vedr. medicinering	Gennemføre medicinsurvey. Revidere retningslinje for medicinbehandling. Lokale indsatser i forhold til de konkrete hændelser.

Det er en arbejdskrævende opgave at holde borgernes medicinlister opdaterede, især for borgere, som er i behandling flere steder. Dette bør på sigt kunne gøres mere enkelt og mere sikkert med FMK.	Adgang til FMK-online er blevet testet i to specialområder.	Alle 9 specialområder får mulighed for adgang til FMK med det formål, at oplysningerne fra FMK sammen med oplysninger fra borgerens behandlere kan anvendes til at kvalificere en borgers medicinliste. At forberede en integration af FMK i det socialfaglige it-system.
--	---	---

<b>Tidligere handleplaner</b>	<b>Status/effekt</b>
Fortsat implementering af UTH-arbejdet	Alle specialområder rapporterer UTH'er. Der er stor forskel på hvor systematisk, der følges op på ikke-alvorlige UTH'er. Næste skridt er at sætte større fokus på UTH'er, der ikke handler om medicinering men de 3 øvrige lovpligtige områder: Infektioner, uheld og sektorovergange.
Tilpasning af UTH-organisationen til nye specialområder	Er gennemført. Herunder er der gennemført undervisning i at trække rapporter fra DPSD's rapportmodul, som har gjort lokale sagsbehandlere i stand til selv at trække data ud af DPSD. Det har virket understøttende og motiverende på arbejdet med opfølgning på UTH'er.

