

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2013

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland, Årsrapport for 2013

Region Midtjylland, Kvalitet og Data, Strategisk Kvalitet

Udgivet August 2014

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.rm.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning	4
Særligt om årsrapport 2013	7
Refleksion	8
Hvilke hændelser skader patienterne mest, og hvad skyldes de?.....	10
Det regionale patientsikkerhedsarbejde	14
Regionale problemstillinger identificeret i 2013	14
Status på fælles regionale tiltag i 2013	17
Regional årsopgørelse over rapporteringer til DPSD.....	19
Antal rapporterede hændelser i 2013.....	19
Udvikling i antallet af rapporterede hændelser.....	20
Hvad rapporterer patienter og pårørende om?	21
Alvorlighed af hændelserne	23
Hændelsernes fordeling på hændelsestyper (WHO-klassifikationer)	25
Læringsaspekter af patient-, serviceklager og erstatningssager i 2013.....	26
Sammenfatning	26
Læringsbeskrivelser	26
Opgørelse af patientklager, Serviceklager, afholdte dialoger og erstatningssager (i det fælles regionale registreringssystem).....	32
Lokale status og problemstillinger	34
Hospitalsenhed Midt	34
Regionshospitalet Randers	35
Hospitalsenheden Horsens	37
Århus Universitetshospital	38
Hospitalsenheden Vest	40
Psykiatrien i Region Midtjylland	41
Præhospitalet i Region Midtjylland.....	43
Praksissektoren og apotekerne	43
Socialområdet	44
Afslutning	45

Sammenfatning

Nationalt

2013 blev et mærkeår for patientsikkerhed. Nationalt blev man opmærksom på, at den strategi, man hidtil har haft for patientsikkerhed, nemlig udvikling gennem læring af rapporterede utilsigtede hændelser (UTH'er), ikke længere kan stå alene.

Ugebrevet Mandag Morgens udgivelse af "Danskernes Farligste Rejse"¹ var med til at italesætte behovet for at give patientsikkerhedsarbejdet større opmærksomhed. Meget af patientsikkerhedsarbejdet er projektorienteret og styres af ildsjæle, men det er nødvendigt, at patientsikkerhed i højere grad bliver en del af den daglige drift. Hvis dette skal opnås må ledelserne på alle niveauer prioritere patientsikkerhed ved at identificere og følge problemområder proaktivt. Det er samtidig nødvendigt, at lægerne går forrest sammen med ledelserne. Viden om patientsikkerhed er en forudsætning for, at målene nås, hvorfor undervisning heri fremadrettet bør sikres på alle sundhedsuddannelser.

Tre pakker fra Patientsikkert Sygehus er blevet implementeret nationalt i 2013. Det har været et stort arbejde og effekten kan endnu ikke måles. Processen har været lærerig. Det har vist sig, at det måske er hensigtsmæssigt med en regional styring af et sådant projekt i forhold til afrapportering af resultater, men det gør implementeringsprocessen lang og kompliceret, og det er sværere at sikre lokalt engagement.

Regeringen og Danske Regioner har med baggrund i Økonomiaftalen 2013 sat et mål om, at antallet af patientskader skal reduceres med 20 procent over tre år. Dette er en udfordring for regionerne, da man ikke har en eksakt målemetode for patientskader. Global Trigger Tool (GTT) er i 2013 blevet indført som udviklingsmetode på landets somatiske hospitaler. 2. halvår af 2013 blev brugt til at træne metoden på hospitalsniveau. Det er endnu for tidligt at sige noget om udviklingen af patientskader.

Regionalt

Der er behov for at tænke langt mere proaktivt i forhold til patientsikkerhed for at kunne sikre borgerne i Region Midtjylland mod fejl og skader, når de er i sundhedsvæsenets hænder.

¹ Erik Rasmussen: *Danskernes Farligste Rejse*, 28. oktober 2013, Mandag Morgen Media Aps.
(<https://www.mm.dk/danskernes-farligste-rejse>)

Vi skal forsat lære af vores utilsigtede hændelser, klager og erstatningssager, men vi skal også lægge en strategi for, hvordan vi får patientsikkerhed prioriteret på højde med høj faglig kvalitet og produktivitet, og vi skal sikre, at vores patientsikkerhedsinitiativer hænger sammen.

Et skridt i denne retning er udarbejdelsen af en ny Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed for Region Midtjylland, der blev igangsat i efteråret 2013.

En anden vigtig indsats i 2014 er at sikre, at IT-afdelingen får deres egen risikomanager, da funktion og anvendelse af Midt EPJ, Fælles Medicinkort (FMK) og andre IT-tekniske hjælpemidler fylder meget og har stor betydning for patientsikkerheden. Det gælder bl.a. i forhold til at sikre gode arbejdsgange omkring prøvesvar. Endvidere er der behov for at fokusere på infektionshygiejne og området for medicinsk udstyr.

Udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser er fortsat svagt opadgående. Rapporteringer fra patienter og pårørende og den værdifulde viden de kan bidrage med, er imidlertid fortsat en mangelvare i DPSD. Der er i 2013 udgivet en pjece, der sammenfattende fortæller om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser, klage og søge erstatning, for at oplyse om denne mulighed, men der er muligvis brug for yderligere tiltag.

Erfaringer fra patient-, serviceklager og erstatningssager kan også give værdifuld viden om andre aspekter af patientsikkerhed end de utilsigtede hændelser. Tiltagene er f.eks. en gennemgang af fejl i personalegruppen samt, at arbejdsgange ændres, instrukser revideres og personalet opkvalificeres. Det er dog svært at se, hvorvidt ledelsen følger op på om forbedringsprocessen rent faktisk sker, hvorvidt læringen reelt integreres i praksis og medfører en ændret adfærd samt om ændringerne reelt medfører en forbedring.

Mønstre og tendenser i de rapporterede hændelser er nogenlunde ens år efter år. 15,7 % af de rapporterede hændelser medfører skader for patienterne, dvs, mindst i form af ekstra behandling af patienten f.eks. i form af ekstra indlæggelsesdage, i værste tilfælde død. Det er dog ikke de mest rapporterede hændelser, *Medicinering*, der skader patienterne mest, da det ikke overraskende er kategorien *Kliniske processer*, der oftest giver anledning til en patientskade.

En analyse af en stikprøve på hændelser indenfor de 4 kategorier, der hyppigst medførte en patientskade (*Kliniske processer*, *Kommunikation og dokumentation*, *Administrative processer* og *Medicinering*) viser, at en del fejl og undladelser skyldes travlhed. Mange aktører i et patientforløb, uklarhed om ansvarsfordeling og informationer går tabt i overgangen. Ikke alle informationer er altid tilgængelige, når der skal handles på dem, men eksisterende informationer overses også. Utilstrækkelig oplæring af personale i forbindelse med anvendelse af medicinsk udstyr eller IT-systemer er også et opmærksomhedspunkt.

Lokalt

Hver af de 5 hospitalsenheder, psykiatrien, præhospitalet, praksissektor og apotekerne samt socialområdet har bidraget med en status på implementerede tiltag i 2013, identificerede problemområder i 2013 samt effekten af tidligere iværksatte tiltag. Der er flere fokusområder, som går igen hos mange af hospitalerne/sectorerne:

- Medicineringshændelser. Flere hospitaler har oprettet medicingrupper og gennemfører kampagner. Håndtering af CAVE², brugen af FMK og EPJ, medicinafstemning/-gennemgang og medicinadministration.
- EPJ-hændelser, idet der er en bevidsthed om, at de elektroniske hjælpemidler også er en væsentlig kilde til fejl både hvad angår korrekt anvendelse og om systemet i sin indretning støtter arbejdsgangene.
- Korrekt mærkning af prøver og rettidig reaktion på prøvesvar er et gennemgående tema.
- Patientidentifikation er et område som flere har fokus på både i forhold til korrekt mærkning af prøver, ved transport og medicinadministration.
- Overgangshændelser. Her kan nævnes sikring af det gode patientforløb via projekt "Sikkert patientflow", medicinering i sektorovergange og kommunikation i overgange.

Der grubles i patientsikkerhedsnetværket meget over, hvordan vidensdeling og reel læring kan sikres. I sammenhæng hermed arbejdes der på hospitalerne med at sikre en mere *proaktiv risikostyring*. Patientsikkerhedsrunder er et hyppigt anvendt redskab i denne sammenhæng og medicintracere nævnes også. I forhold til anvendte redskaber og organisering af patientsikkerhedsarbejdet arbejdes der eksempelvis i praksissektor og på socialområdet fortsat med at udvide kendskabet til arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser samt anvendelige analysemetoder.

² CAVE : Advarsel mod medicin eller andet patienten ikke tåler

Særligt om årsrapport 2013

Årsrapporten er skrevet af Kvalitet og Data, med bidrag fra patientsikkerhedsnetværket. Rapportens målgruppe er Ledelsesorganisationen, kvalitetsorganisationen, samt patientsikkerhedsnetværket.

Årsrapporten for 2013 har fokus på patientskader og implementering af handleplaner, der skal forhindre, at flere patienter skades

Det er ikke nødvendigvis de hændelser, der rapporteres flest af, som skader patienterne mest. Kvalitet og Data har derfor analyseret, hvilke typer af de rapporterede hændelser, der rent faktisk skader vores patienter mest, frem for blot at lave kvantitative statistikker. Denne analyse er vigtig, da vi ikke har et fuldgældigt billede af, hvor mange og hvilke patientskader, der er sket i løbet af året, fordi dette ikke registreres.

Region Midtjylland er rigtig gode til at rapportere hændelser, analysere disse og lave handleplaner. Der er i årenes løb lavet mange gode handleplaner, men der mangler et overblik over, i hvilken grad implementeringen er lykkedes og om handleplanerne har haft den effekt man ønskede.

I denne rapport er fokus derfor rettet mod den lokale implementering af patientsikkerhedstiltag og effekterne af disse. De kommende årsrapporter vil følge op på hvordan de handleplaner beskrevet i denne årsrapport er blevet implementeret, og hvilken effekt de har haft.

Det er i år ligeledes valgt at medtage et afsnit om patientklager, serviceklager og erstatningssager. Disse sager er relevante at drage læring af i forhold til det proaktive patientsikkerheds arbejde; ikke mindst fordi de nogen gange fokuserer på andre aspekter i patientbehandlingen end de rapporterede utilsigtede hændelser, men også fordi de hændelser, der bliver klaget over, kan i lignende tilfælde være medvirkende til utilsigtede hændelser med store konsekvenser for patienterne.

Refleksion

I afsnittet om Hvilke hændelser, der skader patienter mest, beskrives at man får indtryk af at en del fejl og undladelser skyldes travlhed samt i nogle tilfælde også personalemangel. Der nævnes også mange afbrydelser i aktuelle arbejdsopgaver. Det giver anledning til at reflektere over, hvad der skaber denne travlhed.

Produktionen er gennem de sidste 10 år øget betydeligt, uden at der samtidig er tilført ressourcer i samme grad på personalesiden.

Tanken har været at nye teknologier, It-systemer og bedre og mere effektive behandlingsmetoder og produkter ville kunne kompensere for den øgede produktion.

Hvorfor opleves så denne travlhed hos personalet? Hvad er det, der skaber den? Har personalet det kompetenceniveau, der er nødvendigt, for at kunne udføre deres job med sikkerhed og overblik? Sikres det, at de nyansatte får tilstrækkelig supervision og oplæring, så de kan opnå denne sikkerhed og overblikket?

Er der tilstrækkelig meget fokus på at vælge de rette arbejdsgange og rutiner, eller overlades for meget til tilfældighedernes spil?

Er der på afdelingerne handleplaner for, hvordan personalet skal agere, hvis IT-systemer og andre nødvendige teknologiske hjælpemidler svigter? Er de klædt på til at kunne håndtere sådanne situationer uden at føle frustration og utilstrækkelighed?

Dette er spørgsmål som ledelserne er nødt til at tage alvorligt, for den oplevede travlhed hos personalet skaber fejl og patientskader, så det er nødvendigt at identificere hvilke faktorer, der skaber denne travlhedsfølelse.

Som læser af de gode tiltag beskrevet i afsnittet Udledte læringsaspekter af patient-, serviceklager og erstatningssager opstår ligeledes nogle spørgsmål.

Hvordan sikrer ledelsen, at de ændringer som den situationsknyttede læring af-fødte, gør en forskel i personalegruppens daglige arbejde?

Hvordan følger ledelsen op på, at de planlagte forbedringsprocesser rent faktisk sker? Følges der op på de tjenstlige samtaler som ledelsen i flere tilfælde afholdte med sit personale? Bidrager den nye læring i pleje- og behandlingskulturen til, at kollegaer indbyrdes stiller sig kritisk over for hinandens handlinger, så det bliver et fælles ansvar, at situationen ikke opstår igen?

Endelig kunne man spørge, hvordan sikrer man at læringen integreres i introduktion af nye medarbejdere?

Regionen er meget bevidst om, at der er behov for at komme fokus på patient-sikkerhedsområdet, hvorfor det også har fået en del opmærksomhed i den kommende Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Hvordan kan regionen støtte den proaktive udvikling af patientsikkerhedskulturen, uden at det virker som endnu et projekt, der trækkes ned over hovedet på driften, men opleves som et naturligt og nødvendigt tiltag?

Hvordan kan den samlede regionale viden om de utilsigtede hændelser, der rapporteres, nå helt ud til driften, så også den enkelte sundhedsperson har en dyb indsigt i hvilke processer, der giver stor risiko for patientskader?

Hvad skal regionen gøre bedre for at få skabt det nødvendige fokus på patientsikkerheden?

Målet er klart, alle ønsker det samme, at nemlig patienterne i Region Midtjylland trygt kan lade sig behandle uden risiko for fejl og patientskader. Vi skal i fællesskab finde vejen til målet.

Hvilke hændelser skader patienterne mest, og hvad skyldes de?

I tidligere årsrapporter har der traditionelt været opgjort hvilke type hændelser, der blev rapporteret flest af, hvor *Medicineringshændelser* flere år har ligget på førstepladsen.

I patientsikkerhedsnetværket, som analyserer de alvorlige og dødelige hændelser, er man dog klar over at, der måske er mange *Medicineringshændelser*, men at det nok ikke er de hændelser, der skader patienterne mest.

Det gav anledning til at analysere, hvilke hændelser det så er, der skader patienterne mest, og om det er muligt gennem hændelsesbeskrivelserne at danne sig et indtryk af hvilke processer, der er medvirkende til at skaderne opstår.

Kvalitet og Data har lavet analysen, og denne viser, at det er de samme 4 hændelseskategorier (*Kliniske processer, Kommunikation og dokumentation, Administrative processer og Medicinering*), som der hyppigst rapporteres, der også skader patienterne mest, men i en anden rækkefølge. *Kliniske processer* er således oftest årsag til en patientskade efterfulgt af *Kommunikation og dokumentation*. I denne sammenhæng er *Medicineringshændelserne* de mindst alvorlige.

Analysen kan bruges på to måder. Analysen kan bruges til initiativer på patientsikkerhedsområdet, der fokuserer på de processer og arbejdsgange, hvor der er størst risiko for patienten, dvs. de hændelsestyper, der skader patienterne mest, men analysen kan også bruges til at identificere processer og arbejdsgange, hvor det er nemt, med små ændringer, at øge patientsikkerheden betragteligt.

Analysen består af en kvantitativ og en kvalitativ del.

I tabel 1 ses fordelingen på de moderate, alvorlige og dødelige hændelser i de 4 hyppigste kategorier, og efter tabel 1 følger en kvalitativ analyse lavet på en stikprøve af hændelser afsluttet Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) i en tilfældig måned i 2013 for at belyse hvilke situationer, der giver større risiko for patientskade.

Ved gennemlæsning af de udtrukne hændelser i stikprøven, læses at en del fejl og undladelser skyldes travlhed og i nogle tilfælde også personalemangel. Dette nævnes af rapportør ofte som årsag til hændelsen, f.ex som "*...manglende omhyggelighed*", "*....sygdom blandt personalet*". Det handler formentlig bl.a. om afbrydelser i aktuelle arbejdsopgaver. Desuden er der ofte mange sundhedspersoner indblandet i et patientforløb, hvorfor der opstår uklarhed om ansvarsfordeling eller informationer går tabt i overgangen mellem sundhedspersoner, afdelinger og sektorer. I den sammenhæng handler det også om, at ikke alle informationer altid er tilgængelige, når der skal handles på dem. På den anden side overses eksisterende informationer også. Et delelement heri kan være, at de elektroniske sy-

stemer ikke altid leverer det nødvendige overblik. Travlheden spiller dog formentlig også en rolle her, idet tilgængelige informationer ikke altid anvendes. I nogle sammenhænge kan der tillige være en bekymring for om utilstrækkelig oplæring af personale kan spille en rolle, når processer ikke udføres korrekt. Det gælder både i forhold til de kliniske og administrative processer, f.eks. i forbindelse med anvendelse af henholdsvis medicinsk udstyr og IT-systemer.

Tabel 1

WHO-hovedgrupper og -processer med hyppigst patientskade 2013					
		Patientskade (alvorlighedsgrader)			
WHO-hovedgruppe	WHO-proces	Moderat	Alvorlig	Dødelig	Total
1. Kliniske Processer	1. Behandling og kontrol	242	82	17	341
	2. Sygdomsudredning	91	24	10	125
	3. Pleje, genoptræning og terapi	75	9	1	85
	4. Fortolkning / reaktion på undersøgelser m.v.	40	20	3	63
	5. Øvrige³	58	13	1	72
Kliniske processer – Total		506	148	32	686
2. Kommunikation og Dokumentation	1. Mellem teams/afsnit/afdelinger	104	32	4	140
	2. Mellem sektorer	88	18	1	107
	3. Inden for team/afsnit	58	20	3	81
	4. Med patient / pårørende	50	7		57
	5. Øvrige⁴	20	12	3	35
Kommunikation og Dokumentation - Total		320	89	11	420
3. Administrative processer	1. Aftale / Indkaldelse / Henvisning	79	9		88
	2. Behandlingsforløb / Patientforløb	59	17	1	77
	3. Overdragelsen af ansvar	48	15	3	66
	4. Identifikation	39	2		41
	5. Øvrige⁵	77	7	1	85
Administrative processer – Total		302	50	5	357
4. Medicinering	1. Administration	113	9	1	123
	2. Ordination	105	16		121
	3. Dokumentation	29	5		34
	4. Dispensering	29	4		33
	5. Øvrige⁶	29	6	0	35
Medicinering – Total		305	40	1	346

³ Øvrige: Opsporing og forebyggelse, Andet, Fysisk eller medicinsk tvangsbehandling

⁴ Øvrige: Mellem hospitaler/institutioner

⁵ Øvrige: Udskrivelse, Andet, Indlæggelse og modtagelse, Respons på nødsituationer,

⁶ Øvrige: Receptionshåndtering, Emballering og navngivning/Håndtering af doseringskort, Levering/Monitorering/Andet, Opbevaring/Receptkontrol.

Den kvalitative stikprøve viser følgende:

Kliniske processer:

1. Behandling og kontrol:

De hyppigste rapporteringer handler om, at dræn, sonder, katetre, venflon og CVK m.v. anlægges forkert eller ikke seponeres. I forhold til medicinsk udstyr generelt handler det tillige om forkert anvendelse, men der ses også tilfælde, hvor det medicinske udstyr er utilstrækkeligt til formålet, har funktionsfejl eller helt mangler i en akut situation.

2. Sygdomsudredning:

Tendensen er, at diagnoser forsinkes, behandling forlænges eller patientens tilstand forværres fordi undersøgelser ikke gennemføres eller prøver ikke bestilles. Endvidere gennemføres undersøgelser ikke altid hurtigt selv om en sundhedsperson giver besked om alvorlige akutte symptomer. Det gælder både internt i afdelinger og mellem afdelinger.

3. Pleje, genoptræning og terapi:

Gennemgående problematikker i stikprøven er tryksår (formentlig pga. fokus på tryksårspakken) og forkert kostform ved dysfagi.

4. Fortolkning, reaktion på undersøgelser m.v.:

Gennemgående problematikker er, at der ikke handles eller handles utilstrækkeligt på skæve prøvesvar. Desuden er der også en række tilfælde, hvor prøvesvar overses. En del af årsagen kan være manglende overblik pga. systemopsætning eller uklar ansvarsfordeling samt overflytning af patienter mellem afdelinger. Der er rapporteret flere tilfælde af forkert fortolkning af røntgenbilleder og scanningssvar, bl.a. i forhold til diagnostisering af kræftpatienter.

Kommunikation og Dokumentation:

1. Mellem teams/afsnit/afdelinger:

Rapporteringerne går på manglende kommunikation omkring systemer, der er ude af drift, f.eks. ved iværksat reparation og service på udstyr. Endvidere ses tilfælde, hvor der ikke gives besked om, at en patient er isolationspatient ved overflytning mellem afdelinger. Desuden rapporteres, at EPJ ikke understøtter overblik ved afdelingsskifte, idet journalnotater kan overses.

2. Mellem sektorer:

Rapportering omhandler manglende koordinering af patientforløb mellem hospitaler og sektorer. I forhold til overgangen mellem sektorer udskrives patienter ofte til kommunal pleje uden, at der er videresendt tilstrækkelige oplysninger omkring formål med behandling og sygeplejebehov m.v. Alternativt handler det om, at oplysningerne sendes med væsentlig forsinkelse i forhold til varetagelse af patientens behov. Desuden mangler medicinbestilling, genoptræningsplaner, hjælpemidler og medicinafstemning.

Administrative processer:

I forhold til administrative processer ses eksempler på, at der ikke dokumenteres i forhold til gennemførte procedurer, skrives journal, medicinafstemmes eller ordineres i medicinmodul så anden sundhedsperson, afdeling eller sektor kan gennemføre nødvendig eller korrekt behandling eller undersøgelse. Dette medfører bl.a., at patienter får medicin to gange, at patienten ikke får den tiltænkte pleje eller medicin eller en undersøgelse gennemføres unødvendigt. Hændelserne har således ofte årsag i manglende eller utilstrækkelig skriftlig dokumentation/kommunikation.

Medicinering:**1. Administration:**

Tendensen er, at vigtig medicin slet ikke gives p.g.a. forglemmelse eller at den overses på en liste. Endvidere gives medicin, der er pauseret/seponeret eller angivet til selvadministration i EPJ.

2. Ordination:

I forhold til ordinationer handler det hovedsageligt om angivelse af forkert dosis, herunder faktor 10-fejl. Forkert styrke ordineres bl.a. i forbindelse med receptfornyelse og medicinafstemning, hvor det ikke altid er den ordinerende sundhedsperson, der gennemfører fornyelsen eller opdaterer listen. Dette resulterer både i under- og overbehandling af patienter. Desuden ordineres CAVE-medicin også i tilfælde, hvor patienten selv har italesat overfølsomhed for f.eks. morfin under en indlæggelse.

Det regionale patientsikkerhedsarbejde

Regionale problemstillinger identificeret i 2013

Nedenstående temaer er identificeret af patientsikkerhedsorganisationen som problemstillinger, der er generelle for patientsikkerhedsområdet i Region Midtjylland. Disse temaer vil derfor få et større fokus i 2014.

Proaktiv patientsikkerhedskultur og ledelsesfokus

I løbet af efteråret 2013 var der et øget fokus på patientsikkerhed i medierne. Et fokus, der blev forstærket ved Ugebrevet Mandag Morgens udgivelse af anklageskriftet *Danskernes Farligste Rejse* Forfatteren Erik Rasmussen, der tog udgangspunkt i egne erfaringer med sundhedsvæsenet, angav bl.a. at: *"Vi har igennem årene normaliseret, at der er en høj skades- og dødsrisiko på sygehusene..."* og at sundhedssektoren: *"... har underprioriteret arbejdet med patientsikkerhed og ikke givet problemet den opmærksomhed og status, det fortjener."*⁷

Patientombuddet bidrog med en artikel om, at ti år med patientsikkerhedsordningen ikke havde givet de ønskede resultater og fastslog, at: *"...når vi får den samme hændelse indrapporteret igen og igen, drejer det sig blot om, at vi skal blive langt bedre til at handle på de oplysninger, vi allerede har..."*⁸

En del af de problematikker, der i den sammenhæng blev identificeret og italesat, er vigtigheden af at udvikle en mere proaktiv patientsikkerhedskultur. Patientsikkerhed bør i højere grad blive en del af den daglige drift i stedet for ofte at være genstand for projekter, der drives af ildsjæle med særlig interesse for området. En væsentlig forudsætning herfor er, at ledelserne alle steder og på alle niveauer er engageret i og prioriterer patientsikkerhed ved at identificere og følge problemområder proaktivt. I den sammenhæng skal der i højere grad stilles skarpt på redskaber til opfølgning og på effekten af tiltag samt hvordan relevante data kan anvendes mest hensigtsmæssigt. Det er samtidig væsentligt at finde ud af, hvordan eksisterende viden kan spredes bedre og omsættes til læring andre steder.

Lægernes deltagelse i patientsikkerhedsarbejdet

Patientsikkerhedsarbejdet er de fleste steder forankret hos sygeplejerskerne, og de gør det rigtig godt. Det er dog ikke muligt at nå i mål med patientsikkerhedsarbejdet, hvis kulturen og viljen til det ikke er styrende på alle niveauer. Lægernes deltagelse i patientsikkerhedsarbejdet er en nødvendighed for, at den nødvendige kulturændring kan ske. Lægerne skal sammen med ledelserne gå forrest. Opgaven bliver ikke nem, da lægerne i årevis er blevet gearret til at sikre en høj produktion. Det ene udelukker ikke det andet, men patientsikkerheden skal

⁷ jf. *Danskernes Farligste Rejse* s. 7.

⁸ jf. *Danskernes Farligste Rejse* s. 13.

komme først, da skader skal elimineres for at sikre patienterne og undgå unødvendigt merarbejde.

Undervisning i Patientsikkerhed på alle sundhedsuddannelser

Mange sundhedsprofessionelle har aldrig fået formel undervisning i patientsikkerhed, da begrebet kun er 10-15 år gammelt.

De fleste har en god fornemmelse af, hvad patientsikkerhed er, men mangler måske noget baggrundsviden og mere dybdegående kendskab til metoder og evidensen bag metoderne, der er derfor muligvis et efterslæb med at få viden om patientsikkerhed opdateret.

Patientsikkerhedsundervisning er et naturligt element på alle uddannelsesniveauer for at sikre tilstrækkelig viden på området. Der er behov for en kortlægning af niveauet af patientsikkerhedsundervisningen på de sundhedsfaglige uddannelser, samt en vurdering af om det skal justeres og om der er behov for efteruddannelse.

MidtEPJ

I juni 2013 blev MidtEPJ fuldt implementeret i Region Midtjylland, da det blev ud-
rullet på det sidste hospital, Hospitalsenheden Midt. Det er en styrkelse på It-
området, men det har også ført en del problemstillinger med sig. Nogle af pro-
blemstillingerne er rent tekniske, men der er også en del UTH' er, der relaterer
sig til manglende kommunikation, undervisning og menneskelige fejl.

En udfordring med mange af disse hændelser, er at IT-eksperterne ikke har det
fornødne kendskab til hvilken betydning hændelserne har for klinikken og dermed
patientsikkerheden, hvorfor der er risiko for fejlagtig prioritering af servicedesk-
sager, samt manglende læring og dermed forebyggelse af hændelserne. Det kræ-
ver et indgående kendskab til både IT-systemerne og arbejdsgangene i klinikken
for at kunne prioritere, analysere og forebygge hændelserne. Der er derfor et på-
trængende behov for, at It-afdelingen får deres egen risikomanager som kan væ-
re bindeled mellem den kliniske og den IT-tekniske verden.

Prøvesvar

Ved en analyse af utilsigtede hændelser og erstatningssager konstateret, at vi har
et sikkerhedsbrist i forhold til prøvesvar⁹. Prøvesvar kan være kritiske og det er af
største vigtighed, at vi sikrer arbejdsgangene, så prøvesvar ikke overses eller
forglemmes. Det er vigtigt, at vores It-systemer understøtter vores arbejds-
gange, men der er også behov for at se nærmere på, hvilke problemstillinger, der
ikke alene kan elimineres med It-løsninger. Der er afsat midler til at udvikle Midt-
EPJ så systemet understøtter arbejdsgangene i forhold til prøvesvar. De forskelli-
ge problemstillinger videregives til hospitalsledelserne.

⁹ Analysen blev udført i forbindelse med projekt "Risikobaseret styring af udviklingen i patientskade-
erstatninger" foranlediget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Analysen er forelagt Lederforum
for Kvalitet, og kan rekvireres hos Kvalitet og Data.

Medicineringsfejl

Der sker stadig mange medicineringsfejl, og det er stadig et stor udfordring at forebygge dem. FMK vil ved korrekt brug kunne afhjælpe hændelser, der sker i overgange mellem afdelinger og sektorer, men det er vigtigt at se nærmere på de øvrige hændelsestyper.

Manglende færdigheder i brugen af Medicinmodulet i MidtEPJ kan spille en rolle. Derfor vil i 2014 blive lavet en mere målrettet indsats på styrkelse af kompetencer i brug af både medicinmodul og FMK.

Infektionshygiejne

Fra Statens Seruminstits prævalensundersøgelser er det velkendt, at 7-9 % af de indlagte patienter får en hospitalserhvervet infektion. Der ligger en stor udfordringen i at få skabt et overblik over infektionerne, for at der kan laves målrettede indsatser. Det kommende nationale system Hospital Acquired Infections database (HAIBA), vil kunne skabe et vist overblik, når det er i drift (medio 2015) men det kan ikke forventes at fange alle hospitalserhvervede infektioner, bl.a. fordi en del af disse først erkendes hos egen læge. Der er vedvarende behov for at sætte fokus på hygiejnen på hospitalerne og indsatserne bør ikke vente på, at HAIBA kommer.

Patientsikkerhedsorganisationen har et ønske om at sætte fokus på de hospitals-erhvervede infektioner.

Medicinsk udstyr

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med, at anvendt medicinsk udstyr er sikkert. I modsætning til medicin skal medicinsk udstyr ikke godkendes af Sundhedsstyrelsen, før det kommer på markedet, derfor er Sundhedsstyrelsen afhængig af en tilbagemelding fra brugerne på udstyrssvigt via Medicinskudstyr.dk. Der er pligt for sundhedspersoner til at rapportere, men der modtages kun få rapporter. Hospitalerne har ikke lokale retningslinjer for rapportering til Medicinskudstyr.dk., og patientsikkerhedsorganisationen kan konstatere, at mange hændelser rapporteres forkert.

Hospitalerne ønsker regionale retningslinjer på området, så der ikke hersker tvivl om rapportering af de enkelte hændelsestyper. Der vil i 2014 blive set nærmere på om det er den rette løsning.

Kommunerne mangler rapporter til hospitalerne

Kommunerne er blevet gode til at rapportere hændelser med relation til hospitalerne. Hospitalerne er til gengæld ikke nær så gode til at rapportere hændelser, som kommunerne er involverede i.¹⁰

Vi må arbejde for at sikre, at også kommunerne får kendskab til de problematikker, der opstår i overgangen fra deres sektor. Kommunerne står i disse år overfor

¹⁰ Årsrapport 2013, Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i overgange

en stor opgave, da patienterne sendes hurtigere hjem fra hospitalerne og kompetenceniveauet i kommunerne skal derfor hæves, så de kan løfte denne større opgave. De har brug for al den viden, de kan få, også fra de utilsigtede hændelser.

Status på fælles regionale tiltag i 2013

Patientsikkert Sygehus

Tre pakker af Patientsikkert Sygehus er blevet implementeret på regionens hospitaler i løbet af 2013. Der er i forbindelse hermed udgivet regionale retningslinjer for de tre områder Sikker kirurgi, Tryksår og Sepsis.

Hospitalerne har arbejdet intensivt for at få de tre pakker implementeret i dagligdagen.

Nogle steder har det været nemt, andre steder har det været en større opgave, og man er ikke helt i land på alle afdelinger. Der er blevet udviklet regionale SFI'er (Sundheds Fagligt Indhold) til de tre pakker, men SFI'erne bruges endnu ikke konsekvent alle steder, da der stadig florerer gamle registreringsmetoder. Det har vist sig at være en større opgave at producere procesmål fra SFI'erne og denne opgave forventes først løst medio 2014. Først når procesmålene er tilgængelige for afdelingerne, kan vi forvente at se en effekt af de tre Patientsikkert Sygehus pakker.

Global Trigger Tool

I Økonomiaftale 2013 mellem regeringen og Danske Regioner er det aftalt, at antallet af patientskader skal reduceres med 20 procent over tre år. Regionerne har besluttet, at anvende metoden Global Trigger Tool (GTT) til at monitorere udviklingen i patientskader over tid i relation til målet i økonomiaftalen. For at imødekomme dette krav har regionerne i fællesskab besluttet at benytte GTT-metoden, i første omgang på de somatiske hospitaler. GTT fokuserer udelukkende på skader, som kan identificeres i patientjournalen. Derved bliver det muligt at fokusere forbedringsarbejdet på de kliniske områder, hvor patienterne skades.

Hospitalerne dannede efteråret 2013 GTT-reviewteams, der først modtog undervisning i metoden, og efterfølgende har deltaget i lokale træningssessioner. Regionerne har aftalt, at der skal ske afrapportering af GTT-resultater på regionsniveau hvert halve år.

GTT er ikke velegnet til at gennemgå journaler fra psykiatrien, hvorfor der arbejdes på et triggersæt for psykiatrien, der udvikles i forbindelse med Sikker Psykiatri. Når der er et velegnet triggerværktøj for psykiatrien vil journaler herfra også blive gennemgået.

Fælles Medicinkort

Region Midtjylland udrullede medio 2013 det fælles medicinkort (FMK). FMK er længe ventet, da manglende overblik over patientens medicin giver anledning til mange utilsigtede hændelser af alvorlig karakter. Det har vist sig, at systemudviklingen har været mere end svær, da FMK kræver, at en række forskellige It-systemer kan snakke sammen. Grundet enkelte uhensigtsmæssigheder på bru-

gerfladen i MidtEPJs medicinmodul, har det været svært at få hospitalernes læger til at bruge FMK. Ved årsskiftet blev 30 % af patienterne udskrevet fra regionens hospitaler med et opdateret medicinkort. Noget bedre er det gået med brugen af FMK for de praktiserende læger, der ved årsskiftet nåede op på 67%. Effekten kan endnu ikke vurderes.

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

Det sundhedsfaglige personale har forpligtelse til at oplyse patienterne om deres muligheder for at rapportere utilsigtede hændelser, klage eller søge erstatning, hvis de har været udsat for fejl eller skader. Det kan være svært at få gjort på en overskuelig måde og antallet af rapporteringer fra patienter og pårørende viser også, at patienterne ikke kender nok til denne mulighed. Patientsikkerhedsorganisationen har i 2013 derfor udarbejdet en pjec: ”Hvis der er sket noget, der ikke skulle være sket...”, som personalet kan udlevere til patienterne. Pjecen er allerede taget i brug på alle hospitaler i regionen og det skal vise sig i løbet af 2014 om det får den ønskede effekt i form af et øget antal rapporteringer fra patienter og pårørende.

Pjecen er blevet vel modtaget.

Sikker Patientidentifikation

I 2010 analyserede en arbejdsgruppe nedsat af Kvalitetsrådet mønstre og tendenser i rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende mangelfuld patientidentifikation. Arbejdet resulterede i en række anbefalinger og det har blandt andet ført til udarbejdelsen af en regional retningslinje for Patientidentifikation, der trådte i kraft i december 2013. Effekten kan endnu ikke vurderes.

Der arbejdes forsat på at få bedret kvaliteten af ID-armbånd, samt standardisering af stregkoder.

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.

Regional årsopgørelse over rapporter- inger til DPSD

Antal rapporterede hændelser i 2013

Der er rapporteret 12365 hændelser i 2013. Heraf er 11501 sager optaget til sagsbehandling. 7 % af sagerne er efterfølgende blevet afvist eller slettet.

Tabel 2

Antal rapporterede hændelser og slettede/afviste 2013					
Sektorer	Hospitalsenhed/ lokation	Rappor- teret	Slettet/ afvist	Andel slettet/ afvist i %	Optaget til behandling
Hospitalsenhed	Ukendt	14	6	42,9%	8
	Somatiske hospita- ler	8546	688	8,1%	7858
	Psykiatrien	809	26	3,2%	783
Anden regional	Præhospital	235	15	6,4%	220
	Apoteker	139	16	11,5%	123
	Praksissektoren ¹¹	973	55	5,7%	918
	Regionale botilbud (socialområdet)	1649	58	3,5%	1591
Hele Region Midtjylland		12365	864	7,0%	11501

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 rap-
porteringen finder vej til den rette sagsbehandler.

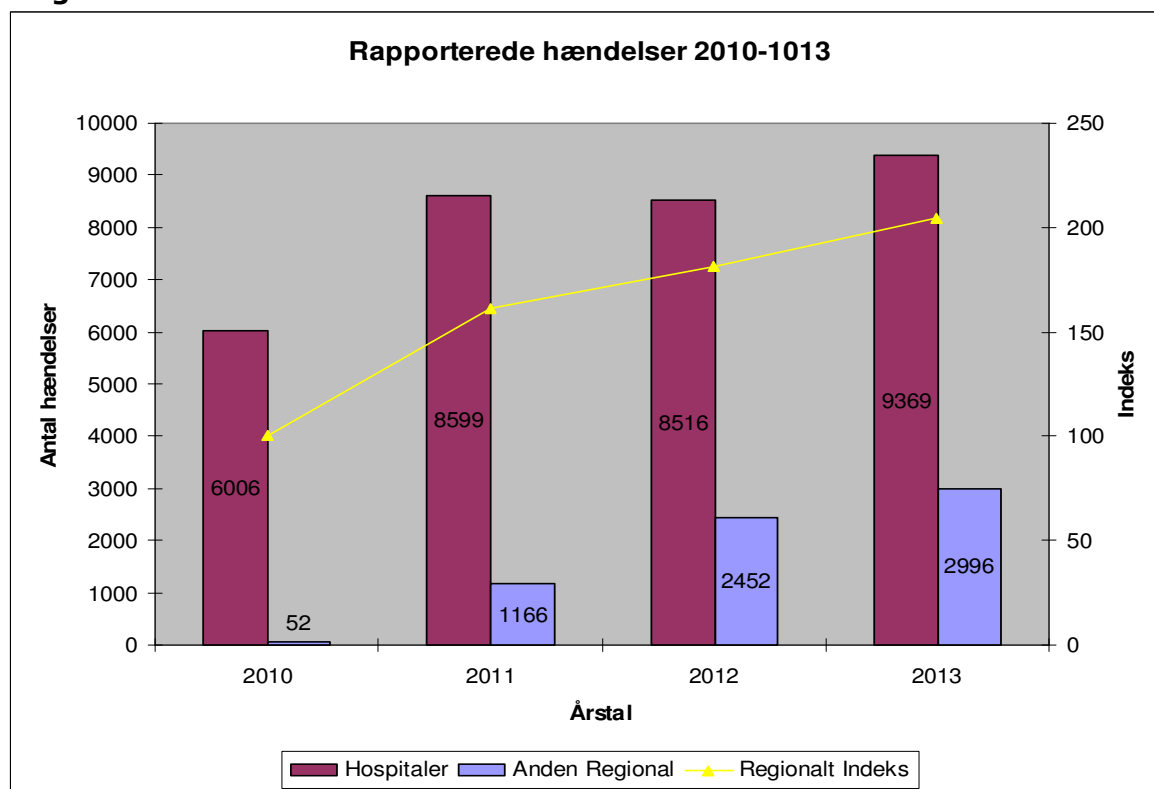
¹¹ Praksissektoren består af: praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, terapeuter og kiropraktorer samt vagtlægeordningen m.fl.

- At der reelt ikke er tale om en utilsigtet hændelse, men f.eks. en serviceklage.

Udvikling i antallet af rapporterede hændelser

Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser har hidtil været kraftigt stigende fra år til år, men er fladet noget ud de sidste par år. Stigningen har i 2013 været på 10 % for Hospitalsenhederne og 22 % for Anden regional. Da sidstnævnte områder kun har været en del af patientsikkerhedsordningen siden september 2010 skulle stigningen meget gerne fortsætte i de kommende år, da andelen af rapporterede UTH i praksissektoren står i stor kontrast til antallet af konsultationer som f.eks. almen praksis og speciallæger gennemfører årligt. Dette påpeges også af Patientombuddet i den nationale årsberetning for 2013.¹²

Diagram 1



¹² [Årsberetning 2013, Del 1. Dansk Patientsikkerheds Database, Patientombuddet 2014](#)

Hvad rapporterer patienter og pårørende om?

Patienter og pårørende har siden september 2011 haft mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser til DPSD. Den værdifulde viden som patienter og pårørende kan bidrage med, er imidlertid fortsat en mangelvare i patientsikkerhedsdatabase, da kun 174 af de rapporterede hændelser i 2013 kom fra denne rapportør-gruppe. Samme tendens ses på landsplan.

Tabel 3

Rapporterede hændelser fordelt på sagstyper 2013				
	Patient-rapport	Pårørende-rapport	Sundheds-faglig rapport	I alt
Rapporteret	108	66	12191	12365
Fordeling i %	0,9%	0,5%	98,6%	100,0%

Det er alene 139 af hændelserne, der er optaget til sagsbehandling, idet ca. 20 % efterfølgende er slettet eller afvist. I 21 tilfælde er årsagen dog, at sundhedspersoner ved en fejl har rapporteret en hændelse på et patient/pårørende-skema. Derfor optages hændelser fra patienter og pårørende reelt til sagsbehandling i lige så høj grad som hændelser rapporteret af sundhedspersoner.

Alvorlighedsgraden i rapporter fra patienter og pårørende

Når patienter og pårørende rapporterer, er hændelserne gennemsnitligt alvorligere end hændelser rapporteret af sundhedspersoner. 25,9 % af hændelserne fra patienter og pårørende omhandler således en patientskade, d.v.s. at hændelsen som minimum medførte et øget behandlingsbehov. Tallet er 14,3 % for hændelser rapporteret af sundhedspersoner. Tendensen ses både i forhold til dødelige, alvorlige og moderate hændelser. Patienten (og de pårørende) mærker mere direkte følgerne af en behandling. Derfor er det måske ikke så mærkeligt, at de oftere rapporterer en patientskade end sundhedspersoner. Men det kan samtidig indicere, at patienter og pårørende er mere opmærksomme på væsentlige områder, der kan give værdifuld læring som sundhedspersonerne ikke ser. Det er en af grundene til, at det er så vigtigt at modtage feedback fra patienter og pårørende.

Hændelsestyper i rapporter fra patienter og pårørende

Patienter og pårørende kan bidrage med vigtig viden på de områder, hvor de har særlige forudsætninger for at opdage eller mærke konsekvenserne af en hændelse sammenlignet med sundhedspersonerne. Grundet det lave antal rapporter, har det ikke været muligt at lave en egentlig analyse af hvilke specifikke processer patienter og pårørende har tendens til at rapportere, men herunder er beskrevet hvordan rapporteringerne fordeler sig.

Kliniske processer:

Patienter og pårørende (38,8 %) er i langt højere grad end sundhedspersoner (21,6 %) opmærksomme på problemer i de *kliniske processer*, hvor undersøgelser og behandlinger gennemføres. Det gælder både når det handler om sygdomsudredning, behandling og kontrol, fortolkning/reaktion på undersøgelser samt pleje, genoptræning og terapi.

Patienten/pårørende er formentlig endnu bedre til at identificere, hvornår gener går ud over det tålelige, ikke mindst fordi de ikke kun oplever selve undersøgelses- og behandlingssituationen, men også lever med de mere langsigtede konsekvenser.

Administrative processer:

Patienter og pårørende (7,2 %) rapporterer ikke så ofte om de *administrative processer* som sundhedspersoner (18,2 %). Når der sker fejl i de administrative processer i forbindelse med en *udskrivelse*, fortæller procentfordelingen dog, at det muligvis opdages lidt oftere af patienten end af en sundhedsperson. I disse sammenhænge er sundhedspersonen formentlig heller ikke altid den nærmeste til at opdage effekten af en administrativ fejl eller uhensigtsmæssighed.

Medicinering:

I forhold til medicinering er det sundhedspersoner (31,7 %), der oftere rapporterer sammenlignet med patienter og pårørende (21,6 %). Det gælder dog ikke i forhold til *ordinationsfejl*, som patienten oftere opdager. Det kunne skyldes, at patienten måske mange gange opdager en fejl, når medicinen skal afhentes på apoteket eller pga. effekten af en forkert ordineret medicin.

Kommunikation og dokumentation:

Patienter og pårørende er meget opmærksomme på problematikker omkring kommunikation og dokumentation, idet 30,2 % af hændelserne placerer sig i denne kategori. Særligt ofte rapporteres om kommunikation *med patient/pårørende*. 20,1 % af de rapporterede hændelser handler om denne problematik, mens sundhedspersoner alene rapporterer herom i 1,6 % af hændelserne. Årsagen er formentlig, at patienter og pårørende er de nærmeste til at vurdere, hvorvidt informationer omkring undersøgelse og behandling er givet i tilstrækkeligt omfang og på en forståelig måde.

Samtidig rapporterer patienter og pårørende lidt oftere, når der sker fejl i kommunikationen mellem sektorer. Her er patienten og de pårørende de eneste gennemgående personer i patientforløbet, hvilket forklarer, hvorfor de måske lidt oftere end sundhedspersoner rapporterer om problematikker ved et sektorskifte.

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

Andelen af moderate, alvorlige og dødelige hændelser er faldet siden sidste år, jf. tabel 4 på næste side. Det kan dog ikke automatisk konkluderes, at antallet af patientskader eller alvorligheden generelt er faldende, eftersom kun en vis procentdel af alle utilsigtede hændelser rapporteres.

Årsagen kan i stedet være, at rapportører og sagsbehandlere er blevet bedre til at score hændelserne efter den *faktuelle skade*, som patienten har fået ved hændelsen. Tidligere erfaringer har vist, at både sagsbehandlere og rapportører har haft vanskeligt ved ikke at tage den potentielle skadevirkning i betragtning. Det betyder, at når der gennemføres udtræk til brug ved analyser, så må sagerne ofte gennemlæses og omklassificeres. At der ikke klassificeres korrekt, er problematisk, da man i så fald ikke kan være sikker på, at de oplysninger, der hentes fra DPSD giver et retvisende billede af de konsekvenser og patientskader, hændelserne har haft for patienterne.

Tabel 4

Alvorlighedsgraden af de afsluttede hændelser i 2013¹³ (Antal afsluttede sager i RM i 2013: 11175)					
Lokation	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospital	4	2	1	0	0
Somatiske hospitaler	4687	1614	1140	232	34
Psykiatrien¹⁴	343	173	81	35	22
Præhospital	112	35	60	38	0
Apoteker	92	16	9	0	0
Praksissektoren	303	445	70	10	3
Regionale botilbud (Socialområdet)	1312	272	26	2	2
Hele Region Midtjylland	6853	2557	1387	317	61
i %	61,3%	22,9%	12,4%	2,8%	0,5%

¹³ I årsrapporten vises fordelingen af alvorlighedsgrader på hændelser, der er afsluttet i løbet af 2013. Det skyldes, at den angivne alvorlighedsgrad først kan betragtes som endelig, når en sag er færdigbehandlet.

¹⁴ Det høje antal dødelig og alvorlige skyldes rapporteringer af selvmord og selvmordsforsøg, læs mere i Statusrapport for Psykiatri
<http://www.ps.intra.rm.dk/kvalitet/psykiatri/patientsikkerhed/publikationer/hel%c3%a5rsrapporter>

Hændelsernes fordeling på hændelsestyper (WHO-klassifikationer)

Fordelingen af hændelser på WHO-klassifikationer og rækkefølgen af de øvrige mest anvendte kategorier er uændret siden sidste år.

1. Medicinering.
2. Kliniske processer.
3. Administrative processer.
4. Kommunikation og dokumentation.

Der er således flest medicineringshændelser og det ser desværre ud til, at andelen er stigende, idet 38,9 % af hændelserne er medicineringshændelser i år, hvilket er en stigning på 6 % siden sidste år.

Tabel 5

WHO-klassifikationer af afsluttede sager i 2013¹⁵		
WHO-Kategori (Afsluttede sager: 11175)	Antal sager	%-fordeling
Anden utilsigtet hændelse	219	2,0%
Administrative processer	2464	22,0%
Blod- og blodkomponenter	99	0,9%
Bygninger og infrastruktur	99	0,9%
Gasser og luft	40	0,4%
Individ-team-organisation	168	1,5%
Infektion	41	0,4%
Kliniske processer	3021	27,0%
Kommunikation og Dokumentation	1997	17,9%
Medicinering	4345	38,9%
Medicinsk udstyr	675	6,0%
Patientuheld	528	4,7%
Selvskade og selvmord	88	0,8%
Totalt antal klassifikationer¹⁶	13784	123,3%

¹⁵ I årsrapporten vises fordelingen på WHO-klassifikationer i forhold til sager, der er afsluttet i løbet af 2013. Det skyldes, at WHO-klassifikationen angives af sagsbehandleren, hvilket ofte sker i forbindelse med afslutningen af en sag.

¹⁶ Da en sag kan WHO-klassificeres under mere end én kategori vil antallet af klassifikationer altid være større end antallet af afsluttede sager i kalenderåret.

Læringsaspekter af patient-, serviceklager og erstatningssager i 2013

I 2013 har der været 481 patientombudsklager, 1589 erstatningssager (godt 1/3 er anerkendt) og 358 serviceklager. Disse registreres i såvel antal som læringsdata i det fælles regionale registreringssystem, der administreres i Patientkontoret, Kvalitet og Data.

Fordelingen af registreringerne ift. hospitalerne viser, at stort set alle hospitaler registrerer de deskriptive data. Der ses dog sparsomme data fra Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenheden Horsens havde i første omgang valgt først at registrere efter afgørelserne i sager i modsætning til de øvrige, som registrer sagen, når den bliver anmeldt. Det er nu ændret, således at tallene bliver sammenlignelige. Horsens har ikke beskrevet, hvilke læring de har haft.

Nedenstående beskrivelse er formet ud fra mønstre og tendenser som træder frem, når de deskriptive data sammenholdes (præciseret med udvalgte citater). Afsnittet afrundes med et overblik over antal af klager, afholdte dialog i forbindelse med klager og udviklingen af erstatningssager.

Sammenfatning

Det fremgår tydeligt, at der bruges megen energi fra hospitalets ledere og personalets side på at forholde sig til og lære af begåede fejl, som har givet patienten anledning til at klage og/eller søge erstatning.

Overfor klager, er man ofte ude at beklage, undskylde det hændte, forklare, hvorfor fejlen opstod. Men oplyser desuden klager om, hvordan man vil arbejde med den erfaring, klagen har givet.

Klagen gennemgås i gruppen af medarbejdere, og i flere tilfælde tages også en personlig samtale med pågældende sundhedsfaglige person, der har været involveret i sagen.

I andre tilfælde ændres arbejdsgange, sker omformuleringer af instrukser eller foranlediges kompetenceudvikling af personalet.

Læringsbeskrivelser

Kommunikation og informationsinitiativer – herunder patientinddragelse

Mangelfuld forventningsafstemning med såvel patienten som pårørende vægter meget i patientklagerne.

"Det er beklageligt, at pårørende ikke i tilstrækkelig grad er blevet involveret i plejen."

Og:

"Vi har set det som en svaghed, at patienten, familien og behandlingsstedet ikke er blevet informeret om beslutningsgangen... ved forundersøgelsen. Dette vil vi rette op på i fremtiden."

Hospitalet tilstræber både at lære ved at gå den enkelte sag igennem med sit personale og blandt andet tale om, at give:

"... Bedre information ifm. beslutninger i behandlingen"

og sikre:

"Mere inddragelse af patienten, ikke tale hen over hovedet på denne."

Ledelsen gør et tydeligt forsøg på at vinde klagerens tillid igen, ved at tage kontakt til klager enten via telefon, eller invitere dem til en samtale, hvor de undskylder hændelsen over for dem. I flere tilfælde har afdelingsledelsen orienteret patienterne om deres rettigheder til at klage eller mulighed for at søge erstatning. En sag omkring dårlig skiltning på hospitalet blev straks udbedret via hospitalets tekniske afdeling.

Det kan udledes, at klager over kommunikation også omhandler mangel på imødekommenhed, professionalisme og empati. En afdelingsledelse håndterede en sag således:

"Patienten har fået et brev fra afdelingsledelsen, hvori de(n) på det kraftigste undskylder en sygeplejerskers opførsel..."

og udtrykker:

".. forhåbninger om, at denne oplevelse ikke gjaldt hele indlæggelsen..."

I flere tilfælde suppleres med at tage de implicerede fagpersoner ind til en tjenstlig samtale, i andre tilfælde ved at:

"..patienten blev koblet på anden læge i patientforløbet"

"Pt. samtaler skal ikke kun indholdsmæssigt være af høj faglig kvalitet, men også etisk i udførelsen."

En læring i forlængelse af en kommunikationsbrist ses ofte at munde ud i revidering eller udarbejdelse af en patientinformationspjece.

Endelig går en klage på, at:

"...der bliver ført en dialog i et rum, hvor andre patienter er til stede, hvorpå personalet bliver indprentet at anvende et samtalerum i afdelingen fremover."

Ledelsen har desuden indskærpet:

"...uanset travlhed, skal der altid være en god tone overfor de, som ringer til afdelingen."

Patienter har givet udtryk for, at det udenlandske personale har været svært at forstå. Derfor har ledelsen i et tilfælde anmodet om et:

"Dansk kursus for udenlandske læger."

En misforståelse om en undersøgelse skulle foretages eller ej, blev fremover sikret ved, at:

"Bookingprogrammet er blevet justeret, så framelding accepteres", "Afdelingen fremadrettet vil være bedre til at informere og kommunikere om hvordan arbejdsgangen for svar er."

Endelig er det i et tilfælde beskrevet, at ledelsen vil foranledige, at:

"... fastansatte læger sendes på kommunikationskursus."

Læring affødt af klager over lang ventetid og mangel på information

Der er flere klager fra patienter og pårørende over lange ventetider, hvor de ikke har mulighed for at danne sig et overblik over, hvornår det bliver deres tur samt

at de ingen information får af Akutafdelingens personale, mens de venter. Den nye tendens i klageindhold kan temmelig sikkert forbindes med triageringen blandt de ventende patienter, hvor flere patienter trods ankomst ("sidder over") bliver visiteret ud fra situationens alvorlighed.

Ledelserne har på grundlag heraf udarbejdet:

"...procedurer for at nedbringe ventetider"

og præciseret overfor personalet:

"at patienter og pårørende (skal) modtages af et imødekomende personale der tager ansvar, vejleder og servicerer patienterne i skadestuen"

Endvidere har man skrevet et forklarende og undskyldende brev ud til de implicerede patienter.

På et hospital har man opsat infoskærme i ventesalen.

Interaktionen med patient og sundhedsfagligt personale synes at været påvirket af den lange og uoplyste ventetid og i et tilfælde opstod der:

"... konflikt med patienten, som ventede på besøg hos vagtlægen."

Herpå blev der sat:

"... fokus på de lange ventetider i skadestuen".

Nogle skrev, at:

"Der arbejdes på logistik i skadestuen for nedbringelse af ventetider".

Læring på grundlag af faglige fejl

Faglige kvalitetsbrist vejer stadig tungt i såvel patientombudssager som erstatningsskader. I Patienterstatningens årsrapport i 'Tal for Region Midtjylland' fremgår det, at 20,4 % af afgørelserne beror på 'ikke optimal diagnose eller behandling'. Niveauet gennem de sidste 3 år ses dog for nedadgående fra 22,4 til 20,4 %. Dertil kommer at 9,4 % af afgørelserne er kategoriseret som 'sjælden og alvorlig skade'. Dette tal er også for nedadgående fra 10,0 → 11,1 → 9,4 % over de sidste tre år, men de to områder for erstatningsberettiget ligger stadig problematisk højt.

Det varierer lige fra brist i praktiske kliniske færdigheder til den enkelte sundhedsfaglige persons mangel på bevidsthed om de gældende retningslinjer.

Nogle tillidsbrud var uoprettelige og man valgte at tilbyde patienterne, at:

"... de fremover skal overgå til behandling på et andet hospital."

"Klager er indkaldt til yderligere udredning hos anden læge."

Andre klager gav anledning til, at:

"Ledelsen taler med den pågældende læge (som) burde have været opmærksom på, i forbindelse med konsultationen, at generne ved den nyopererede hofte skyldes et for stort offset."

"Der vil blive sat fokus på tolkning af CTG"

"Hændelsesforløbet beklages, og forklares, da der på CT ikke var tegn på Brok."

Personalets adfærd foranledigede en:

"Drøftelse af god og omhyggelig sygeplejepraksis i afdelingen, som lever op til gældende værdier og principper".

En klage over det postoperative forløb betød, at ledelsen tog:

"...en gennemgang i afdelingen så vi forhåbentlig undgår (flere) tilfælde."

En afdeling arbejdede med at blive:

"Mere præcise med at dokumentere mulige bivirkninger ved ECT."

Læring som foranlediger strukturelle ændringer i arbejdsgange

Afdelingerne arbejder med at rette op på strukturelle arbejdsgange, for at undgå, at fejl gentager sig. Det kan ske, at patientens forslag til organisatoriske forbedringer ofte sendes til hospitalernes Innovationsteam.

I en Obstetrisk Afdeling blev der:

"Ændret procedure vedrørende gravide, som har behov for indlæggelse. Der vil blive en gennemgang og evaluering af forløbet."

En afdeling har erkendt, at der fremover skal være:

"Mindre teams omkring patienter med komplekse sygdomme..."

I en anden afdeling blev der indført et:

"Nyt system, der skal forhindre manglende indkaldelse".

Og andetsteds, påtalte ledelsen:

"Obs, at travlhed ikke er en undskyldning for at aftaler ikke holdes. Afdelingen vil gennemgå sine rutiner."

"Ambulatoriepersonale indskærpes bedre opfølgning efter ambulante undersøgelser"

Klagesager har resulteret i:

"...ændrede procedurer, således at der er iværksat et sikkerhedsnet i forbindelse med situationer, hvor læger ... har ferie/afspadsering m.m. (og) ikke er til stede i afdelingen."

Samt at:

"... ingen (patienter) sendes hjem uden en behandlingsplan".

"Hjemmeside tilrettes, da ... det (har) vist sig, at der ikke... er angivet priser for patienter, som ønsker at overnatte før en evt. operation..."

En klage fra en kørestolspatient over ikke at kunne danne sig et overblik over madbuffeten medførte, at afdelingen:

"Vil forsøge at sætte spejle op, så kørestolsbrugere kan se, hvad der er udbudt ... (af) lune retter."

En anden klage over maden medførte:

"Der er ... igangsat efteruddannelse og et implementeringsarbejde..., (og) der vil blive set nærmere på portionsstørrelserne... og anretningen af maden i afdelingerne".

En patient, der havde været indlagt på en sekssengestue, klagede over uro og afdelingen vil:

"Forsøge så godt som muligt at minimere støj og uro på 6 mandsstuer."

Der ses også klager over hygiejnen, herunder rengøring, som fik ledelsen til at tage:

"...rengøringsstandarden (op for) relevante personer (som) bliver informeret om, at den er mangelfuld, samt at afdelingen vil udskifte forhæng mellem sengene".

"Der undersøges andre måder til håndtering af hygiejne og forebyggelse i venteværelse".

"...at loftspladerne er blevet udskiftet. Endvidere vil lokalet (blive gjort) særligt grundigt rent..."

En medicineringsfejl betød, at:

"Udlevering af medicin til børn (fremover) skal ske ved overværelse af 2 sygeplejersker."

En anden medicineringsfejl betød, at der opstod:

"Et ønske om ændret funktionalitet i EPJ, som alarmerer ved ordination af Cave medicin".

Læring der affødte revision eller udarbejdelse af nye retningsgivende dokumenter

Når en klage opstår giver det anledning til, at de gældende retningsgivende dokumenter bliver set efter i sømmene. Klagerne eller erstatningssagerne medfører af og til, at en af afdelingens retningslinjer bliver revideret eller sågar at der udarbejdes en ny.

Læring i forhold til overgangsproblemer i et patientforløb

Overgange i patientforløbet, enten mellem hospitalsafdelinger, hospitalerne eller sektorerne tæller rigtig mange læringsseancer.

En brist i et udskrivningsforløb af en patient foranledigede, at der blev:

"Set på udskrivningsforløb og (hospitalspersonalet har) haft henvendelse til områdelederen i kommunen."

En anden brist i sektorovergangen resulterede i, at en patient havde divergerende forventninger, og det blev besluttet:

"At der bør afsættes mere tid til denne type undersøgelser samt, at der i kommunikationen skal tages højde for de store forventninger, pt. er sendt hertil med fra ...praktiserende læge - forventninger, som ikke kan honoreres."

En lidt misforstået adressering af læringen ses i, at:

"Patienten er gjort opmærksom på, at egen læge hensigtsmæssigt kunne have genhenvist patienten til dialog med behandlende læge frem for at opfordre direkte til klage."

Flere brist i samarbejdet hospitalsafdelingerne imellem gav anledning til en:

"Analyse af (et) patientforløb mellem 2 afdelinger."

Man indførte nye kommunikationsmidler for at sikre:

"Større dialog mellem afdelingerne, (er der indført) dialog/kommunikationsbog som følger pt."

"Skærpet opmærksomhed (på) notater i journal om manglende evne til at tage vare på sig selv"

En Obstetrisk Afdeling blev opfordret til, at:

"Barselsafdelingen skal tage kontakt til Urogynækologer tidligere ved komplicerede patienter."

I et andet tilfælde har:

"Dialyseafsnittet... ændret deres arbejdsgange således, at kommunikationen mellem sengeafsnit og dialyseafsnit vedrørende transportbestilling bliver entydig."

En erkendelse vedr. et:

"...fasteforløb vil afdelingen tage kontakt til Anæstesi og Operations Afdelingen med henblik på at forbedre fasteforløbene... så tidligt i forløbet at patienten fortsat kan komme i narkose".

En patients klage:

"er blevet drøftet på et møde mellem de tre berørte afdelinger. De giver patienten ret i, at der kan være nogle kommunikationsproblemer afdelingerne imellem, hvilket de fremadrettet vil forsøge at rette op på."

Opgørelse af patientklager, Serviceklager, afholdte dialoger og erstatningssager (i det fælles regionale registreringssystem)

Klager

Fordelingen af antal Patientombudsklager 2013 i Region Midtjylland sig således:

Tabel 6

Aarhus Universitetshospital	165
Regionshospitalet Randers	52
Hospitalsenheden Horsens¹⁷	10
Hospitalsenhed Midt	92
Hospitalsenheden Vest	78
Psykiatrien	24
Praksissektor	60

Når hospitalerne modtager en klage, registrerer de klagen i det fælles regionale registreringssystem for klager.

Klagerne kategoriseres, når klagerne er afgjorte, samt om klageforholdet har givet anledning til kritik eller ej.

Af registreringen kan man se, hvad klagen vedrører:

- Mangelfuld Information.
- Kommunikationsbrist.
- Mangelfuld dokumentation.
- Tavshedspligt.
- Undersøgelse, operation, anæstesi.
- Medicinering.
- Forsinket Diagnosticering.
- Plejen.
- Infektion, komplikation.
- Aktindsigt.
- Selvskade, Selvmordsforsøg.

¹⁷ De få klager på HEH skyldes, at man ikke registrerede klagerne førend de var afgjorte af Patientombuddet i modsætning til de øvrige hospitaler, som registrerede klagen, når de modtog den. Dette er ændret nu, hvorved tallene bliver sammenlignelige.

Klager med dialog

Når patientombuddet modtager en klage, spørger de patienten om denne ønsker en dialog med den implicerede afdelings personale.

Der var 130 sv.t. 30 % af klagerne i Region Midtjylland, der ønskede dialog, hvoraf 52 klagere efterfølgende frafaldt klagen.

Serviceklager

Serviceklager er klager, der vedrører klager over f.eks. personalets adfærd, ventetid, det udbudte og afholdte serviceniveau f.eks. servering af mad.

Der blev modtaget i alt 358 serviceklager, hvoraf de 247 blev stilet direkte til hospitalsledelsen. De resterende blev hhv. stilet til afdelingsledelsen (24) eller til regionen (65). Resten er stilet til 'øvrige' (22).

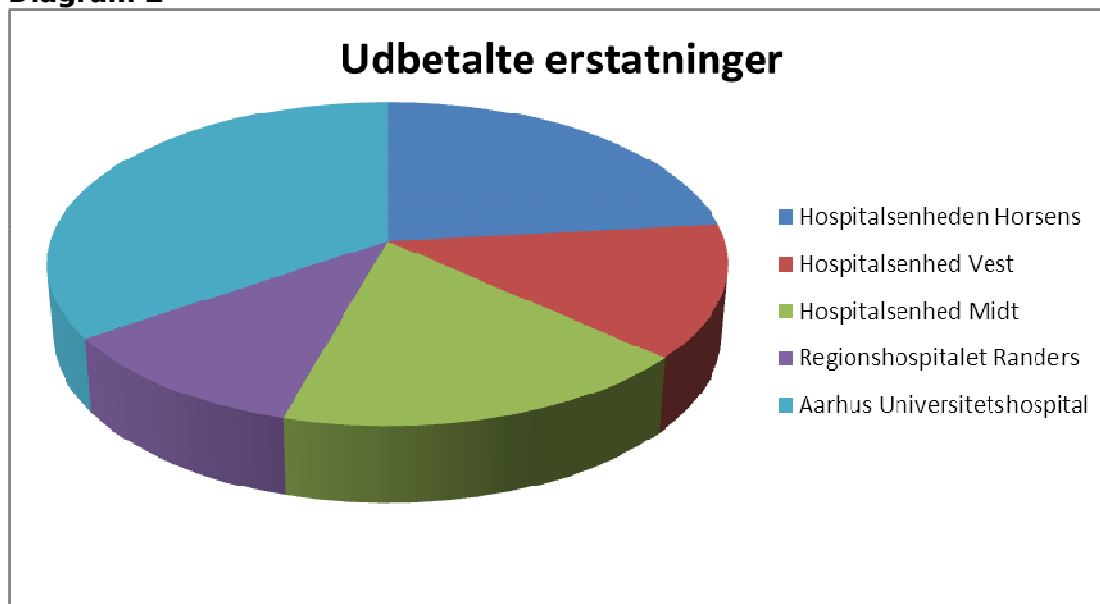
Erstatningssager

I 2013 blev der afgjort 1589 anmeldte sager af Patientskadeforsikringen heraf 1559 sager for hospitalerne i Region Midtjylland. 543 af sagerne blev anerkendt og der blev udbetalt 107,3 mio.kr. i erstatning.

I 2012 var tallene 1287 afgjorte sager, heraf 1285 for hospitalerne i Region Midtjylland, med 469 anerkendte skader og udbetalt 135,6 mio.kr. i erstatning.

Der bliver således anmeldt flere sager i 2013 til Patientskadeforsikringen, men udbetalt mindre i erstatning. Man kan dog ikke deraf konkludere, at skaderne er mindre alvorlige, da anerkendelser for *Ikke optimal diagnose eller behandling* er steget med 18%, og anerkendelser for *Sjælden eller alvorlig skade* er steget med 4%.

Diagram 2



Lokale status og problemstillinger

Hver enkelt hospitalsenhed samt øvrige sektorer beskriver hver for sig i det følgende, hvilke tiltag de har fået implementeret i 2013 og hvad status er på implementeringen. Problemområder de hver især har identificeret i 2013 beskrives samt i hvilken grad det har været muligt at fastholde effekten af tidligere virksomme handleplaner.

Hospitalsenhed Midt

Link til lokal Årsrapport: www.hemidt.intranet.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Fremme samarbejde mellem de forskellige led i det lokale ps-netværk samt øge vidensdeling og læring på tværs i organisationen.	I foråret 2013 har ps-kontakt-/nøglepersoner besvaret et spørgeskema. Besvarelsenerne har været udgangspunkt for aftaler om, hvordan samarbejdet skal foregå og hvordan det fremadrettet yderligere videreudvikles.	Møde i ps-netværket to gange årligt. Udsendelse af ps-info ad hoc.	Side på intranettet. Projektgrupper. Temadage, Undervisning. Fokuseret besøg på afdelinger/centre. Andre analyse metoder. Flere aggregerede analyser, f.eks. i projektgrupper.
Etablering af medicineringsgruppe mhp. at udvikle og sikre kvaliteten indenfor medicinerings	Etablering og kommissorium udarbejdet. Afholdt fire møder. Indsatser har bl.a. været aggregeret analyse af medicineringshændelser samt udarbejdelse og implementering af medicineringslinjer.	Løbende understøttelse af indsatser, der har til formål at udvikle og sikre optimale medicineringsprocesser.	Medicineringskampagner/indsatser på baggrund af den aggregerede analyse.

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Medicineringskampagne /indsats	Størstedelen af rapporterede UTH'er er medicineringshændelser. Derfor har medicineringsgruppen initieret en aggregeret analyse.	Bl.a. forventes en patientidentifikationskampagne samt indsatser for at fremme enstrenget dokumentation af AK behandling og ændret procedure for præmedicin.
Korrekt mærkning af prøver og rekvisitioner.	Mange rapporterede UTH'er omhandlende fejlmærkning.	Bl.a. forventes en patientidentifikationskampagne.
Aggregeret analyse af EPJ hæn-	Øget antal rapporterede	Aggregeret analyse overvejes for

delser.	UTH'er omhandlende EPJ.	at få overblik over hændelserne og derudfra kunne iværksætte tiltag.
---------	-------------------------	--

Regionshospitalet Randers

Link til lokal Årsrapport:

<http://randers.intranet.rm.dk/files/Regionshospitalet%20Randers%20og%20Grenaa/Kva-tet/utisigtet%20h%C3%A6ndelse/Rapporter/Patientsikkerheds%C3%A5rsrapport%202013.pdf>

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Tidstro medicinering, hvor det er samme person, der dispenserer og administrerer medicin til patienterne.	Der arbejdes med tidstro medicinering i alle afsnit.	Det opleves som en mere sikker arbejdsgang når der ikke ophældes medicin i æsker til det kommende døgn.	
FMK og medicinenemgang.	Der er udpeget FMK ansvarlige læger i alle afdelinger. Alle afdelinger har haft mulighed for at få undervisning i medicinafstemning og FMK.	Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre medicinenemgang og opdatering af FMK. Opdatering af Midt-EPJ, med forbedringer i forhold til integration med FMK er blevet udsat flere gange.	I starten af maj 2014 kom en opdatering af Midt-EPJ. Den kræver fornyet undervisning af lægerne.

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Medicinsubstitution er et potentielt stort problem, idet der løbende laves nye indkøbsaftaler på medicin, men der sker ikke en automatisk udskiftning i standardordinationspakkerne i EPJ eller i medicinrummene på de enkelte afsnit.	UTH Intern survey	I marts 2014 gøres der forsøg i tre måneder med at udskifte standardsortiment samtidigt i EPJ og i medicinrummene. Der indsamles dels den kasserede medicin og dels laves der en økonomisk beregning på det spild projektet udløser – er det stort eller lille i forhold til den risiko, der er for fejlmedicinering, når sortimentet i EPJ og medicinrum ikke følges ad?
HSMR data har vist store udsving. En dybere analyse har vist, at en del af forklaringen muligvis er i den måde vi er organiseret på i de elektroniske systemer (SOR).	HSMR	Der er iværksat månedlig mortalitetsaudit i alle afdelinger, hvor klinikerne skal forholde sig til det enkelte patientforløb inklusiv diagnose. Mortalitetsaudits fortsætter i 2014.
Patientsikkerhedskritiske standarder i DDKM skal være helt opfyldt til survey i uge 20.	DDKM	For de patientsikkerhedskritiske standarder er der blevet udpeget tovholdere blandt afdelingernes kvalitetskoordinatorer. Opgaven som tovholder er dels at lave en

		status på de patientsikkerhedskritiske standarder og iværksætte yderligere tiltag til fremme af opfyldelsen af standarden. Tovholderen er ligeledes sat i spidsen for at lave internt survey på "sin" standard.
Cave beskrives i journalteksten, men registreres ikke altid i cave-feltet i Midt-EPJ.	Journalaudit UTH	Det er blevet besluttet at fjerne SFI'en allergi og intolerans fra Midt-EPJ så cave kun registreres i cave-feltet. Med den seneste opdatering af EPJ er der kommet beslutningsstøtte i cave-feltet. Det betyder, at der kommer en advarsel når lægen ordinerer et præparat, der er registreret som cave i patientens journal.
I 2013 blev udredningsretten indført. I forhold til at leve op til den, blev patientinventeringsmetoden taget i brug.	Udredningsret Sikkert Patient-flow	Der arbejdes med at optimere patientforløb og forebyggelse af komplikationer med udgangspunkt i inventeringsmetoden. Arbejdet fortsættes i 2014, hvor hospitalsledelsen vil besøge alle kliniske afdelinger med fokus på patientforløb.
Som akuthospital er der stort fokus på at give patienterne det optimale forløb på hospitalet til trods for overgange i behandlingen fra Akutmodtagelsen til sengeafsnit.	Sikkert Patient-flow	Hospitalet deltager i det nationale projekt Sikkert Patientflow, hvor målet er: den rigtige patient, i den rigtige seng, på det rigtige tidspunkt. Første skridt på vejen er at få etableret en kapacitetskonference på tværs af hospitalet, hvor patienterne fordeles mest hensigtsmæssigt og hvor der er fokus på estimerede og faktuelle udskrivelser. Tavlemøder på afsnit forud for kapacitetskonferencen, hvor der bl.a. er fokus på planen for patientens udskrivelse allerede ved indlæggelse, så der tages hensyn til evt. koordinering med hjemmepleje etc.

Tidligere handleplaner	Status/effekt
Implementering af TOKS	Der er lavet journalaudit på TOKS siden implementeringen i 2011. Resultatet er gået støt fremad og seneste audit viste at: 97 % har fået målt TOKS værdier mindst en gang i døgnet under indlæggelse. 82 % havde dokumentation for, at sygeplejersken har fulgt handlingsalgoritmen. 89 % havde dokumentation for, at lægen har fulgt handlingsalgoritmen. Intern survey har vist, at alt det adspurgte personale havde et godt kendskab til og anvender TOKS som et dagligt redskab.

Hospitalsenheden Horsens

Link til lokal Årsrapport:

http://horsens.intranet.rm.dk/files/Hospitalsenheden%20Horsens/Kvalitet/Patientsikkerhed%20og%20patientklager/Statistik%20UTH_første%20halvår%202013_240913.pdf

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Medicinområdet – vi har tidligere haft medicin som den hyppigste UTH.	- Vi kører nu intensiv og meget klinisk nær undervisning blandt: - Eksisterende personale og alt nyt klinisk personale. - Der er en strategisk medicingruppe med ledende overlæger, cheflæger m.m., der fokuserer på medicinområdet. - Der monitoreres og auditeres månedligt på medicinområdet (CAVE, FMK, medicinafstemning m.m.) - Hyppige hospitalsledelsesrunder med fokus på medicin.	Andelen (såvel som det nominelle antal) af medicin-UTH'er er faldet: 22,7% i 2011. 19% i 2012. 15,6% i 2013.	Vi fortsætter med de iværksatte tiltag.
Rettidig reaktion på prøvesvar	- Undervisning af alt klinisk personale. - Månedlige monitoreringer på prøvesvar (biokemi, billeddiagnostisk) og opfølgning på ledelsesmøder. - Flere hospitalsledelsesrunder med fokus på prøvesvar.	Mængden af ukvitterede prøvesvar i MidtEPJ er faldende. Antallet af UTH'er vedrørende prøvesvar er faldende.	- Fortsat kamp for fuld integration mellem RIS/PACS og Midt-EPJ. - Patologisvar inddrages i monitoreringen.

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Fald optræder som den hyppigste skadeskategori i GTT.	GTT	Der iværksættes 'fald-pakke' på Hospitalsenheden Horsens.
Sikkert Patientflow		Projekt Sikkert Patientflow er under implementering på Hospitalsenheden Horsens. Målet er blandt andet: at få den 'rette patient', i 'rette seng' på 'rette afdeling'. Det sikres via flow-koordinatorer samt hospitals- og afdelingsvise kapacitetskonferencer.

Tidligere handleplan	Status/effekt
Patientsikkert Sygehus	Vi fastholder de gode resultater (ex. sepsis, AMI, tryksår, respirator, CVK m.m.) som vi kunne demonstrere, da vi kom i mål i juni 2013. Der samles som minimum data 1 gang i

	kvartalet for at fastholde fokus. Resultater drøftes på månedlige ledelsesmøder.
--	--

Århus Universitetshospital

Link til lokal Årsrapport:

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

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Forbedret proaktiv risikostyring: Revideret retningslinjen om patientsikkerhed og risikostyring, så den proaktive risikostyring er reduceret til følgende: 1.En SKAL-opgave i forhold til at udarbejde beskrivelser af patientforløb med identificerede patientrisici ved omlægning af patientforløb. 2.En KAN-opgave i forhold til at gå patientsikkerhedsrunder.	Retningslinjen for risikostyring er endnu ikke fuldt implementeret i alle afdelinger. Men alle centre planlægger patientsikkerhedsrunder. Retningslinjen forventes fuldt implementeret i løbet af 2014.	Center- og afdelingsledelser har været aktive deltager i patientsikkerhedsrunder og dermed identificeret de sikkerhedsmæssige problemer i afdelingerne. Der er blevet identificeret sikkerhedsproblemer i afdelingerne og udarbejdet handleplaner for disse, som er ved at blive implementeret.	De centre, der endnu ikke har gået patientsikkerhedsrunder vil få tilbudt hjælp fra risikoteamet til at komme i gang.
Forebyggelse af eksterne kontinuitetsbrud: Monitorering af de tværsektorielle utilsigtede hændelser med henblik på at identificere mønstre og tendenser. Det faglige råd for tværsektorielt samarbejde er ansvarligt for at udpege indsatsområder for 2013-14.	Risikoteamet har monitoreret mønstre og tendenser. Samarbejde med farmaceut i Aarhus Kommune mhp. at iværksætte tværgående indsatser. Afdelingernes patientsikkerhedskoordinatorer har sat fokus på de tværsektorielle hændelser i egen afdeling. Rådet for tværsektorielt samarbejde har endnu ikke udpeget indsatsområder.	Effekten er svær at se på nuværende tidspunkt, men det forventes, at mønstret i rapporteringerne ændres.	Der arbejdes på at iværksætte et projekt i samarbejde med Århus Kommune med fokus på "Medicinering i sektorovergange".
Forebyggelse af medicineringsfejl: AUH's medicingruppe er nedlagt, og indsatsen med at forebygge medicineringsfejl skal foregå lokalt i afdelingerne. Det betyder blandt andet,	Afdelingerne monitorer selv deres egne medicineringshændelser. Afdelingerne er tilbudt undervisning i tracermetoden og mange afdelinger har gået en medicintracer. Alle afdelinger forventes	Afdelingerne har mere fokus på egne medicineringshændelser og forebyggelsen af disse.	Forebyggelse af medicineringsfejl vil løbende være i fokus på de kommende netværksmøder for PS-koordinatorer.

at alle afdelinger skal gå en medicintracer årligt. Medicineringsfejl af tværgående karakter formidles til risikoteamet.	at have gennemført en medicintracer inden august 2014.		Indsatser på hospitalsniveau vil blive godkendt af kvalitetsrådet og en ad hoc-arbejdsgruppe vil blive nedsat.
Hurtigere udrykning ved hjertestopkald på NBG: Indkøb af nye mobiltelefoner til hjertestopholdet. Etablere akutkald på udvalgte elevatorer.	Tiltagene er implementeret.	God effekt. Ingen rapporterede UTH'er vedr. forsinket udrykning til hjertestop relateret til problemer med telefoner eller elevatorer.	Ingen. Overvåges fortsat via rapportering af UTH'er.
Nye patientsikkerhedsværktøjer: Hændelsesanalyser er taget i anvendelse. Alle PS-koordinatorer er undervist i metoden.	Flere afdelinger laver selv hændelsesanalyser på UTH'er med moderat eller alvorlig patientskade.	Risikotemaet deltager i færre analyser, hvor hændelsen udelukkende er lokaliseret til én afdeling.	

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Øget antal rapporteringer vedr. rettidig reaktion på prøvesvar.	UTH'er.	Alle rapporterede hændelser gennemgås for mønstre og tendenser. Alle afdelinger skal udarbejde en instruks for rettidig reaktion på prøvesvar, der lever op til AUH's retningslinje på området. Instruksen implementeres i afdelingen. Der afholdes intern survey på området, april 2014.
Fastholdelse af arbejdet med "Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom" (TOKS).	Bekymringer i forhold til om arbejdet med TOKS blev fastholdt og udviklet, når der ikke længere eksisterer en projektorganisation.	Etablering af en TOKS-arbejdsgruppe på hospitalsniveau. Monitorering af anvendelsen af TOKS ved DDKM-journalaudit. Arbejde med, at overgangen fra papirversionen af TOKS-observationsskemaet til TOKS-SFI'er og -grafer i MidtEPJ sker på en måde, så intentionerne i det oprindelige arbejde fastholdes. Revision af lokal TOKS-retningslinje. Revision af den kliniske retningslinje vedr. tidlig opsporing af kritisk sygdom.
Mange UTH'er relateret til MidtEPJ.	Mange rapporteringer indenfor området.	Kvalitetsafdelingen har etableret et samarbejde med Sundheds-It omkring EPJ-relaterede UTH'er. Sundheds-It modtager kvartalsrapporter over EPJ-relaterede UTH'er med henblik på at identificere mønstre og tendenser i disse og iværksætte forebyggende tiltag.

Usikkerhed omkring CT-scanning af indlagte patienter med hovedtraumer efter fald.	Rapporteret UTH med alvorlig patientskade.	Hændelsen er analyseret ved en patientsikkerhedsaudit. Ny AUH-retningslinje er under udarbejdelse: Hovedtraume hos indlagte patienter i AK- eller NOAC behandling efter fald.
---	--	--

Tidligere handleplaner	Status/effekt
Organisering af patientsikkerhedsarbejdet efter fusionen.	AUH har nu en veletableret patientsikkerhedsorganisation. Den decentrale organisering af sagsbehandlingen fungerer godt.
Samordning af retningslinjer for patientsikkerhedsområdet efter fusionen.	Alle relevante retningslinjer er fusioneret og opdateres efter behov. Retningslinjerne er kendte og anvendte.
Risikostyring.	Den tidligere handleplan for risikostyring var alt for ambitiøs, da den indeholdt en hel værktøjskasse med forskellige metoder til proaktiv risikostyring. Afdelingerne kom aldrig i gang med at afprøve disse metoder. Kvalitetsrådet besluttede derfor at forenkle dette arbejde, se den tidligere beskrevne handleplan i oversigt 1.
Forebyggelse af eksterne kontinuitetsbrud.	Det har været lidt svært at få implementeret handleplanen, da Det faglige råd for tværsektorielt samarbejde endnu ikke har udvalgt indsatsområder.

Hospitalsenheden Vest

Link til lokal Årsrapport:

http://www.vest.rm.dk/files/Hospital/Vest/Kvalitet%20og%20Udvikling/Emner%20div/patientsikkerhed/rapporter/2013/HEV%20Årsrapport%20patientsikkerhed%20herunder%20mønstre%20og%20tendenser_2013.pdf

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Ikke rettidigt udsendte genoptræningsplaner hang i kladder i EPJ.	Arbejdsgange er ændret.	Med god effekt.	
Fejldiktering i dikteringssystemet MIRSK, skyldtes menneskelige fejl og mgl. kendskab til systemet.	Retningslinje udarbejdet, arbejdsgange ændret. Fokus på området.	God effekt.	Implementering af nyt system på pause p.g.a. usikkerhed i driften.
Ikke rettidigt svar på prøver.	Retningslinje på HEV niveau og instrukser på afdelingsniveau.	Fuldt implementeret.	Fastholde den gode praksis.
Forveksling af patienter ved medicinadministration.	Der er styr på ID, vist senest ved eksternt survey.	Fuldt implementeret.	Fastholde den gode praksis.

tion og transporter.			
Ikke rettidigt udsendte epikriser.	Fokus i hele 2013. Usendt månedlige / ugentlige data.	God effekt.	Stadig i proces.
Medicinprocessen konstant i fokus i HEV.	Eksternt survey viste, at vi har styr på det meste. Der arbejdes fortsat med begrebet medicinafstemning.	Ikke fuldt implementeret.	Stadig i proces.

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Generelt er det en udfordring at få fulgt op på handleplaner.	Der er rapporter og handleplaner fra 15 dyberegående analyser og 4 patientsikkerhedsrunder.	Hospitalsledelsen skal efterspørge opfyldelsesgraden af handleplaner ifm. med deres dialogmøder i afdelingerne. Denne praksis vil blive yderligere optimeret i 2014.
Retningslinjer og instrukser har jævnligt skullet rettes til og/eller relanceres for at sikre, at afdelingerne arbejder efter gældende lovgivning og kliniske retningslinjer bl.a. TOKS og rettidig reaktion på prøvesvar.	Arbejdet med DDKM og akkreditering viser, at det i meget høj grad var lykkedes at komme i hus med områderne, når der er konstant fokus.	Interne surveys på områderne har medvirket til at drive implementeringen i den rigtige retning og vil blive fastholdt og udviklet i 2014.
Vi blev ved den seneste akkreditering rost for at have en robust kvalitetsorganisation, hvor beslutninger er forankret i ledelsessystemet.		Alle afdelingers kvalitetsudvalg dagsordensætter relevante handleplaner og følger op på dem der. Efterspørges af Hospitalsledelsen (se tidligere).

Psykatrien i Region Midtjylland

Link til lokal Årsrapport:

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

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Fokuseret indsats omkring forebyggelse af somatisk sygdom og overdødelighed blandt patienter i psykiatrisk	Gennemført mortalitetsaudit på uventede pludselige dødsfald blandt indlagte patienter over en 3-årig periode.	Øget fokus på observation og rettidig reaktion på forværring af patientens somatiske tilstand. Øget fokus på overgange og samarbejde mellem psykiatrien og somatikken	Monitorering og opfølgning på alle utilsigtede hændelser vedrørende somatisk sygdom. Auditering på pludselige uventede døds-

behandling.		omkring patienter med psykisk <u>og</u> somatisk sygdom.	fald (eksklusiv selvmord).
Fokuseret indsats omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser vedrørende mediciner.	Gennemført dybdegående aggregerede analyser af medicineringshændelser på afdelings- og hospitalsniveau. Medicingennemgang på alle patienter i psykiatrien mindst én gang årligt, jf. fællespsykiatrisk retningslinje. Forsat under implementering.	Udpegning af lokale indsatsområder i forhold til medicineringsprocessen. Reduktion i antallet af patienter i kombinationsbehandling med 3 eller flere antipsykotiske medicinske præparater (faldet fra 22 patienter til 7 patienter).	Utilsigtede medicineringshændelser vedrørende ordination. EPJ og FMK er udpeget som tværgående fokusområde ift. rapportering i DPSD. Forsat implementering af medicingennemgang. Forsat understøttelse af indførelsen af FMK.
Udrulning af Sikker Psykiatri (Dansk Selskab for patientsikkerhed og Danske Regioner)	Første pakke vedrørende mediciner udrullet på en afdeling i løbet af foråret 2014. Øvrige pakker udrulles over 2014 og 2015.	Ikke muligt at beskrive effekt endnu.	
Overgange og tværsektorielt samarbejde.	Udarbejdet 'Model for Sikkerhed i behandlingspsykiatrien' (medarbejdersikkerhed og patientsikkerhed). Modellen indførtes på alle afdelinger i foråret 2013.	Systematisering af sikkerhedsarbejdet i kraft af lokale sikkerhedsplaner på alle afdelinger. Øget kontinuitet i overgange og samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og det sociale område.	Udarbejdelse af en version 2 af model for sikkerhed. Udarbejdelse af lokale samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og eksterne samarbejdspartnere.
Fokuseret indsats omkring proaktiv risikostyring.	Løbende patientsikkerhedsrunder er indført på alle psykiatriens afdelinger.	Styrkelse af patientsikkerhedskulturen og iværksættelse af lokale patientsikkerhedsfremmende tiltag.	Forsøg med inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsrunder mhp. forsat styrkelse af den proaktive indsats.
Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Screening og vurdering af selvmordsrisiko.	Psykiatriens retningslinje om forebyggelse af selvmordsrisiko er implementeret.	Markant stigning i antallet af patienter, der screenes for selvmordsrisiko ved indlæggelse og udskrivning (80 % primo 2014).	Forsat fokus på indførelse af systematik omkring screening og dokumentation af screening i EPJ.

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Videndeling og spredning af læring fra dybdegående analyser på tværs af hospitalet.	Fokus på, hvordan læring spredtes og hvilken læring, der kan/skal spredes.	Udvikling af model eller generelle principper for spredning af læring fra lokale dybdegående analyser.
Tilpasning/udvikling af analysemetoder til dybdegående analyser.	Fokus på at styrke udbyttet af dybdegående analyser.	Indførelse af alternative analysemodeller.

Præhospitalet i Region Midtjylland

Link til lokal Årsrapport:

<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Kvalitetsstrate-gi%20og%20Koordinering/Patientsikkerhed/Årsrapport%20Præhospitalet%20Patientsikkerhed%202013.pdf>

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Kommunikationskursus "Kvalitet i medmenne-skelige relationer".	Fuldt implementeret foråret 2013.	Har givet personalet gode redskaber i deres daglige arbejde.	Fortsat fokus på kommunikation i relationer.
Indførelse af closed loop-kommunikation.	Fuldt implementeret efteråret 2013.	Antallet af hændelser relateret til misforstå-elser i kommunikatio-nen er faldet.	Fortsat fokus på kommunikation og closed loop.

Problemstillinger iden-tificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Kommunikation.	UTH'er.	Der skal i 2014 være fokus på kommunikati-on i overgange og mellem aktører, herunder kommunikation på skadessteder.

Praksissektoren og apotekerne

Link til lokal Årsrapporter:

<http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/organisation/kvalitet+og+data/strategisk+kvali-tet/hovedopgaver/patientsikkerhed/%c3%a5rsrapporter/lokale+%c3%a5rsrapporter>

Tiltag	Status på imple-mentering	Effekt	Yderligere til-tag
Oplæg om patientsikker-hed og arbejdet med UTH i efteruddannelsesgrupper i almen praksis.	Et tilbud til praksis er forsat aktuelt.	Der er en stigning i antallet af UTH, der er rapporteret af praksis selv på knap 50%.	
Oplæg om patientsikker-hed og arbejdet med UTH på det enkelte apotek.	Et tilbud til praksis er forsat aktuelt.	Der er en stigning i antallet af UTH, der er rapporteret af apoteket selv på knap 50%.	
Oplæg om patientsikker-hed og arbejdet med UTH på regionalt årsmøde for ridefysioterapeuter.		Der er ikke målt en effekt.	

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Langt de fleste UTH'er, der rapporteres i almen praksis, er relateret til patient-ID på prøvemateriale og anvendelse af korrekt prøveglas.	Mønstret er identificeret på baggrund af rapporterede hændelser fra hospitalernes laboratorier.	Problemstillingen italesættes, når der holdes oplæg i efteruddannelsesgrupperne. Der er udarbejdet en række anbefalinger.

Socialområdet

Årsrapport kan rekvireres ved Psykiatri og Social.

Tiltag i 2013	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Fortsat implementering af UTH-arbejdet. Herunder temadag om metoder til opfølgning på UTH'er uden alvorlig konsekvens.	Temadag om metoder til opfølgning på UTH'er uden alvorlig konsekvens er afholdt. Der rapporteres og tages læring af UTH'er løbende i alle specialområder.	Der er opmærksomhed på utilsigtede hændelser og sikkerhed, især i forbindelse med håndtering af medicin i alle specialområder. UTH-arbejdet (såvel rapportering som opfølgning) har medført mange små og store ændringer i procedurerne omkring medicinhåndtering, som betyder, at nogle UTH'er forebygges.	Udviklingen af UTH-arbejdet fortsætter.
Implementering af UTH-organisation i de nye specialområder, herunder DPSD sagsbehandling lagt ud til lokale sagsbehandlere.	UTH-organisationen er på plads. Der er UTH-ansvarlige, UTH-koordinatorer, UTH-sagsbehandlere og UTH-nøglepersoner i alle specialområder, som kender deres rolle i UTH-organisationen.	Understøtter den løbende rapportering af og opfølgning på UTH'er på socialområdet.	

Problemstillinger identificeret i 2013	Baggrund	Handleplan
Kan man rapportere for meget? Er der en bagatelgrænse for utilsigtede hændelser, der skal rapporteres?	Fokus på ressourcer i forbindelse med rapportering og sagsbehandling af UTH'er, som ligger under en bagatelgrænse.	Fokus på, at der skal rapporteres, hver gang der er potentiale for læring. Der skal ikke rapporteres for registreringens skyld. Drøftelser på flere niveauer i UTH-organisationen.
Videndeling på tværs af specialområder om opfølgning på alvorlige utilsigtede hændelser.	Hvilken videndeling giver mening? Hvordan kan den foregå uden at gå på kompromis med fortroligheden?	Drøftelse på flere niveauer i UTH-organisationen.

Afslutning

Som eksemplerne i denne rapport beskriver, er der stadig meget at arbejde med. Analyserne af UTH'erne skal have konsekvenser, så de samme fejl og skader ikke sker igen og igen. Handleplanerne skal ikke blot laves, de skal også implementeres og der skal følges op på, om de har den ønskede effekt med større sikkerhed og færre skader for patienterne. Handleplaner uden effekt må tilpasses, hertil er forbedringsmodellen oplagt.

Mange af de tiltag, der iværksættes lokalt såvel som regionalt er gode og velovervejede, men uden kontinuerlig bevågenhed på identificerede risikoområder og opfølgning på iværksatte projekters effekt, vil det være vanskeligt reelt at opnå patientsikre arbejdsgange.

Ledelsesopbakningen omkring implementeringen af handleplanerne skal derfor være tydelig, dvs. mål og baggrunden for handleplanen er tydelige og meldt ud til personalet og ledelsen følger løbende målopfølgningen.

På mange hospitalsafdelinger er hverdagen travl og omskiftelig. Betingelserne for at gennemføre patientbehandlingen på en god og sikker måde kan derfor variere. Det er bl.a. denne variation, der gør det nødvendigt at anvende redskaber, der proaktivt kan udpege risikable situationer for patienterne, så driften kan korrigeres og tilpasses. Det bør derfor være en naturlig del af analysearbejdet at tage variationen med i betragtning.

Vidensdeling omkring virksomme tiltag er en essentiel del af patientsikkerhedsarbejdet. Vi har endnu ikke fundet en god løsning dertil, men det har stort fokus i patientsikkerhedsnetværket og vi håber, at vi med denne nye form på årsrapporterne kan øge vidensdeling.

Der er ingen tvivl om, at der er behov for at udvikle patientsikkerhedskulturen og den proaktive tankegang omkring patientsikkerhed, hvis forekomsten af forebyggelige patientskader skal reduceres og arbejdsgangene i det hele taget skal blive mere patientsikre. Et væsentligt skridt mod at gøre patientsikkerhed mere integreret i den daglige drift og mindre projektorienteret er at indskærpe vigtigheden af, at ledelserne prioriterer patientsikkerhed og lægerne skal gå forrest sammen med ledelserne. Den nye Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed, der er under udarbejdelse, har netop fokus på at sikre, at patientsikkerheden er i fokus i alle arbejdsprocesser.

Der er heldigvis allerede en rivende udvikling på patientsikkerhedsområdet og i takt med, at det lykkes at engagere en stadig større del af personalet i patientsikkerhedsarbejdet, ser vi spændt frem til de løsninger, der findes på de beskrevne områder.