

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2015

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Region Midtjylland, Koncern Kvalitet, Strategisk Kvalitet

Udgivet april 2016

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.rm.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning	4
Særligt om årsrapport 2015	6
Det regionale patientsikkerhedsarbejde	7
Regionale problemstillinger, identificeret og arbejdet med i 2015.....	7
Status på fælles regionale tiltag fra tidligere år.....	8
Regional årsopgørelse over rapporter til DPSD.....	12
Antal rapporterede hændelser i 2015.....	12
Alvorlighed af hændelserne	13
Problemstillinger, der er fremtrædende i de dødelige og alvorlige hændelser	14
Forslag til forebyggelse.....	17
Hvad rapporterer patienter og pårørende om?	18
Lokale bidrag om patientsikkerhed	20
Hospitalsenhed Midt	20
Psykiatrien i Region Midtjylland	20
Praksissektor og apoteker	20
Socialområdet	20
Hospitalsenheden Horsens	21
Århus Universitetshospital.....	23
Hospitalsenheden Vest	28
Præhospitalet i Region Midtjylland.....	32
Regionshospitalet Randers	33

Sammenfatning

Nationalt

I 2015 opstod en ny styrelse, Styrelsen for Patientsikkerhed. Tilsynsopgaven kommer til at fylde meget i den nye styrelse, men det vides endnu ikke, hvordan det proaktive patientsikkerhedsarbejde tænkes ind i den nye styrelse.

Læringsenheden i det tidligere Patientombuddet, hvor det nationale arbejde med utilsigtede hændelser er forankret, er en del af den nye styrelse.

I regi af Læringsenheden er det nationale samarbejde omkring patientsikkerhed blevet styrket. Nationalt Forum er blevet gendannet. Nationalt Forum er en samarbejdsorganisation, der på strategisk niveau kan koordinere samarbejdet og rådgive Styrelsen for Patientsikkerhed om læring på baggrund af rapporteringssystemet DPSD (Dansk Patientsikkerhedsdatabase). Nationalt Forum har ledelsesrepræsentanter fra regionerne, kommunerne, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Sundhedsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet m.fl.

Nationalt Forum har nedsat et Fagligt Forum, der har til formål at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed og Nationalt Forum med faglig sparring omkring læringsaktiviteter. Fagligt Forum består primært af risikomanagere fra regioner og kommuner.

Regionalt

Det Midlertidige udvalg vedrørende Patientsikkerhed har fået udvidet deres funktionsperiode med endnu et år. Udvalget ønskede at fortsætte, da de fandt, at der var mere viden at hente fra dette store komplekse område. Udvalget har i løbet af 2015 besøgt flere af hospitalerne i regionen, samt været på studietur til London.

At sprede viden om patientsikkerhed har været et regionalt fokusområde i 2015. Der har været et ønske om, at give de kliniske ledelser mere viden om patientsikkerhed. Det er bl.a. sket gennem afholdelse af den første regionale Patientsikkerhedskonference i samarbejde med Region Nordjylland.

Konferencen var en stor succes med 325 deltagere, og mere end 100 ledere deltog. Konferencen gentages i 2016.

Monitorering af risikoområder, på baggrund af fokuseret rapportering, er en metode, der har været afprøvet i 2015. De utilsigtede hændelser bruges derved aktivt til at give viden om uhensigtsmæssigheder inden for et område, eksempelvis i forbindelse med organisatoriske ændringer. Metoden har været brugt på henholdsvis Fælles Medicinkort og til monitorering af konsekvenser som følge af patienternes hurtigere adgang til egne data i Sundhedsjournalen på Sundhed.dk, med god succes.

I forbindelse med udarbejdelse af årsrapporten er der igen i år set på, hvilke hændelser, der fører til alvorlig skade eller død for patienterne.

Fire risikoområder kræver særlig opmærksomhed:

- Risikopatienter og Risikomedicin
- Kommunikation mellem personale og afdelinger
- Rettidig reaktion på prøvesvar
- Udstyr til brug i akutte situationer

De tre første er velkendte, men manglende eller defekt akutudstyr tiltrækker i år opmærksomhed.

Lokalt

I 2015 har hospitalerne intensiveret indsatsen for at få flere rapporteringer fra patienter og pårørende, da disse rapporter ofte giver stor læring. I 2014 udgav regionen en pjece "*Hvis der sker noget, der ikke skulle være sket*" til brug på afdelingerne, men det førte ikke til flere rapporteringer. Flere hospitaler har derfor lavet plakater og information på hjemmesider og et hospital har endda lavet en lille videofilm til patienterne. Det er endnu for tidligt at sige, om indsatserne fører til flere rapporteringer.

Fælles Medicinkort (FMK) har fået meget opmærksomhed i 2015. FMK blev re-implementeret ifm. den nye brugerflade i efteråret, bl.a. med ekstra undervisning. Indsatsen har haft god effekt, og hospitalerne nærmer sig mod årets afslutning målet for ajourføring af FMK ved udskrivelse på 90 %. Når målet er nået, følger en proces med at sikre, at det er den korrekte medicin, der er ajourført.

Udskrivelser er komplekse og der sker ikke sjældent utilsigtede hændelser ved udskrivelser, derfor har udskrivelser altid et stort fokus på hospitalerne. Nogle hospitaler har arbejdet med udskrivnings-tjeklister. Andre hospitaler har taget fat på opgaven med at sikre indholdet i epikriserne til egen læge. Epikriserne har tidligere været utilstrækkelige, for at egen læge kunne varetage en sikker behandling. Hospitalerne har udført audit på epikriserne i samarbejde med praksiskonsulenterne, og det har været givtigt og ført til flere initiativer.

Hospitalerne har gang i mange forskellige indsatser, da det er forskellige problemstillinger, der fylder for de enkelte hospitaler. Der opfordres til at læse hospitalernes bidrag til årsrapporten, der giver et godt billede af det store stykke arbejde, der sker på hospitalerne.

Et eksempel på et lokalt tiltag:

Et hospital har haft en stor indsats med at sikre, at notater i MidtEPJ bliver skrevet hurtigt efter diktering, da uskrevne notater udgør en patientsikkerhedsrisiko. Hospitalet har med stor succes reduceret antallet af uskrevne notater markant.

Særligt om årsrapport 2015

Årsrapporten er skrevet af Strategisk Kvalitet med bidrag fra Den regionale Patientsikkerhedsgruppe. Rapportens målgruppe er ledelsesorganisationen, kvalitetsorganisationen, politikere samt alle, der arbejder med og interesserer sig for patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland.

Der har i 2015 ikke været større strategiske tiltag på patientsikkerhedsområdet. Det skyldes, at det strategiske arbejde har været fokuseret på processen omkring de kommende nationale kvalitetsmål i 2016. Patientsikkerhed er tænkt ind i det nye kvalitetsprogram.

Det har dog ikke betydet, at patientsikkerhedsarbejdet har stået stille. Tværtimod har det betydet, at hospitalerne har kunnet fokusere på allerede igangsatte initiativer, og det har skabt gode resultater, hvilket kan ses i bidragene fra hospitalerne.

Én udfordring i 2015 har været fortolkning af lovgivningen ift. opslag i MidtEPJ. Det har været en lang og ressourcekrævende proces at få afklaret, hvilke opslag der må foretages i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet. I september 2015 blev der udsendt en udmelding, der angav, at lokalt kvalitetsarbejde internt i egen afdeling, herunder interne audits, fortsat kan foregå.¹ I december 2015 udsendte direktionen en afsluttende udmelding i forhold til processen. Væsentligt her er, at hospitalernes risikomanagere kan foretage EPJ-opslag med henblik på at tilrettelægge dyberegående analyser og videresende sager til rette afdeling.²

Som noget nyt i 2015, kommer patientsikkerhedsorganisationen med nogle anbefalinger til, hvordan man kan forebygge hændelser indenfor de fire fremtrædende problemstillinger i de alvorlige og dødelige hændelser. Anbefalingerne kan bruges som afsæt til drøftelser og inspiration til organisatoriske tiltag.

¹ Udmelding af d. 4. september 2015 vedr. aktuel behandling og lokalt kvalitetsarbejde angiver de formelle krav og blev udsendt til hospitalerne.

² Udmelding af d. 16. december 2015 vedr. kvalitetssikring og EPJ angiver de formelle krav og blev udsendt til hospitalerne.

Det regionale patientsikkerhedsarbejde

Regionale problemstillinger, identificeret og arbejdet med i 2015

Med mere end 800.000 hændelser rapporteret til DPSD-databasen gennem de seneste 12 år er det sjældent, at der dukker helt nye ukendte problemstillinger op. De fleste problemstillinger er velkendte, og meget af det regionale patientsikkerhedsarbejde handler om at fastholde fokus på disse kendte problemstillinger.

Indimellem dukker der dog nye problemstillinger op, der eksempelvis opstår pga. organisatoriske forandringer.

Bariatriske patienter

Antallet af bariatriske (ekstremt overvægtige) er stigende og udgør en stigende udfordring, når hospitalerne skal modtage disse patienter til akut og elektiv behandling. Der kræves særligt udstyr for at kunne behandle denne patientgruppe. Området har i 2015 fået ekstra opmærksomhed og der er blevet udarbejdet en regionale instruks for visitation af den voksne bariatriske patient med akut alvorlige symptomer

Sundhedsjournalen

9. september 2015 fik patienterne hurtigere adgang til at se deres egen journal og prøvesvar, da forsinkelsen af data overført til Sundhedsjournalen på Sundhed.dk blev nedsat til 3-5 dage. Ved dette tiltag var der stort fokus på, at det ikke måtte få negative konsekvenser for patienterne. UTH'erne blev fulgt tæt, og ved årsskiftet kunne det konstateres, at ændringen sandsynligvis ikke har haft negative konsekvenser i patientforløbene. Patienterne tilkendegiver, at de er meget tilfredse med den nemmere adgang til egne data.

Skift af blodfortyndende middel

Den Regionale Lægemiddelkomité besluttede i juni 2015, på baggrund af en RADS³ anbefaling, kun at bruge ét lavmolekylær heparinprodukt i afdelinger. Innohep skulle være 1. valgspræparat, ved anvendelse af lavmolekylær heparin, uafhængigt af indikation fra d. 1. november 2015. Innohep er billigere end Fragmin.

Producenterne af Fragmin (der tidligere var 1.valgspræparat) lavede i foråret 2015 et sikkerhedstiltag ved at få separate DrugID på enkelt-dosisprøjter. Dette fjernede nogle af de hyppigste ordinations- og administrationsproblemer, der tidligere forårsagede UTH'er.

I forbindelse med overgangen fra Fragmin til Innohep har hospitalsapoteket og hospitalerne haft stort fokus på at skabe sikre arbejdsgange for ordination og

³ Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin

administration af Innohep, da det til forskel fra Fragmin ikke har separate DrugID. Den Regionale Lægemiddelkomité har kontaktet producenten mhp. at få separate drugID for Innohep, og de er lydhøre over for problematikken.

Patientsikkerhedsgruppen fulgte op på problemstillingen i november 2015, hvor der ikke blev fundet rapporterede utilsigtede hændelser omkring ordination og administration for Innohep, der relaterede sig til de manglende DrugID. Da ikke alle afdelinger havde skiftet præparat ved opfølgningen, vil der i foråret 2016 igen blive fulgt op på problemstillingen.

Sagsbehandling af alle rapporterede hændelser

En del af de hændelser, der rapporteres hører ikke til en bestemt afdeling men i stedet til et forretningsområde. I 2015 har der derfor været fokus på at sikre, at der er behandling til alle type sager. Der er blevet etableret et stærkt samarbejde med hospitalsapoteket, hvor risikomanageren derfra nu er blevet en fast del af den regionale patientsikkerhedsgruppe. Samarbejdet med IT er godt på plads, og der arbejdes på at styrke samarbejdet med Indkøb og Medicoteknik, Midttransport, Midttrafik og Fysisk arbejdsmiljø ved nybyggerierne.

Status på fælles regionale tiltag fra tidligere år

I de tidligere årsrapporter blev identificeret en række problemstillinger. I afsnittet herunder er det muligt at følge, hvor langt RM er med indsatsen på disse områder.

Overgange mellem afdelinger og sektorer

Dette er et område, der kræver konstant opmærksomhed. Der arbejdes med at sikre indlæggelser og udskrivelserne i det tværsektorielle klyngesamarbejde, men det er forsat svært, og der foregår mange uhensigtsmæssigheder⁴. IT kan løse en del af udfordringerne, men både skriftlig og mundtlig kommunikation er helt afgørende, hvis sikkerheden på dette område skal løftes.

Der arbejdes med *Sikkert Patientflow*⁵ på fire af de somatiske hospitaler, hvilket har bidraget til mere kommunikation mellem afdelingerne og har skabt en større sikkerhed i overgangene mellem afdelinger. Projektet er et vigtigt redskab for at undgå de alvorlige hændelser, der ses på dette område.

⁴ Der henvises til Årsrapport 2015 for *Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange*

⁵ Alle hospitalerne arbejder i projekt *Sikkert Patientflow* med at blive bedre til at forudsige udskrivelser og indlæggelser samt tilpasse ressourcer, så der ikke opstår barrierer for patienternes videre færd gennem sygehuset.

Rettidig reaktion på prøvesvar og forsinket diagnostik og behandling

Hospitalerne har arbejdet meget med dette område i 2015. Især rettidig reaktion på prøvesvar har været et indsatsområde, men der har også været fokus på at balancere den kliniske vurdering med målingen og reaktionen på vitale værdier, som f.eks. blodtryk og temperatur.

Internationalt har Institute of Medicine også sat fejl i forbindelse med diagnosticering på dagsordenen ved udgivelsen af rapporten *Improving Diagnosis in Health Care*⁶.

Rapporten peger på et behov for at have fokus på fejl i diagnosticeringen af sygdom og hvordan vi kan lære af disse fejl.

Indførelse af TOKS (Tidlig opsporing af kritisk sygdom) er indført for at styrke identifikationen af alvorligt syge, men løser ikke alle udfordringer. Der måles vitalværdier, men der reflekteres ikke altid over de målte værdier. Udviklingen i værdierne overses ofte.

Personalemangel

Hospitalerne er blevet kreative i løsningen af denne udfordring. I forbindelse med projekt *Sikkert Patientflow*, har man erfaret, at det er muligt at udlåne personale til andre afdelinger i pressede perioder. Ét hospital har kørt en prøvehandling på det, og det har været en så stor succes, at det nu er gjort til en permanent løsning.

Opfølgning på omlægning af Apopleksibehandlingen

I 2012 blev apopleksibehandlingen i RM omlagt. I den forbindelse har UTH'erne bidraget med viden om sikkerheden af omlægningen. I 2015 opstod der tvivl om sikkerheden af visitationen af patienter til trombolyse. Der blev efterfølgende lavet en UTH analyse, og sendt forespørgsel til hospitalerne. Det blev konkluderet, at visitationsmetoden bør efterses, og dette arbejde er iværksat og gennemføres i 2016.

Sikker Patientidentifikation

Siden 2013 har sikker patientidentifikation været et område med stor opmærksomhed. En analyse af UTH'er på området rapporteret i perioden juni 2015 til og med december 2015 viste, at hændelserne i den periode ikke har haft kendte alvorlige konsekvenser for patienterne. Det ser således ud til, at operationer på forkerte patienter hører fortiden til. Der er dog stadig plads til forbedring af patientidentifikation, da der fortsat rapporteres om mange prøver, hvor der påsat label med forkert cpr-nr eller prøven er blevet taget på den forkerte patient. Der ses kun få hændelser med forkert eller manglende ID-armbånd, så det tyder på, at arbejdsgangene omkring ID-armbånd er ved at være velimplementerede. Ved henvendelse til patienter ved indkald til

⁶ Link til rapporten: <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2015/Improving-Diagnosis-in-Healthcare.aspx>

undersøgelse, afhentning e.l., er det vigtigt at bruge fulde navn, samt spørge efter cpr-nr., da der sker en del forvekslinger i venteværelset.

Ledelsesfokus og lægernes deltagelse i Patientsikkerhedsarbejdet

Gennem de seneste år, er der kommet en stigende opmærksomhed på patientsikkerhedsarbejdet hos afdelingsledelserne. Dette har bevirket, at langt flere læger er blevet involveret i patientsikkerhedsarbejdet. Hvor man tidligere ofte mange steder oplevede, at UTH-analyser blev varetaget af sygeplejersker, er der nu i langt højere grad tale om en tværfaglig indsats. Denne udvikling er afgørende for at kunne skabe læring fra UTH'erne, da læring kræver involvering af hele afdelingen.

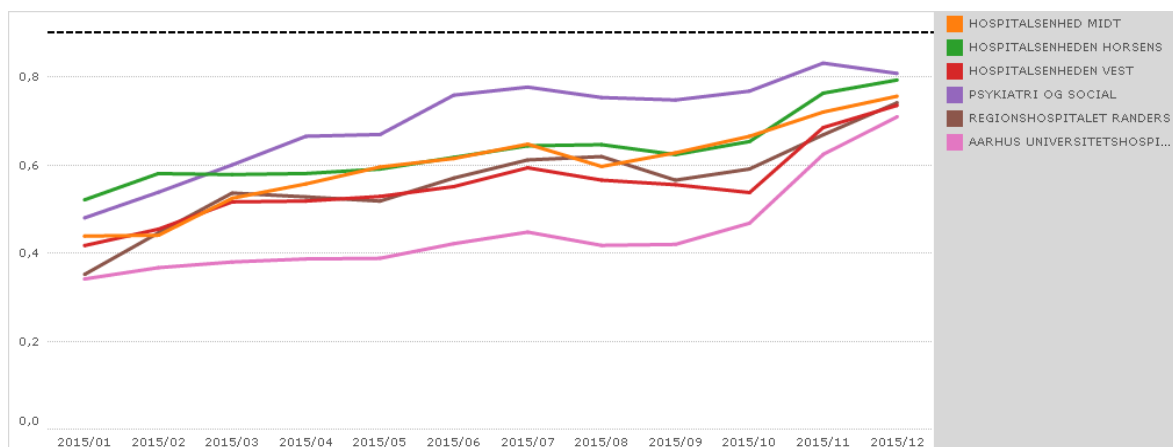
Undervisning i patientsikkerhed

Der arbejdes aktivt på, at kvalitet og patientsikkerhed skal være en integreret del på alle sundhedsuddannelser, så det sikres, at alle nyuddannede har kendskab til arbejds-metoderne inden for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

For at sikre, at der også er tilbud til det eksisterende personale og ledelser, afholdtes i maj 2015 en Fællesregional *Patientsikkerhedskonference* i samarbejde med Region Nordjylland. Pladserne blev revet væk, hvilket kan tolkes som et udtryk for at sådanne konferencer/ vidensdelingsseminarer er en mangelvare. Konferencen gentages derfor i 2016, hvor der også arbejdes på at lave læringsseminarer, hvor man kan blive inspireret til tiltag, der kan kopieres i egen afdeling.

Fælles medicinkort, FMK

Der har i løbet af 2015 været en stor indsats på FMK. I september kom en ny brugerflade i MidtEPJ og samtidig blev der iværksat undervisning på alle hospitaler. Grafen herunder viser udviklingen ift. ajourføring ved udskrivelser.



Ajourføring ved ambulatoriebesøg er et indsatsområde i 2016.

Infektionshygiejne

HAIBA

Den nationale database HAIBA (Hospital Acquired Infections database) viser forekomsten af hhv. bakterien Clostridium Difficile, sepsis og urinvejsinfektioner på såvel nationalt, regionalt som lokalt niveau. Visningerne findes på Sundhed.dk. Det betyder, at den enkelte hospitalsafdeling nu kan følge egen rate af hospitalserhvervede infektioner og handle på det. Driften og videreudviklingen af HAIBA sker på Statens Serum Institut i tæt samarbejde med regionerne. Der stiles mod, at data fra HAIBA kan tilgås i Region Midtjyllands BI-portal.

Kompetenceudvikling på Hygiejneområdet.

Der er afsat midler til kompetenceudvikling på hygiejne området. Projektet løber indtil ultimo 2017:

- Undervisning i hygiejne af op til en dags varighed til gruppen af servicemedarbejdere, i alt 300 ansatte
- Proces med opdatering/udvikling af et e-læringsprogram i hånd- og uniformshygiejne. Forventes færdigt ca. medio 2016
- Proces med at udvikle en film (som skal sendes over TV-skærmene) i samarbejde med et privat IT- firma om nudging ift. pårørende og patienter.
- Dag med 'Relationel koordinering' med fokus på hygiejneaspektet for forskellige fagpersoner.
- Projekt i Rationalisering af antibiotikaforbrug på hhv. Regionshospitalet Randers og Hospitalsenheden Horsens fra Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, løber til og med 2017.

Regional årsopgørelse over rapporteringer til DPSD

Antal rapporterede hændelser i 2015

Der blev rapporteret 12.017 hændelser i 2015, hvilket er lidt færre end i 2014, hvor der blev rapporteret 13.664 hændelser. Af de 12.017 hændelser blev 572 hændelser enten slettet eller afvist fordi hændelsen f.eks. var rapporteret flere gange eller manglede de nødvendige informationer for, at sagen kunne behandles. Andelen af slettede sager svarer til 5 %, hvilket er i lighed med tidligere år.

Tabel 1

Antal rapporterede hændelser 2015		
Sektorer	Hospitalsenhed/ lokation	Rapporteret
Hospitalsenhed	Ukendt	4
	Somatiske hospitaler	8394
	Psykiatrien	802
Anden regional	Præhospital	172
	Apoteker	109
	Praksissektoren	1177
	Regionale botilbud (socialområdet)	1359
Hele Region Midtjylland		12017

Alvorlighed af hændelserne

Alvorlighedsgraden af hændelser angives som den *faktuelle skade* som patienten blev påført ved hændelsen. I tabel 2 ses beskrivelsen af de enkelte kategorier.

Tabel 2

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 er der trukket data på de sager, der blev afsluttet i 2015, da alvorlighedsgraden i nogle tilfælde ændres under sagsbehandlingen. Der er en tendens til, at rapportørerne vurderer den potentielle og ikke den faktuelle alvorlighedsgrad af skaden i hændelserne.

Tabel 3

Alvorlighedsgraden af de afsluttede hændelser i 2015 (Afsluttede sager: 11968)					
Lokation	Ingen	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospital	0	1	0	0	0
Somatiske hospitaler	4655	1952	1394	237	35
Psykiatrien	458	189	93	35	27
Præhospital	100	33	42	10	0
Apoteker	70	22	9	1	0
Praksissektoren	414	687	177	13	2
Regionale botilbud	1048	244	20	0	1
Hele Region Midtjylland	6745	3128	1735	296	65
i %	56,4 %	26,1 %	14,5 %	2,5 %	0,5 %

Fordelingen af hændelser på alvorlighedsgrader i 2015 har ændret sig i forhold til tidligere, således at der rapporteres en større andel af sager med mild og moderat skade, og en mindre andel med ingen skade.

Problemstillinger, der er fremtrædende i de dødelige og alvorlige hændelser

Ved en gennemgang af de rapporterede hændelser i 2015, der er rapporterede som alvorlige og dødelige, er der blandet andet identificeret nedenstående problemstillinger, hvor risikoen for patientskade er stor. Overordnet set er det ikke overraskende, at mange af hændelserne relaterer sig til akutte eller risikofyldte situationer.

Risikopatienter og risikomedicin

I gennemgangen er der fundet flere eksempler på, at de patienter, der skades, ofte har en øget risiko enten i form af en alvorlig grundsygdom eller indtag af medicin, der kræver en særlig opmærksomhed. Risici kan eksempelvis opstå i medicineringen af patienter med nyreinsufficiens, ved for lidt opmærksomhed på diabetikerens blodsukker eller at patienten har et simpelt fald, som bliver farligt, fordi patienten er i behandling med blodfortyndende medicin.

CASE:

En ældre patient i behandling med blodfortyndende medicin indlægges efter i en uge at have døjet med voldsom svimmelhed, kvalme, hovedpine og være faldet. På hospitalet mistænkes betændelse af balancenerven og øresten. Ved ankomsten laves der ikke CT-scanning af hovedet eller tages INR¹. Dagen efter bestilles disse, og de viser, at INR er forhøjet (5,8) og at der er en intrakraniell blødning. Patientens tilstand forværres hurtigt, og patienten dør kort tid efter at være blevet kørt på intensiv.

CASE:

En patient med type 2 diabetes er indlagt med svær infektion og bakterier i blodet. Patienten har jævnligt problemer med for lavt blodsukker. Efter kl. 9 om formiddagen bliver der ikke målt blodsukker på trods af, at det er ordineret. Om eftermiddagen findes patienten bevidstløs med næsten ingen vejrtrækning og umåleligt blodsukker. Patienten får iv-behandling med væske og sukker og får det bedre.

Blodfortyndende medicin udgør generelt en stor udfordring og er også et af de kendte risikosituationslægemidler, der er udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed. Hændelserne relaterer sig til manglende forebyggende blodfortyndende behandling

efter kirurgi, manglende behandling med Fragmin indtil INR⁷ er i niveau, manglende ophør med Fragmin efter INR er i niveau eller manglende opfølgning på INR. Derudover ses en række hændelser omkring administration eller ordination af medicin, hvor intravenøs medicin og de andre kendte risikosituationslægemidler giver anledning til skader.

CASE:

Patient er opstartet med Fragmin pga. hjerteflimmer. 4 dage senere opstartes Eliquis (et andet blodfortyndende middel) uden at Fragmin seponeres.

CASE:

Under indlæggelse ordineres Marevan, 1 stk i 5 dage. På Marevan-kortet skrives 2,5 på hver dag. Dette resulterer i at patienten tager 2,5 tablet dagligt (6,25 mg) i stedet for 2,5 mg dagligt. Efter 5 dage er INR>8.

Kommunikation mellem personale og afdelinger

Som set de tidligere år, fylder kommunikationen også i dette års rapporter. Flere rapportører har følt, at deres bekymringer ikke er blevet taget alvorligt. Det har medført, at der ikke er blevet handlet på bekymringerne, hvilket kan have ført til en forværring af patientens tilstand. Den korrekte faglige vurdering må vurderes i den enkelte sag, men fælles for de rapporterede hændelser må siges, at kommunikationen har været mangelfuld, således at personalet har følt, at der ikke er blevet taget stilling til deres bekymring.

Overlevering af patienter mellem personale giver også anledning til alvorlige hændelser. Det handler ofte om manglende videregivelse af væsentlige informationer ved overleveringen, men det hænder også at de informationer, der gives, ikke opleves at være i overensstemmelse med de faktiske forhold.

I forbindelse med overflytning af patienter mellem afdelinger er der flere eksempler på, at akut dårlige patienter flyttes til andre sengeafsnit, uden at det modtagende afsnit er informeret om patientens dårlige tilstand. Flere dårlige patienter overflyttes uden ledsagelse af kompetent sundhedspersonale, der kender patienten og kan give

⁷ INR står for International Normalised Ratio, og er en blodprøve, der beskriver blodet evne til at størkne. Hos normale raske er INR 1. Da INR er en ratio vil en INR på 2 betyde, at blodet er dobbelt så lang tid om at størkne.

Patienter i behandling med Maraven skal ofte have en INR på 2-3 for at være velbehandlet, for at forebygge blodpropper.

sufficiente informationer. Det gælder både ved overflytning mellem afdelinger, men også ved transport til akutte undersøgelser.

CASE:

En patient har været til røntgenundersøgelse, hvor der er givet kontrast. Patienten bliver efter undersøgelsen sat i en kørestol og kørt tilbage til afdelingen, selvom han er ukontaktbar og ikke reagerer på tiltale. På stamafdelingen fortæller portøren, at patienten har haft et uheld med urin, men ellers ikke andet. Patienten stopper efterfølgende med at trække vejret, og der kaldes hjertestop. Ved opstart af hjertemassage, begynder patienten selv at trække vejret.

Rettidig reaktion på prøvesvar

En tilbagevendende alvorlig problematik er reaktion på prøve- og røntgensvar. Ved akutte prøvesvar er der udviklet procedurer, hvor de parakliniske afdelinger kontakter afdelingerne ved meget afvigende svar eller mistanke om alvorlige diagnoser. Det ses af hændelser i 2015, at denne procedure forsat ikke altid følges, med oversete eller forsinkede diagnoser til følge.

Derudover er der en stor udfordring med få handlet på prøvesvar i forbindelse med planlagte undersøgelser samt få reageret på bifund, der er fundet tilfældigt ved undersøgelser. Der findes mange hændelser, hvor der ikke er reageret på røntgenundersøgelser der viser mulig cancer før flere måneder efter, at svaret på undersøgelsen har været tilgængeligt.

CASE:

En patient indlægges på grund af besvimelses tilfælde. Først tre timer efter tages der et EKG (hjertekardiogram), der viser tydelige tegn på et hjerteproblem. EKG'et er ikke signeret af en læge. Senere tages nyt EKG, som vises til bagvagten, der vil konferere med kardiologerne. Sygeplejersken spørger gentagende gange til, om patienten ikke burde sættes på telemetri. 4 timer efter det første EKG viste tegn på hjerteproblemer, stopper patienten med at trække vejret, og der kaldes hjertestop. Der startes genoplivning, men patienten er ikke til at redde.

Akutudstyr

I 2015 er rapporteret flere tilfælde, hvor akutvognen på afdelingerne ikke har været korrekt fyldt op eller hvor udstyret ikke har fungeret. I de rapporterede hændelser har det ikke givet anledning til dødsfald, da patienterne i alle disse tilfælde ikke stod til at redde. Men det øger stressniveauet hos personalet i en situation, hvor det er vigtigt at alt er tilgængeligt og fungerer, da det kan koste menneskeliv, hvis det ikke virker.

CASE:

Ved hjertestop mangler ventilationsposen på hjertestopvognen. Sygeplejersken løber ud for at finde en. Da sygeplejersken vil slutte suget til, er der heller ikke et sugeaggregat på vognen og slanger mv. til suget er ikke samlet, men ligger løst i vognen. Patienten dør, men det blev vurderet, at pt. ikke ville have været til at redde selv om udstyret havde været i orde

Forslag til forebyggelse

Som følge af denne gennemgang, gives der her nogle forslag til forebyggelse af disse typer af dødelige og alvorlige hændelser:

- For at sikre opmærksomhed på risikopatienterne kunne der eksempelvis i Midt EPJ være en funktion i lighed med CAVE, hvor det tydeligt fremgår, at patienten har diabetes, nyreinsufficiens eller er i AK-behandling. Det er vigtigt, at der er klare retningslinjer for hvilke sygdomme/behandlinger, der må noteres her.
- Sikre at dårlige patienter altid ledsages af kvalificeret personale ved transport internt på hospitalet
- Røntgenundersøgelser, hvor der kræves umiddelbar handling eller hvor der er væsentlige bifund, kunne markeres i MidtEPJ, så det bliver lettere at sikre opfølgning. En alternativ løsning kan også være, at røntgenafdelingen selv laver videre henvisning til f.eks. pakkeforløb, hvis det er relevant.
- Sikre procedurer for kontrol af akutvognen, både løbende og når den har været i brug. Akutvognen bør altid være klar til brug med udstyr, der er funktionsdygtigt og brugbart i den pågældende afdeling samt let tilgængelig.

Hvad rapporterer patienter og pårørende om?

Patienter og pårørende har siden 2011 kunnet rapportere utilsigtede hændelser, men der rapporteres forsat ikke særlig mange hændelser fra patienter og pårørende. Mange af hændelserne rapporteres af patienter eller pårørende, der selv har en sundhedsfaglig baggrund.

I 2015 var antallet af hændelser rapporteret af patienter og pårørende i Region Midtjylland uændret i forhold til 2014. (180 UTH'er i 2015, 178 UTH'er i 2014)

Patienter og pårørende rapporterer om mange af de samme emner, som sundhedsprofessionelle, f.eks. oversete frakturer, fald og medicinfejl. Ligeledes rapporterer patienter og pårørende også om utilstrækkelig kommunikation. Patient- og pårønderapporteringerne om kommunikation adskiller sig fra de sundhedsprofessionelles hændelser ved, at de ofte beskriver hele forløb, hvor der har været en eller flere forskellige hændelser med dårlig kommunikation. Derudover er der også hændelser, der handler om manglende information til patienten om indgreb og procedurer.

Mange patienter og pårørende oplever, at de ikke bliver hørt og at deres bekymring ikke blev taget alvorligt tidligt i forløbet. Som i hændelser rapporteret af sundhedsprofessionelle, vil det i hvert tilfælde være en vurdering, hvorvidt personalet har taget patient og pårørendes bekymring med i de faglige betragtninger, men fælles for hændelserne er, at man ikke haft kommunikeret det til patienterne, hvis det var tilfældet.

Flere patienter rapporterer om, at de ikke er blevet informeret om den planlagte behandling, forløb eller om bivirkninger til en behandling.

CASE:

"Bliver indlagt (...) med smerter i ryg, får lavet CT scanning. Bliver pludselig hentet og kørt på operations stue! Inden jeg bliver hentet er der ingen forberedelse omkring forløb til operation. Da jeg ligger på operationsstue med smerter og spørger efter kirurgen, svarer sygeplejersken, at man ikke kan finde ham! Jeg spørger efter hvad planen er, men ingen kan svare på det! Herefter går der lang tid inden der pludselig kommer en anæstesilæge, der bedøver mig uden at jeg er informeret om det indgreb, som kirurgien skal lave"

Samtidig ses flere rapporter om faglige problemstillinger, hvor den konkrete faglige vurdering igen må ske i den enkelte sag, men hvor det samtidig må konkluderes, at de sundhedsprofessionelle ikke formår at få informeret patienterne tilstrækkeligt om, hvad de kan forvente, af f.eks. en behandling eller et indgreb.

CASE:

Ved nålebiopsi af lungen rammes et stor blodkar der medfører, at patienten får hjertestop to gange. Patienten genoplives, men har efterfølgende fået nedsat syn og hjerteproblemer. Patientens forslag til forebyggelse: "Der må være bedre oplysning om hvad der kan ske ved undersøgelsen. Jeg var blevet oplyst om, at det værste der kunne ske var, at lungen klappede sammen."

Pårørende rapporterer om, at de ikke er blevet involveret i forløbet, specielt i forbindelse med udskrivelsen af ældre eller svagelige familiemedlemmer

CASE:

En ældre patient udskrives fra afdelingen med fejl i medicinlisten. Fejlen opdages af patientens datter, da apoteket udleverer en anden dosis af et præparat end vanligt. Afdelingen har ikke involveret de pårørende ved udskrivelsen og de er således ikke informeret om ændringerne i medicinen, ej heller er der givet en opdateret liste med på skrift. Afdelingen var blevet gjort opmærksom på, at patienten har hukommelsesproblemer og ikke selv kan holde styr på beskeder.

Lokale bidrag om patientsikkerhed

Til denne årsrapport for 2015, har det været frivilligt om hospitalerne/områderne ville levere et bidrag i skemaform eller et link til egen årsrapport.

Hospitalsenhed Midt

Link til årsrapport

<http://www.hemidt.intranet.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed/>

Psykiatrien i Region Midtjylland

Link til årsrapport

<http://www.psykiatrien.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed/arsrapporter/>

Praksissektor

Link til årsrapport fra almen praksis

https://www.sundhed.dk/content/cms/21/68221_aarsrapport_almen_laeger_2015.pdf

Link til årsrapport fra speciallæger

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/speciallaege-praksis/midtjylland/patientsikkerhed/aarsrapport/statusrapport-2015/>

Link til årsrapport fra fysioterapeuter

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/fysioterapeut-praksis/region-midtjylland/patientsikkerhed/>

Socialområdet

Link til årsrapport

<http://www.social.rm.dk/kvalitet/rapporter/>

Hospitalsenheden Horsens

Hvilke af de tiltag I beskrev i sidste årsrapport har I fået implementeret og hvad har effekten været?

Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Medicin administration	3 afdelinger har haft et meget intensivt fokus på medicinområdet i 2015. Udfordringer med medicinadministration blev oprindeligt identificeret i forbindelse med eksternt survey.	Månedlige opgørelser på medicinadministration på alle afdelinger har vist, at alle afdelinger nu ligger med en konstant opfyldelsesgrad på > 90% hver måned.	Fokus på medicinområdet fortsætter i 2016 – blandt andet skal vores håndholdte data på medicinområdet automatiseres, og arbejdsgangene omkring selvadministration skal gennemgås flere steder
Apparatur	De nye arbejds gange omkring apparatur er fuldstændig implementeret (alt apparatur er i medusa, og der gennemføres systematisk forebyggende vedligehold)	Opgørelse og stikprøver viser, at alt apparatur nu er i Medusa, og der bliver løbende holdt øje med, at der gennemføres forebyggende vedligehold på apparaturet.	Apparaturunder fortsætter (stikprøver)
Rengøring	Procedurerne omkring snitflader mellem afdelingen og serviceafdelingen er strammet op. Og der gennemføres løbende fotosafari i afdelingerne (rengøringsinspektion)		
Debriefing efter hjertestop.	Det er fast procedure, at der efter hvert hjertestop gennemføres en debriefing af det personale, der har indgået i hjertestoppet.	Debriefingen gennemføres i de fleste tilfælde, men nogle gange må det aflyses ved akut klinisk arbejde (ex. patient følges på intensiv og holdet skilles)	Alle nye medicinske mellemvagter (leder af hjertestop) vil også i 2016 blive undervist i vigtigheden af debriefing. Introduktionen til debriefing bringes også på kursus i

			avanceret genoplivning
Sikkert patientflow		Er på vej over i drift. Betydeligt længere mellem overbelægninger i afdelingerne.	Der er lagt plan for fastholdelse af de gevinster, som er opnået gennem projektet.

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2015 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningsager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Medicinområdet	Der har i 2015 vist sig flere udfordringer i forbindelse med vores nuværende medicinarbejde. Blandt andet udfordringer omkring medicinadministration - herunder selvadministration, FMK, medicin i sektorovergange mm.	Problemerne angribes i regi af Strategisk Medicin og med systematisk understøttelse af data fra Tableau. Indsatsen kommer primært til at bestå i en afklaring af arbejdsgange, opfulgt af en klinisk implementeringsindsats.
Hjertestopområdet	Flere UTH'ere samt arbejdet via DANARREST har vist, at der er et forbedringspotentiale på hjertestopområdet - specielt i forhold til responstider samt korrekt handling i teamet (specielt de steder hvor hjertestop forekommer sjældent)	Der er udarbejdet et helt program (inkl. nye procedurer, undervisning, kommunikation, research), der sendes til godkendelse ved afdelingsledelserne 2/2. Der er udpeget nøglepersoner for sporene og implementeringen finder sted i foråret 2016.
Svartider på patienterstatningsager	Opgørelser fra Patienterstatningen har vist, at HEH medio 2015 havde uacceptabelt lange svartider.	Procedurene er allerede blevet betydeligt forsimplet, og vi begynder nu at køre systematisk opfølgning ift. de konkrete sager. Svartiderne er (pånær i december) gået betydeligt ned, men initiativet følges over de næste måneder.

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
Alle tidligere handleplaner er implementeret.	Alle strategiske indsatser følges systematisk via månedlige møder i ledessporet (kliniske afdelingsledelser).

Århus Universitetshospital

Hvilke af de tiltag I beskrev i sidste årsrapport har I fået implementeret og hvad har effekten været?			
Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Hurtig og korrekt diagnostik Revurdering af patientens symptomer og kliniske/parakliniske fund, når en arbejdsdiagnose afkræftes.	Der er sat mange tiltag i gang i 2015 som ikke alle er fuldt implementeret men følgende er sket: <ul style="list-style-type: none"> • Grundig anamnese og objektiv undersøgelse - diagnose og mulige differentialdiagnoser er drøftet på HL/CC-møde og i flere andre fora. • Ledelsesseminar for AUH har handlet om patientnær ledelse. • Afprøvning af reviewteam, hvor forløb vurderes fagligt at uvildigt team. • Fokus på differentialdiagnostiske overvejelser samt mesterlæreprincippet og supervision er formidlet til de uddannelsesansvarlige overlæger og italesat på ledelsesmøder på 	Det er vanskeligt at måle den præcise effekt af disse tiltag.	I forhold til uddannelsen af yngre læger på AUH arbejdes der aktuelt med disse temaer: "Mestrene" skal supervisere flere "lærlinge". De yngre læger skal blive bedre til at bede om hjælp i belastede/pressede situationer. Enkelte afdelinger afprøver Morbidity & Morbidity konferencer, hvor diagnostik og differentialdiagnose også kan være et tema.

	<p>AUH af lægefaglig direktør Claus Thomsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ønsket om et fast felt til arbejdsdiagnoser er videreformidlet til den regionale SFI styregruppe. 		
<p>Usikre arbejdsgange og procedurer</p> <p>Revision af retningslinjer om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik og behandling af meningitis • Lumbalpunktur • MR-scanninger af cerebrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjen vedr. meningitis er opdateret • AUH-instruks for lumbalpunktur er udarbejdet. • Retningslinjen for MR-scanninger er opdateret. 	Ingen UTH'er på disse områder.	
<p>Øget ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information af HL og Centerledelse om alvorlige UTH'er • Deltagelse af centerchef i analyser • Risikoteamet deltog i alle centerledelsesmøder i foråret 2015, hvor ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet tematiseres • "UTH-datapakker" indgår på centerstrategimøder hvert ½ år. • ½ temadag for ledelser og nøglepersoner med fokus på ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet. 	Alle indsatser er effektueret.	Den konkrete effekt er svær at måle, men den ½ temaeftermiddag havde meget stor tilslutning fra ledelser og patientsikkerheds-koordinatorer. Tilbagemeldinger fra deltagerne har også været, at en sådan temaeftermiddag har stor betydning for at få fokus på ledelse og patientsikkerhed.	<p>Hospitalsledelsen har besluttet, at den ½ temaeftermiddag skal være en årlig tilbagevendende begivenhed.</p> <p>Fokuseret inddragelse af afsnitsledelsen i arbejdet med UTH'er</p> <p>Ny runde i alle centre i 2016 med fokus på ledelsesinvolvering i patientsikkerhedsarbejdet.</p>
<p>Få rapporter fra patienter og pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny plakat udarbejdes med informationer om muligheden for at 	Alle tiltag er effektueret	Det kan være svært at se på rapporteringsfrekvensen allerede	

<p>rapportere en UTH, hvis noget er gået galt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilføjelse af afsnit om rapportering i den elektroniske patientinformation • Opdatering af internettet, så vejen til relevante oplysninger om UTH gøres patientvenlig • Link på internettet med information om "Når der sker noget, der ikke skulle være sket". 		<p>nu. Den forventede effekt ventes først i 2016.</p>	
<p>Driftstop i elevatorer under transport af kritiske syge patienter Udvalgte elevatorer udpeges til kun at bruges til transport af kritisk syge patienter. Særlige billeder og markeringer laves i gulvet og på elevatorerne.</p>	<p>Handlingerne er effektueret.</p>	<p>Elevatorene bruges nu kun til kritisk syge patienter.</p> <p>Der har ikke været rapportering om driftstop i elevatorerne med transport af kritisk syge patienter.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2015 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund)) • Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>TOKS – manglende eller rettidig reaktion på vitale værdier</p>	<p>Ved gennemgang af sikkerhedsbristene i de dyberegående analyser træder følgende temaer frem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOKS registreres og dokumenteres, men der reflekteres ikke over de målte værdier • Manglende TOKS-ordination • Manglende måling af vitale 	<p>Hospitalets TOKS-arbejdsgruppe vil komme med forslag til handleplaner på møde i Kvalitetsrådet i marts 2016.</p>

	værdier.	
Patientsikkerhed ved udflytning til det nye hospital	AUH flytter under fælles tag. Mange afdelinger skal flytte, der skal indarbejdes nye arbejdsgange og patientforløbene ændres.	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser ved omlægning af patientforløb • Voksdugprocesser i afdelingen, hvor de nye koncepter i det nye hospital demonstreres for medarbejderne • 1:1 simulering af arbejdsgange, når de nye lokaler står klar til brug, umiddelbart før indflytning • Brug af "Flytte-patientsikkerhedstjekliste" inden indflytning • Afdelingsledelsen anbefales at gå en patientsikkerhedsrunde i de nye fysiske rammer.
Diagnostik og behandling Det kliniske skøn	Ved gennemgang af sikkerhedsbristene i de dyberegående analyser træder følgende temaer frem: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende observationsplan, herunder TOKS-ordination • Manglende behandlingsmål og - plan • Ingen differential-diagnoser • Forkert diagnose stilles 	Med fokus på at "dyrke det gode kliniske skøn" arbejdes der på at implementere regelmæssige case baserede møder, hvor læger, sygeplejersker og andet plejepersonale drøfter patientforløb med fokus på læring. Møderne forventes at finde sted 1 gang i kvartalet.
Nye analyseformer	Et ønske om at afprøve/udvikle nye metoder til gennemgang af alvorlige UTH'er	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortsat afprøvning af reviewteam med henblik på konceptudvikling 2. Fortsat afprøvning af Mortality & Morbidity konferencer 3. Afprøvning af andre metoder.

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
<p>Forebyggelse af eksterne kontinuitetsbrud Undersøgelsen "Medicin i sektorovergange" i samarbejde med Aarhus Kommune</p>	<p>Der var planlagt en yderligere undersøgelse i 2015 sammen med Aarhus Kommune og praktiserende læge. Denne er ikke fundet sted på grund af udskiftninger i projektgruppen og andre uheldige omstændigheder.</p> <p>AUH og Aarhus Kommune har planlagt et møde i januar med henblik på at afgøre om projektet skal genoptages eller afsluttes helt i starten af 2016.</p>
<p>Rettidig reaktion på prøvesvar 1. Udmelding fra hospitalsledelsen til alle afdelinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjen for rettidig reaktion på prøvesvar skal følges. • De ikke godkendte prøvesvar på eksisterende afdelinger skal godkendes manuelt. Autogodkendelse er ikke længere en mulighed. • De ikke-godkendte prøvesvar på lukkede lokationer autogodkendes via PJ-produkter. <p>2. Ny monitorering pr.1. november 2015.</p>	<p>Ved status på ikke godkendte prøvesvar i november var antallet af ikke-godkendte prøvesvar i EPJ reduceret betydeligt; men der var fortsat nogle afdelinger, som endnu ikke havde fået helt styr på deres arbejdsgange. Kvalitetsrådet besluttede derfor, at ikke godkendte prøvesvar skal monitoreres tæt i 2016 ved udsendelse af data på ikke godkendte prøvesvar til alle kliniske afdelinger og centerledelserne hver måned. Centercheferne følger op på de afdelinger, der fortsat har for mange ikke godkendte prøvesvar liggende med henblik på aftaler om målsætning og indsats.</p> <p>I marts 2016 implementeres den dybe integration mellem RIS og MidtEPJ. Dette forventes at have en positiv effekt på, at billedsvar ses rettidigt.</p>
<p>Forebyggelse af medicineringsfejl Afdelingerne arbejder fortsat med lokale tiltag til forebyggelse af medicineringsfejl</p>	<p>I det nye hospital indføres et nyt medicinkoncept, hvor patientspecifik robotpakket medicin leveres til udvalgte afdelinger. Det skulle betyde større sikkerhed for, at patienterne får den rigtige medicin. Flere afdelinger flytter til det nye hospital i 2016 og skal dermed overgå til det nye medicinkoncept.</p> <p>Rapporteringer af medicinerings UTH'er følges.</p>

Hospitalsenheden Vest

Hvilke af de tiltag I beskrev i sidste årsrapport har I fået implementeret og hvad har effekten været?			
Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Infektioner Genindlæggelser	Områderne blev frem til sommeren 2015 bl.a. overvåget via GTT målinger.	Der ses – om end ikke markant- så dog nedadgående tendens i længerevarende brug af KAD. Audit på genindlæggelser af KOL patienter har fokuseret områder hvor der kan arbejdes videre mhp. at forebygge yderligere genindlæggelser.	Der er stadig fokus på områderne som overvåges via Infektions Hygiejnisk Enhed og området for det tværsektorielle samarbejde i regi af Sundhedsaftalerne
Ophobning af indrapporteringer, der omhandler forsinkede afskrivninger og forkert prioriteret notater.	Afdelingerne har haft meget fokus på området.	Nedadgående antal UTH'er på området	Fra 1. januar er det besluttet at alle journalnotater skal skrives indenfor 1 hverdag –
Analysemøder har ofte først været afviklet efter flere uger for at få alle deltagere med. Det er ikke optimalt for processen.	Alle analyser af hændelser med dødelig og alvorlig konsekvens for patienten, afvikles inden for få uger	Hurtigere afvikling af analyseforløbene. Der har været afviklet 20 analyser i 2015. I langt de fleste analyser har Hospitalsledelsen deltaget med god effekt ift. formidling på tværs i organisationen	Optimeringen fortsætter i 2016
Medicinfejl i overgange	HEV's Medicineringsråd mødes 2 gange om året med: <ul style="list-style-type: none"> samarbejdspartnere 	De to sektorer får indblik i hinandens arbejdsgange og	HEV har søsat et projekt "Min medicin tryk medicin" – som

	fra Vestklyngens 6 kommuner <ul style="list-style-type: none"> repræsentanter fra almen praksis repræsentant fra privatapoteket Medicineringsrådet	minimerer derved de fejl der måtte kunne opstå i overgangene.	bl.a. skal bidrage til et styrket samarbejde mellem hospital, egen læge, kommunen og patienten i forhold til den medicinske behandling Min medicin tryk medicin
Medicin i OP døgn	Retningslinjen er udarbejdet og stort set implementeret 2.11.5 Forberedelse af patient til anæstsiologisk tilsyn - herunder præmedicin	Færre rapporterede hændelser med medicineringsfejl i OP døgnnet.	Fortsat overvågning af området
Analyse af driftsforstyrrelse på Region Midts datacenter på RHL fra den 17.05 – 23.05. 2014	Retningslinjen er udarbejdet og stort set implementeret 1.6.2.1.3.Nødprocedure ved nedbrud af telefonsystem, HEV	Ingen UTH på området de seneste år	Overvåges via testopkald fra receptionen

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2015 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Nedenstående er et udpluk fra de 20 dyberegående analyser som er gennemført i 2015		
Optimering af kommunikationen mellem specialerne i komplekse og svære patientsituationer.	Der har været eksempel på uhensigtsmæssigt patientforløb, hvor patienten unødigt kom til at pendle over flere afdelinger og matrikler	Der er etableret "Akut Klinisk Konference", hvor speciallæger fra flere specialer kan kaldes sammen, der hvor diagnostisering og dermed behandlingsplan ikke er entydig. 2.7.1.2 Akut Klinisk Konference,HEV
Brug af ultralydsscanning skal anerkendes og optimeres i akutafdelingen	Der har været flere eksempler på, at ultralydsscanning i rgt. kan blive en flaskehals ift. hurtig diagnostik af akutte patienter	Samarbejdende afdelinger er orienteret om brug af ultralydsscanning i akutafdelinger.
Minimere risikoen for	UTH rapporteret om et	Casen har været anvendt i

<p>at fastlåse sig i en bestemt diagnostisk retning</p>	<p>overset incarcereret hernie (afklemmt brok) der resulterer i tarmgangræn og postoperativ dødsfald</p>	<p>lægekollegiet med en påmindelse om, at der med til en objektive undersøgelse af en patients abdomen, også hører en gennemgang af lyskeområdet og ingvinalkanalerne.</p>
<p>Der bør foreligge entydige vejledninger i, hvilke type scanning der kan tilbydes kritisk syge patienter i HEV</p>	<p>I et aktuelt tilfælde opstod der forvirring og kommunikationsforviklinger ift. hvilken type scanning der kunne tilbydes i HEV til en 14 årig pige med cerebralt infarct. Forløbet blev på den baggrund forsinket.</p>	<p>Casen har været anvendt internt i Rtg. afdelingen mhp. at sikre internkommunikation og overensstemmelse med vejledning til afdelingerne.</p>
<p>Alle patienter der får i/v antibiotika skal spørges om allergi hver gang der hænges medicin op.</p>	<p>En patient i i/v antibiotikabehandling blev ikke spurgt om allergi og udviklede</p>	<p>Afdelingen laver lokal tilføjelse i den regionale Regional retningslinje for lægemiddeladministration og desuden en tilføjelse i den lokale instruks 2.9.3.5 Medicinadministration i Ort. HEV</p> <p>Gør en ekstra indsats for at alle sygeplejersker kender og efterlever den nye praksis</p>
<p>Højkoncentrerede infusionsvæsker fjernes fra afsnittes standardliste i MEM</p> <p>sygeplejersker skal administrere efter den ordination der ligger i MEM.</p> <p>Sygeplejersker og andre skal reagere, når og hvis en ordination ser forkert ud.</p>	<p>Patient der fejlagtigt fik 50% glucoseinfusion i 3 uger</p>	<p>Casen har været præsenteret i adskillige fora på tværs af sektorer og har givet stof til megen læring.</p>

<p>Ingen patienter må pådrage sig tryksår under indlæggelse.</p> <p>Der skal sikres en større grad af tværfagligt samarbejde i opsporing og behandling af tryksår</p>	<p>UTH rapport om en patient der pådrog sig betydelige tryksår under indlæggelse og senere måtte benamputeres</p>	<p>Afdelingssygeplejersken går i dialog med plejepersonelt og drøfter screeningsredskabet tryksår og dets anvendelse i daglig praksis.</p> <p>Der bliver hanket op i det tværfaglige samarbejde og kravet til dokumentation i Midt EPJ</p>
---	---	--

<p>Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatses/handleplaner? Hvilke indsatses har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?</p>	
<p>Tidligere handleplan</p>	<p>Status</p>
<p>Der er optimeret på processen for dyberegående analyser, således at de gennemføres indenfor 2-3 uger.</p>	<p>Dette er stort set lykkedes i 2015</p>
<p>Der arbejdes fortsat på at sikre implementering af de handleplaner der er udarbejdet efter de dyberegående analyser.</p>	<p>Indsatsområder som vedrører flere afdelinger bliver typisk drøftet i fora hvor alle afdelingsledelser er repræsenteret (afdelingsledelseskredsen, driftsrådet for den akutte patient, OP driftsrådet mv.) I 2016 satses der på også at præsentere og drøfte udvalgte områder på et årligt Staff-meeting</p>
<p>Retningslinjer og instrukser for de patientsikkerhedskritiske områder som blev etableret ifm. DDKM</p>	<p>Er stort set indarbejdet som rutiner i alle afdelinger</p>
<p>Medicinprocessen er fortsat i fokus</p>	<p>Medicinafstemning og opdatering af FMK ikke fuldt implementeret, men er i proces. Overvåges af Medicineringsrådet</p>
<p>Der er arbejdet med at forbedre patienter og pårørendes muligheder for at rapportere utilsigtede hændelser</p>	<p>Hospitalets brugerråd har været involveret i at udarbejde nyt materiale som hospitalets kommunikationsafdeling har samlet et sted på hjemmesiden http://www.vest.rm.dk/patienter-og-parorende/er-der-gaet-noget-galt-i-modet-med-os/ Aktuelt er der produceret en lille videofilm https://youtu.be/IZtHfk6mDGU (åbnes i Google Chrome)</p>

Præhospitalet i Region Midtjylland

Hvilke af de tiltag I beskrev i sidste årsrapport har I fået implementeret og hvad har effekten været?

Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Kommunikation i overgange	Stadig i proces	Indførelsen af PPJ, har på mange områder lettet kommunikationen, især med hospitalerne	PPJ er under kontinuerlig udvikling og der er igangsat flere forbedringstiltag, som også vil kunne fremme kommunikationen. Herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Chatfunktionen mellem PH og modtagende afdeling - Integration af DEPT i PPJ Yderligere er der i regi af Akut fagligtråd, nedsat en arbejdsgruppe vedr. forbedret overdragelse imellem Præhospitalet og hospitalerne. En af arbejdsgruppens opgaver, er bl.a. revidering af retningslinjer på området
Radiokommunikation	Stadig i proces	Diverse tiltag ift øget fokus på brugen af radiokommunikation, har skabt mere ensartet praksis og mere direkte kommunikation.	Primo 2016 opstartes enkelte forsøgsordninger med radiokommunikation mellem Præhospitalet og akutafdelinger

- Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2015 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund))
- Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)

Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Samarbejdet mellem aktører i overgange	UTH'er Præhospitalets	- Fortsat forbedring af PPJ (herunder integration af DEPT)

	patienttilfredshedsundersøgelse (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Udarbejdelse af fælles regional retningslinje for overdragelse til/fra hospitalerne - Ensartning af de algoritmer der anvendes som en del af sikker kommunikation
--	--	--

Regionshospitalet Randers

Hvilke af de tiltag I beskrev i sidste årsrapport har I fået implementeret og hvad har effekten været?			
Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Patienter i lånesenge Lånesenge (senge på andre sengeafsnit) kommer i brug, når sengeafsnit ved kapacitetskonferencen melder overbelægning i det speciale patienten tilhører.	Internt i klyngerne på hospitalet er der i højere grad et samarbejde om at fordele patienterne.	Fx Børneafdelingen og Gynækologisk-Obstetrisk afdeling har et tæt samarbejde, i forhold til at sikre, at familier kan blive sammen under indlæggelse.	
	Intensiv afsnit og Medicinsk afdeling har samarbejdet omkring udlån af sygeplejeressourcer fra Intensiv, når det har været muligt. Det er nu sat i drift.	De gange det har været muligt at udlåne personale, har det været en stor hjælp i det modtagende afsnit. Evalueringer viser, at det udlånte personale er trygt ved at blive udlånt.	Ordningen skal nu udbredes til resten af hospitalet. Vi er ved at undersøge om Klinisk Logistik kan understøtte kommunikationen omkring mulighed for udlån.
	Der er udarbejdet en oversigt over hvilke specialer/patientkategorier det enkelte medicinske sengeafsnit har – samt hvilke patienter der	Det har tydeliggjort forskellene i de medicinske specialer og medvirker til bedre	

	uafhængige af specialeplads. Formålet er at sikre at patienterne fordeles optimalt ud fra deres hovedproblematik	patientforløb.	
Manglende eller ufuldstændige behandlingsplaner i Akutafdelingen. Dette har betydning for opstart af behandling. Ikke rettidige behandlingsplaner kan føre til, at behandlingen opstartes sent.	Inventering viste at ca. 50 % flere havde en behandlingsplan i april sammenlignet med februar 2015.		Fortsat fokus på rettidige behandlingsplaner. Ønske om SFI for behandlingsplan.
Lang sagsbehandlingstid på utilsigtede hændelser	De fleste afdelinger er nu oprettede i DPSD og varetager sagsbehandlingen der.	Sagerne bliver hurtigere afsluttede. Sagsbehandlere giver udtryk for at have et bedre overblik.	Fortsat undervisning i rapportmodulets muligheder

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2015 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Flowkoordinator Der er fokus på at sikre at patienterne får den bedst mulige behandling og forløb, hvilket betyder at de kommer til rette speciale, på rette tidspunkt. Især når der er travlt er der tendens til at patienterne venter unødigt.	Kapacitetskonference UTH	For at sikre et endnu bedre flow fra Akutafdelingen og dermed et bedre patientforløb planlægges det at afprøve en flowkoordinator funktion. Funktionen skal fungerer på tværs af hospitalet og sikre flowet på hele hospitalet samt afdække flaskehalse i forhold til samme. Det forventes at kunne frigøre ressourcer der i dag er bundet op på koordinering i både sengeafsnit og Akutmodtagelse.

<p>Rettidigt ligsyn Kommunikation om og overdragelse af ansvar for ligsyn blev udfordret ved vagtskifte o.lign.</p>	<p>UTH</p>	<p>Arbejdsgangene omkring håndtering af afdøde patienter er blevet revideret og der er udarbejdet en ny tåseddel. Tåsedlen har tre gennemslag, hvoraf den ene skal fungere som en "huskeseddel" til lægen om, at der skal foretages ligsyn.</p> <p>Der er taget initiativ til at udarbejde en fælles regional retningslinje for håndtering af indbragte døde</p>
<p>Udskrivelse Tilbagemeldinger fra kommunerne viser, at informationerne fra hospitalet til hjemmeplejen ikke altid er fyldestgørende.</p>	<p>UTH Projekt Ny Styring</p>	<p>Ortopædkirurgisk Sengeafsnit arbejder med "Den gode udskrivelse". Der har været afholdt en workshop sammen med repræsentanter fra kommunerne i Randers-klyngen.</p> <p>Der er udarbejdet en udskrivningstjekliste og samtidig er der fokus på at medicin skal afstemmes i FMK før medicinlister udskrives og udleveres.</p> <p>Projektet er stadig i udviklingsfasen. Det vurderes, at det vil give patienter og pårørende en større tryghed.</p>

<p>Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?</p>	
<p>Tidligere handleplan</p>	<p>Status</p>
<p>Demente patienter Demente patienter forsøger ofte at forlade afdelingen for at komme hjem. På Medicinsk Sengeafsnit 4 er gulvet foran udgangsdørene malet sort og dørene blå. Dette opfattes af demente som et hul, og gør at de automatisk vender om. Farveændringen har betydet, at langt færre demente patienter ved en fejl kommer til at gå ud af udgangsdørene.</p>	<p>Tiltaget er implementeret og følges løbende i forhold til effekt.</p>
<p>Hjertestop Når der er hjertestop skal det gå stærkt og for at sikre at hjertestopteamet kommer det rigtige sted hen med det samme, er der tilføjet røde kegler på alle hjertestopvogne på</p>	<p>Tiltaget er implementeret</p>

<p>hospitalet. Keglerne stilles synligt på gangarealet ud for den stue eller anden lokation hvor der genoplives.</p>	
<p>OP-patienters ejendele Plejepersonalet fra Akutafdelingen pakker patientens ejendele i en brun papirpose, der mærkes med navn og stor hvid label. Patienten får et grønt klistermærke på ID armbåndet, der gør opmærksom på, at patientens ejendele følger med på OP. Når serviceassistenterne henter patienten til operation medbringes den brune pose/patientens ejendele. Serviceassistenten afleverer patienten som vanligt på OP. Efterfølgende bringer serviceassistenten den brune pose/patientens ejendele til et særligt indrettet skab på Opvågningen.</p>	<p>Tiltaget er implementeret.</p>
