

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2016

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Region Midtjylland, Koncern Kvalitet, Strategisk Kvalitet

Udgivet april 2017

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.rm.dk

Indholdsfortegnelse

.....	2
1. Indledning.....	5
2. Definition og brug af utilsigtede hændelser (UTH)	6
3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde.....	7
Sundhedsjournalen	7
Erstatnings-CPR-numre	7
It-relaterede hændelser	8
Tolkebistand.....	8
Aktindsigt i utilsigtede hændelser.....	8
Rapporteringspligt.....	8
Mønstre og tendenser vedr. prøver, undersøgelser og prøvesvar.....	9
Uhensigtsmæssige patientforløb	9
Skift af blodfortyndende middel	9
Fælles Medicinkort (FMK)	10
Fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning i sektorovergange.....	10
Årligt patientsikkerhedsgrundkursus og –konference	10
Infektionshygiejne	10
Det nationale patientsikkerhedsarbejde	11
4. Hvad rapporterer patienter og pårørende om?	12
Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende	12
Patientforløb – tilrettelæggelse og flow	13
Behandling og pleje.....	14
Overlevering af information, ansvar og dokumentation	14
Kirurgisk behandling, herunder anæstesi	14
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	15
Medicinering, herunder væsker.....	15
5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med en patientskade i 2016	16
Medicinering herunder væsker.....	17
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	18
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	19
Behandling og pleje.....	21
Henvisninger, ind/udskrivelser og medicinlister.....	22
6. Lokale bidrag om patientsikkerhed	24
Praksissektor.....	24
Socialområdet	24
Hospitalsenhed Midt.....	24
Hospitalsenheden Horsens	24
Regionshospitalet Randers	25
Hospitalsenheden Vest	27
Aarhus Universitetshospital	30
Psykiatrien	32

Præhospitalet	35
7. Bilag.....	37
Bilag 1: Antal rapporterede utilsigtede hændelser	37
Bilag 2: Udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser	38
Bilag 3: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper	39
Bilag 4: Alvorlighedsgraden af afsluttede utilsigtede hændelser	40

1. Indledning

I økonomiaftalen for 2016 blev det aftalt mellem regeringen og Danske Regioner at fastsætte konkrete nationale mål for sundhedsvæsenet, der skal angive retningen for kvalitetsforbedringer i det danske sundhedsvæsen. Der er udvalgt en række indikatorer, som konkretiserer de overordnede mål, så de kan følges af både regioner og kommuner. Lokale mål og indsatser skal forankre de nationale mål i kommuner og regioner. Et af de nationale mål er 'forbedret overlevelse og patientsikkerhed' med indikatorer som fx "sygehus erhvervede infektioner". Flere af de øvrige nationale mål vedrører tilsvarende emner, der ofte rapporteres som utilsigtede hændelser (UTH). Det gælder fx "bedre sammenhængende patientforløb", hvor bl.a. indikatoren "akutte genindlæggelser indenfor 30 dage" er relevant sammen med en række andre hændelser i sektorovergange.

Patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland er lokalt forankret på hospitalerne, men sker også i samspil med bl.a. praktiserende læger og kommuner i klyngesamarbejdet. Den regionale patientsikkerhedsårsrapport 2016 afspejler derfor både de temaer, der arbejdes med regionalt, lokalt på hospitalerne og på tværs af hospitalerne samt i det tværsektorielle samarbejde med praksissektor og kommuner.

Årsrapporten for 2016 er inddelt i følgende kapitler:

- Kapitel 2 er en kort læsevejledning i at læse de kapitler, der omhandler UTH.
- Kapitel 3 vedrører det regionale patientsikkerhedsarbejde og nogle af de temaer, der har været fokusområder i 2016.
- Kapitel 4 behandler de områder, som patienter og pårørende rapporterer som UTH.
- Kapitel 5 ser på de gennemgående problemstillinger i hændelser, der gav anledning til en patientskade, herunder særligt de alvorlige og dødelige UTH.
- Kapitel 6 indeholder hospitalernes bidrag til årsrapporten og giver et overblik over de mange forskellige indsatser hospitalerne hver især arbejder med.

De generelle opgørelser og tabeller over UTH er vedhæftet som bilag 1-4. Der er desuden tilknyttet generelle kommentarer til tallene i de vedhæftede bilag. Bilagene er:

- Bilag 1: Antal rapporterede UTH fordelt på hospitaler og øvrige regionale områder.
- Bilag 2: Udvikling i antal rapporterede UTH over en 5-årsperiode.
- Bilag 3: Fordeling af behandlede UTH på hændelsestyper.
- Bilag 4: Fordeling af behandlede UTH på alvorlighedsgrader.

Generelt er antallet af rapporterede UTH og fordelingen på alvorlighedsgrader og hændelsestyper forholdsvist uændrede fra år til år.

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.

2. Definition og brug af utilsigtede hændelser (UTH)

En stor del af patientsikkerhedsarbejdet er koncentreret omkring arbejdet med UTH. Det er derfor relevant at definere, hvad en UTH er, og hvordan UTH kan bruges.

En UTH er en på forhånd kendt eller ukendt hændelse eller fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende¹.

UTH rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Sundhedspersoner har pligt til at rapportere UTH, som de selv er involverede i, observerer eller senere opdager. Desuden har patienter og pårørende også mulighed for at rapportere UTH.

Formålet med rapporteringssystemet er at understøtte patientsikkerhed og kvalitetsudvikling ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH med henblik på at drage systematisk læring.

Rapportering af UTH kan generelt *ikke* bruges til at *måle patientsikkerheden*, da der ikke er tale om et *statistisk validt materiale*. Ved fortolkninger på antallet af UTH er det vigtigt at tage forbehold for, at:

- Antallet af UTH er et udtryk for antallet af *rapporterede* hændelser, og *ikke* et udtryk for, hvor mange hændelser der faktisk sker.
- Et højt antal UTH er typisk et udtryk for en *god rapporteringskultur*, og *ikke* et udtryk for et højere antal fejl og skader end på andre enheder.
- Et lavt antal UTH er omvendt ikke en garanti for, at der ikke er sket UTH.
- En opgørelse over antallet af rapporterede UTH kan ikke bruges til at sammenligne antal eller typer af UTH på tværs af enheder.

Rapporteringssystemet for UTH er derimod velegnet til at identificere problemstillinger, indsamle viden og drage læring. Med andre ord bør der i arbejdet med UTH være fokus på, hvad der rapporteres, snarere end hvor meget der rapporteres. Internationalt anbefales derfor, at rapporteringssystemer bruges til:

- at reagere på alvorlige UTH.
- at identificere risikoområder for patienterne.

Hvis omfanget af en problemstilling skal afklares, må der bruges andre former for måling og monitorering.

¹ [Sundhedsloven § 198, stk. 4.](#)

3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde

For i højere grad at sikre ledelsesmæssig forankring blev formandsskabet af den regionale patientsikkerhedsgruppe i 2016 besat med en kvalitetschef. Gruppen refererer dermed til Kvalitetschefkredsen og/eller Lederforum for Kvalitet. Det giver mulighed for, at tværgående problemer, der er kritiske eller kræver regional opfølgning, nemmere kan løftes og forankres i disse fora.

Den regionale patientsikkerhedsgruppe har derudover udarbejdet en intern retningslinje om mentorordning for nye risikomanagere, idet den regionale patientsikkerhedsgruppe har til opgave at være behjælpelig i oplæring, når der ansættes nye risikomanagere.

I 2016 har der bl.a. været fokus på at samle op på de problemstillinger, der i de foregående år har været drøftet i den regionale patientsikkerhedsgruppe for dermed at igangsætte initiativer eller afslutte berørte emner.

Der arbejdes desuden med at få løftet problemstillinger til nationalt niveau, når de ikke alene kan løses lokalt eller på regionalt niveau. Nedenstående er en gennemgang af nogle af de mange temaer, der i fællesskab er belyst på tværs af hospitaler og i sektorovergange.

Sundhedsjournalen

Regionerne har i fællesskab besluttet, at borgerne skal have straksadgang til egne data i Sundhedsjournalen. Den 9. september 2015 blev forsinkelsen på borgernes adgang til egne sundhedsdata i første omgang nedsat til 3-5 dage mod de tidligere 14-21 dage. På den baggrund besluttede Strategisk Sundhedsledelsesforum at nedsætte en arbejdsgruppe med hospitalsrepræsentanter til at afdække de udfordringer og u hensigtsmæssigheder, der kunne opstå i arbejdsgange som følge af forandringen med patienternes hurtigere adgang til Sundhedsjournalen. En kort afdækning i begyndelsen af 2016 viste, at der ikke på dette tidspunkt var tegn på, at den hurtigere borgeradgang gav problemer.

Månedlige udtræk fra DPSD har siden da heller ikke vist tegn på, at den hurtigere adgang har medført UTH. Arbejdsgruppen er derfor sat i bero. Når forsinkelsen på borgernes adgang til egne sundhedsdata som planlagt ophæves helt, vil det blive vurderet, om det giver anledning til skærpet bevågenhed på området.

Erstatnings-CPR-numre

Hospitalerne har i flere år haft store udfordringer med sikker personidentifikation i tilfælde, hvor patienten er tildelt et erstatnings-CPR-nummer, da der opstår problemer, når patienten flyttes mellem de forskellige sektors It-systemer. I 2016 har området særligt haft fokus i forhold til nytilkomne asylansøgere og flygtninge.

Patientidentifikationen bliver tvivlsom, når journalmateriale, og dermed sygdoms-historik, bliver samlet i forskellige journaler. Sagen er rejst både regionalt og på nationalt plan med ønsket om, at asylansøgere/flygtninge tildeles et administrativt CPR-nr. Senest er udfordringerne rejst overfor Danske Regioner i Temagruppen for Kvalitet. Problemstillingen er langt fra ny, men omfanget er eskaleret i takt med den stigende flygtningestrøm i starten af 2016. Hidtil er det ikke lykkedes at finde en it-teknisk løsning. Der arbejdes fortsat på at få prioriteret problemstillingen i de rette fora i 2017.

It-relaterede hændelser

Den regionale patientsikkerhedsgruppe har i 2016 udvidet sit samarbejde med risiko-manageren i It-afdelingen. Der er udarbejdet en procesbeskrivelse til it-hændelser, der er lagt på regionens intranet sammen med en FAQ. Desuden har der været fokus på at få it-relaterede hændelser på hospitalerne visiteret korrekt.

Tolkebistand

Den regionale patientsikkerhedsgruppe identificerede problematikker omkring tolkebistand, hvilket gav anledning til et gennemsyn af UTH på området. Identificerede problemstillinger blev sendt til Indkøb & Medicoteknik, så opmærksomhedspunkter kunne adresseres i forbindelse med en ny udbudsrunde vedrørende tolkebistand.

Aktindsigt i utilsigtede hændelser

Der er ifølge lovgivningen som udgangspunkt ikke ret til aktindsigt i UTH. Der kan udleveres tal i det omfang tallene i sig selv ikke kompromitterer anonymiteten for det involverede personale, patienten og de pårørende. Netop anonymitetshensyn er den væsentligste grund til, at der heller ikke kan gives aktindsigt i *indholdet* i de rapporterede UTH. Alligevel oplever regionen og hospitalerne jævnligt at få henvendelser fra patienter, pårørende, arbejdstilsynet og journalister m.fl. Reglerne er ikke altid helt lette at forstå og arbejde med. Det er derfor nødvendigt og en forventning, at Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med Danske Regioner i 2017 vil udarbejde en guide, der kan være til hjælp i forhold til besvarelse af diverse spørgsmål.

Rapporteringspligt

Med baggrund i konklusioner i Sundhedsministeriets serviceeftersyn af DPSD tilbage i 2014, er Styrelsen for Patientsikkerhed nu i færd med at overveje rapporteringspligtens omfang. Det handler om at sikre: *"...en balance og afvejning mellem de ressourcer, der anvendes til rapportering og sagsbehandling, og den læring, der*

*uddrages både nationalt og lokalt.*² Der er i 2016 bl.a. iværksat forsøg i udvalgte kommuner med *samlerapportering*, hvor der i stedet for rapportering af alle hændelser, udfyldes skemaer i forhold til hændelser vedrørende fald og medicineringshændelser, når det ikke har givet anledning til skade på patienten. Hændelserne rapporteres herefter samlet til DPSD én gang om måneden. Regionerne har primo 2017 haft besøg af Styrelsen for Patientsikkerhed for at drøfte rapporteringspligtens omfang. Tilbagemeldingerne vil blive behandlet yderligere i 2017.

Mønstre og tendenser vedr. prøver, undersøgelser og prøvesvar

Den regionale patientsikkerhedsgruppe har haft et stort ønske om at se på tværgående mønstre og tendenser i dybdegående analyser af alvorlige og dødelige hændelser. Der har derfor i efteråret 2016 været fokus på temaet 'Prøver, undersøgelser og prøvesvar'. Hændelser vedrørende prøvesvar handler i høj grad om lokale arbejdsgange, fx efterlevelse af retningslinjer, rettidig overlevering og manglende videresendelse af prøvesvar mv. Dette er fælles indsatsområder. En udløber af drøftelserne har dog også været identifikation af visse it-mæssige udfordringer, der har medvirket til, at UTH opstår. Dette er et emne, der vil blive drøftet videre i 2017 og eventuelt løftet ind i Kvalitetschefkredsen og Lederforum for Kvalitet.

Uhensigtsmæssige patientforløb

Den regionale patientsikkerhedsgruppe har med udgangspunkt i konkrete cases i efteråret 2016 haft en drøftelse af uhensigtsmæssige patientforløb i overgange mellem hospitaler. Kvalitetschefkredsen har efterfølgende bakket op om, at der hen over månederne januar – april 2017 sættes fokus på denne type hændelser for at afdække omfanget og karakteren af problemstillingerne. Konkret blev det aftalt, at hospitalernes risikomanagere skal indsamle data med baggrund i flere forskellige undersøgelses-spørgsmål. Efterfølgende skal det vurderes af Kvalitetschefkredsen, hvorvidt der er behov for en indsats på området.

Skift af blodfortyndende middel

Den regionale Lægemiddelkomité besluttede i 2015 at vælge Innohep som 1. valgspræparat ved anvendelse af lavmolekylær heparin, da det er billigere end Fragmin. Denne beslutning fik den regionale patientsikkerhedsgruppe til at rette fokus på, om ændringen ville medføre flere UTH. Det var imidlertid ikke tilfældet, til trods for at den regionale patientsikkerhedsgruppe kunne konstatere, at ikke alle afdelinger havde skiftet præparat. Men i efteråret 2016 besluttede Den regionale Lægemiddelkomite, at Fragmin igen skulle være 1. valg frem for Innohep. Derfor har Den regionale patientsikkerhedsgruppe valgt at lukke sagen.

² jf. [Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, Patientombuddet og Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, juli 2014](#)

Fælles Medicinkort (FMK)

Selv om der løbende gennemføres og ses forbedringer, er der fortsat udfordringer med det Fælles Medicinkort i Region Midtjylland. Rapporterede UTH viser, at der fortsat findes visse systemrelaterede problematikker. Men der rapporteres flest brugerrelaterede hændelser. UTH omhandler særligt indlæggelses- og udskrivelses-situationer. Graden af ajourføring er generelt øget, men de problematikker, der ses, handler ofte om indholdet i medicinlisten og ikke om, hvorvidt der er trykket på knappen. Den Tværsektorielle FMK-styregruppe skal sikre løsning af de tværgående problematikker, og der er stort fokus på området både i den regionale TSN-koordinationsgruppe³ og lokalt i klyngerne.

Fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning i sektorovergange

Klinikforum besluttede i 2016, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe i regi af TSN-koordinationsgruppen. Gruppen skal finde løsninger, der sikrer kommunikation om fravalg af genoplivning mv. i overgange, særligt i den situation, hvor behandlingsansvaret skifter mellem hospital og egen læge.

Årligt patientsikkerhedsgrundkursus og –konference

Region Midtjylland og Region Nordjylland afholder hvert år i fællesskab et patient-sikkerhedsgrundkursus, målrettet patientsikkerhedsnøglepersoner i regionerne. Desuden har de to regioner i 2016 for anden gang afholdt en patientsikkerheds-konference, der har til formål at oplyse både ledere og patientsikkerhedsnøglepersoner m.fl. om relevante emner, tiltag, metoder og resultater vedrørende patientsikkerhed. Både konferencen og grundkurset er hver gang en succes med alle pladser besat.

Infektionshygiejne

Haiba

Den nationale database HAIBA (Hospital Acquired Infections database), som viser forekomsten af henholdsvis bakterien Clostridium Difficile, sepsis og urinvejsinfektioner på såvel nationalt, regionalt som lokalt niveau, er i 2016 blevet suppleret med postoperative infektioner. Visningerne findes på eSundhed.dk. Det betyder, at den enkelte hospitalsafdeling nu kan følge egen rate af hospitalserhvervede infektioner og handle på det. Der stiles fortsat mod, at data fra HAIBA kan tilgås i Region Midtjyllands BI-portal.

³ [TSN-koordinationsgruppen](#) er nedsat i regi af Sundhedsaftalen og består af repræsentanter fra klyngerne samt psykiatri- og socialområdet, præhospitalet og praksisområdet.

MRSA

Med udgangspunkt i den stigende forekomst af MRSA, blev arbejdet med at indgå en ny samarbejdsaftale mellem regionen, praksissektoren og kommunerne på det infektionshygiejniske sat i gang. Planen er, at den bliver godkendt i Sundhedsstyrelsen før sommerferien 2017.

Kompetenceudviklingsprojektet

I forlængelse af kompetenceudviklingsprojektet på det infektionshygiejniske område blev en animationsvideo om håndhygiejne færdiggjort og godkendt. Hospitalerne har nu mulighed for at vise videoklipet i venturum mv., så såvel patienter som pårørende kan medvirke i hindringen af smittespredning.

Projektet antibiotikaforbrug, set i relation til resistensudviklingen, er fortsat i proces på Regionshospitalet Randers og Hospitalsenheden Horsens. To kliniske mikrobiologiske læger fra Aarhus Universitetshospital er projektledere. Projektet afsluttes i 2017.

Rigsrevisionens undersøgelse af det infektionshygiejniske område

I oktober 2016 indkaldte Rigsrevisionen til et åbningsmøde, hvor de meddelte, at de ønskede at gennemføre en undersøgelse på det infektionshygiejniske område. En undersøgelse, der vil omfatte årene 2013-2016. Der er dataindsamling i perioden januar - april 2017. Hospitalsenheden Vest og Aarhus Universitetshospital indgår i undersøgelsen. Der undersøges inden for 4 specialer: kirurgisk mave-tarm, ortopædi, geriatri og kardiologi. Undersøgelsen forventes afrapporteret i oktober 2017.

Det nationale patientsikkerhedsarbejde

Med udgangspunkt i en politisk aftale fra foråret 2016 fik Styrelsen for Patientsikkerhed til opgave at omlægge de lovbestemte og tilbagevendende faste tilsyn af behandlingssteder til at være et proaktivt risikobaseret tilsyn med fokus på læringsaktiviteter.

Nationalt Forum, der på strategisk niveau havde haft til opgave at koordinere det nationale samarbejde og rådgive Styrelsen for Patientsikkerhed om læring på baggrund af DPSD, blev derfor nedlagt i efteråret 2016 og afløst af en ny Strategisk Følgegruppe. Den blev oprettet med det overordnede formål at rådgive Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at kvalificere udvælgelsen af risikoområder for tilsyns- og læringsaktiviteter samt medvirke til at vurdere resultaterne af iværksatte tilsyn og læringsaktiviteter i forbindelse med det risikobaserede tilsyn. Strategisk Følgegruppe er bredt sammensat af interessenter, brugerorganisationer og sundhedsfaglig ekspertise. Der deltager en ledelsesrepræsentant for Region Midtjylland.

I regi af Læringsenheden i Styrelsen for Patientsikkerhed eksisterer Fagligt Forum fortsat. Dette forum har til formål at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed og Strategisk Følgegruppe med faglig sparring om læringsaktiviteter. Fagligt Forum er bredt sammensat af regionale og kommunale risikomanagere, praksissektor, privat-hospitaler, patientorganisationer m.fl.

4. Hvad rapporterer patienter og pårørende om?

Patienter og pårørende har siden september 2011 haft mulighed for at rapportere UTH til DPSD. UTH rapporteret af patienter og pårørende er en værdifuld kilde til læring i patientsikkerhedsarbejdet. Patienter og pårørende kan således være med til at skærpe opmærksomheden på væsentlige områder, som sundhedsprofessionelle ikke ser. Det kan eksempelvis være omkring kommunikationen mellem det sundhedsfaglige personale og patienten eller pårørende.

Der rapporteres fortsat kun et begrænset antal UTH fra patienter og pårørende. I 2016 er der som vist i tabel 1 rapporteret 182 hændelser, hvilket er uændret i forhold til tidligere år (180 UTH i 2015 og 178 UTH i 2014).

Flere af de rapporterede hændelser kommer fra patienter og pårørende, der selv har en sundhedsfaglig baggrund. Dette indikerer, at muligheden for at rapportere UTH til DPSD er forholdsvis ukendt for patienter og pårørende i almindelighed.

Tabel 1

Rapporterede hændelser fordelt på sagstyper 2016				
	Patient rapport	Pårørende rapport	Sundhedsfaglig rapport	I alt
Rapporteret	92	90	11643	11825
Rapporteret i procent	0,8%	0,8%	98,5%	100,0%

I det følgende beskrives de væsentligste emner i rapporterne fra patienter og pårørende.

Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende

En stor del af de rapporterede hændelser fra patienter og pårørende handler om oplevelsen af manglende kommunikation med og inddragelse af både patienter og pårørende. Herunder:

- Patienten og pårørende føler ikke, at de bliver lyttet til og taget alvorligt. Det gælder blandt andet i forhold til tidligere sygdomsoplevelser, oplevede symptomer, nødvendig behandling eller anden information, som er relevant for at sikre patientens behandling.
- Patienten og pårørende oplever dårlig kommunikation internt blandt sundhedspersonalet, hvilket medfører usikkerhed omkring indgåede aftaler.

CASE: Oplevelsen af ikke at blive hørt som patient

Jeg har ikke tidligere rigtig fejlet noget. Da jeg pludselig både fik [diagnose] og en diskus prolaps forventede jeg, at min læge ville undersøge mig ordentligt og være der for mig. Jeg oplevede det stik modsatte. Følelsen af ikke at blive "troet" på og taget alvorligt er meget ubehagelig. Jeg oplevede, at lægen talte ned til mig. Jeg var helt uforstående overfor den behandling, jeg fik af lægen [X]. Tilliden til ham forsvandt...

Patienten var ved kiropraktor i forløbet, der bl.a. henviste til en MR-scanning. Det var først på det tidspunkt, at årsagen til patientens rygsmerter blev fundet (diskus prolaps). I mellemtiden havde patienten valgt at skifte læge. Desuden havde patienten selv taget initiativ til at blive henvist til en fysioterapeut. En læge i familien havde hjulpet patienten med at skifte til noget andet smertestillende medicin.

Min nye læge [Y] undersøgte mig... Det har givet en vis ro... Jeg fandt det underligt, at lægen [X] mente, at jeg blot kunne gå op i dosis til 4 x 100 mg [dolor], når [læge X] samtidig ikke mente, jeg fejlede noget... Jeg fortalte min nye læge [Y] om den medicin, som [en læge i familien] havde ordineret til mig, og [læge Y] var helt enig i, at det var det rigtige til mig. Det var også det, [læge Y] ville have foreslået. Så i stedet for at gå op i dosis, er jeg gået ned i dosis, hvilket jeg er utrolig glad for...

Patientforløb – tilrettelæggelse og flow

Patienter og pårørende rapporterer om manglende sammenhæng i patientforløbet. De giver udtryk for, at de ønsker mere kontinuitet, hvor det er tydeligt, hvad der skal ske, hvornår det skal ske, og hvem der skal gøre hvad. Konkret rapporteres følgende:

- Patienten oplever, at der ofte kommer en ny læge, som patienten ikke har talt med før, frem for én gennemgående ansvarlig læge. Det er i nogle tilfælde tydeligt, at lægen ikke er bekendt med patientens journal.
- Patienten oplever lange ventetider i patientforløbet, eksempelvis i forbindelse med udredende undersøgelser. Herudover er der eksempler på, at sundhedspersonalet ikke melder tilbage til patienten som aftalt.

CASE: Håndtering af prøvetagning efter kræftdiagnose

Efter møde, hvor jeg fik at vide, at jeg havde... kræft, skulle jeg ned til blodprøve, som skulle tages samme dag. Blev fulgt ned til laboratoriet, men da jeg ankom til skranken, blev jeg bedt om at scanne mit sygesikring og væbne mig med tålmodighed, for der var flere timers ventetid... Man er i chok, når man netop har fået den diagnose.. Valgte at gå op til afdelingen igen... Fik derefter hjælp og kom til med det samme.

Patienten foreslår, at der indføres en procedure, så man undgår at komme i venteposition med mange mennesker, når man får en alvorlig diagnose.

Behandling og pleje

Opsporing, diagnostik og forebyggelse

Rapportering omhandlende opsporing, diagnostik og forebyggelse handler blandt andet om mangler i diverse undersøgelser af patienten. Patienter og pårørende oplever, at det fører til forsinket eller forkert diagnose, forsinket eller forkert behandling samt genindlæggelse.

Patienttransport

Patienter og pårørende rapporterer om uhensigtsmæssige valg af patienttransport. Herunder om transport, hvor svage patienter uledsaget transporteres i taxa frem for i liggende transport med ledsager og om transport uden den nødvendige behandling.

Observation og erkendelse af kritisk forværring

Patienter og pårørende rapporterer om manglende procedurer ved nødkald og vanskelighed ved at fat på personalet, hvis patienten pludselig får det dårligere. Herudover rapporteres om manglende observation af patienter, som har et særligt behov for det.

Overlevering af information, ansvar og dokumentation

Patienter og pårørende oplever uklar videregivelse af information fra læge til patient og pårørende (fx om sygehusforløbet, medicinindtag og patientens tilstand) samt manglende og forsinket overlevering af information mellem lægerne (eksempelvis forsinket journalføring).

CASE: Forkerte oplysninger til patient omkring hjemmebesøg

Jeg var indlagt med [diagnose og dato] på [afdelingsnavn] og skulle modtage IV penicillin behandling. (...) Da jeg skulle sendes hjem... får jeg af vikaren... at vide, at hun har lavet en aftale med den kommunale sygepleje... om, at der vil komme en sygeplejerske forbi mit hjem kl 22.00 samme aften og forsætte IV behandlingen med penicillin. (...) Der kom først en sygeplejerske [dagen efter] kl. 01.30... Jeg spørger den kommunale sygeplejerske, hvorfor de ikke overholder den aftale, som de havde lavet med sygeplejersken [på hospitalet]? Sygeplejersken kan dertil fortælle, at der ikke er lavet nogen aftale af nogen art, og sådanne aftaler ikke kan laves fra sygehusets side...

Kirurgisk behandling, herunder anæstesi

I forbindelse med kirurgiske behandlinger rapporterer patienter og pårørende om følgende:

- Forsinkede operationer på trods af, at der er tale om en akut operation.
- Smerter under operation i lokalbedøvelse.
- Fejloperationer, der må gøres om, herunder operation et forkert sted.
- Uhensigtsmæssig lukning af operationssår med strips, som springer op.
- Patienten er vågnet under operationen eller har bidt sin tunge i stykker.
- Manglende bedøvelse, selvom patienten ønsker det.

Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Patienter og pårørendes rapporter om prøver, undersøgelser og prøvesvar omhandler blandt andet:

- Forkerte, forsinkede eller mangelfulde tilbagemeldinger på prøver og undersøgelser, manglende bestilling eller manglende udførelse af prøver.
- Ventetider i forbindelse med udredende undersøgelser.

CASE: Kræftdiagnose før prøvesvar

Operation den [dato]. Ifølge journal på nettet har jeg kræft (...). Denne diagnose er dateret samme dag som operationen er foretaget, altså inden der ligger svar på laboratorieundersøgelse. (...) Den [dato ca. 3 mdr. senere], 2 dage før min næste operation ligger der brev i E-boks, brevet er dateret den [dato ca. 2 dage før]. Svar på prøverne tilbage fra operationen den [dato ca. 3 mdr. tidligere], ingen tegn på ondartethed. Det var en unødigt ventetid i mere end 3 mdr. Og en lang og sej kamp uden at kunne komme igennem til den ansvarlige læge.

Medicinering, herunder væsker

I forbindelse med medicinering rapporterer patienter og pårørende, at:

- Patienten ikke får vanlig medicin under indlæggelse, får medicin, som tidligere er seponeret eller får unødvendig medicin.
- Patienten fejlmedicineres eller får udleveret forkert styrke/antal.
- Patienten oplever bivirkninger på grund af interaktion med nuværende medicin.
- Der er ordineret medicin, der er angivet CAVE for i patientjournalen.

CASE: Ordineret medicin på trods af kendt CAVE

I april gennemgik jeg en operation (...). Der blev foretaget narkosetilsyn, hvor vi planlagde selve forløbet, og hvordan jeg skulle bedøves, da jeg har Cave for morfin. Vi følte os trygge ved det hele. (...) Selve operationen forløb fint... Under mit ophold blev jeg spurgt, om jeg ville have noget smertestillende, og jeg sagde ja tak. Desværre er det herfra, at alt er lidt uklart. Jeg ved, at jeg fik smertestillende en gang mere. Jeg hørte ordet morfin og forsøgte at kommunikere, at de ikke måtte give mig morfin... åbenbart uden held. Det viste sig, at jeg var blevet givet morfin to gange på trods af kendt Cave.

CASE: Interaktion mellem svampemiddel og blodfortyndende medicin

Får diagnosticeret svamp i mundhulen/svælget og får ordineret svampemidlet Brentan med det virksomme stof Miconazol 20 mg/g... Da jeg tidligere havde været i behandling for samme lidelse med et andet svampemiddel, og der var gjort opmærksom på, at jeg fik Marevan, blev dette forhold ikke berørt... I løbet af de næste 14 dage fik jeg tiltagende mere og mere ondt i maven, kraftig hovedpine og løbende små blødninger i hovedet, på benene og på brystet samt i munden... Herefter søgt jeg læge... Lægen målte mit INR til større en 8, hvorefter jeg indlægges akut... Her måler de en INR på i nærheden af 12. Jeg bliver behandlet med K-vitamin og udskrives to dage senere. INR var faldet, men... er... fortsat høj, 5,4.

5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med en patientskade i 2016

Omdrejningspunktet for dette kapitel er at beskrive problemstillinger, der er fremtrædende i hændelser, hvor der er sket en patientskade⁴ i 2016. Fokus vil være på problemstillinger i de hyppigst rapporterede hændelsestyper, der har:

- Et højt antal patientskader generelt.
- En høj andel patientskader set i forhold til antallet af rapporterede hændelser på området.

Herved får vi kendskab til de områder, processer og dele af et patientforløb, der må formodes at være særligt risikable for patienterne.

Det er centralt at bemærke, at vi ikke kender det faktiske antal UTH, der forekommer. Vi har alene kendskab til de hændelser, der bliver rapporteret (se afsnittet: "*Definition og brug af utilsigtede hændelser (UTH)*" i kapitel 2 for en uddybning). I lyset af, at det kun er muligt at uddrage læring og handle på baggrund af de hændelser vi har kendskab til, så synes det hensigtsmæssigt at fokusere på problemstillinger, der er fremtrædende i hændelser med en patientskade og særligt i de dødelige og alvorlige hændelser.

I 2016 var de hyppigst rapporterede hændelsestyper i rækkefølge⁵:

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

I de følgende afsnit beskrives fremtrædende problemstillinger i de 5 hændelsestyper. Beskrivelsen er baseret på en gennemlæsning af de dødelige og alvorlige hændelser. I hvert afsnit vises en tabel over, hvordan antallet af patientskader fordeler sig på de særligt risikable *administrative eller kliniske processer* under den enkelte hændelsestype. Problemstillingerne illustreres ved hjælp af cases.

⁴ Hændelser med en patientskade defineres som moderate, alvorlige og dødelige hændelser, der er karakteriseret ved, at hændelsen som minimum gav anledning til en øget behandling af patienten. En tabel, der viser den generelle fordeling af hændelser på alvorlighedsgrader i 2016, kan findes som bilag 4 sidst i rapporten.

⁵ Se bilag 3 for en tabel med fordeling af alle hændelser på hændelsestyper i 2016.

Medicinering herunder væsker

Medicinering herunder væsker er den hændelsestype, der har givet anledning til flest rapporteringer af UTH i 2016. Der er således rapporteret 3973 hændelser. Selv om antallet af patientskader er forholdsvis højt, så er andelen af patientskader dog relativt lav, idet 9 % af hændelserne gav anledning til en patientskade.

Tabel 2

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Mode- rat skade	Alvor- lig skade	Døde- lig
Medicinering herunder væsker	Ordination/receptkontrol	803	88	12	2
	Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	650	54	3	0
	Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	2231	166	15	0
	Øvrige processer	289	33	1	0
I alt		3973	341	31	2

Hændelserne vedrørende *ordination/receptkontrol* omhandler:

- Fejlordinationer, herunder ordination på trods af kontraindikation eller manglende indikation.
- Manglende seponering af medicin.

Flere fejlordinationer opstod, da identiske forkortelser betød, at patienten fik ordineret de forkerte præparater. Der er desuden eksempler på hændelser, hvor der sker forveksling mellem mg og stk. på grund af forskellige systemkrav til, hvordan ordinationer skal fremgå.

CASE: Fejlordination pga. identiske forkortelser

Patienten skulle starte kræftbehandling med stofferne paclitaxel og carboplatin, men der hentes skema - og ordineres og administreres paclitaxel og capetitabine istedet...Patienten har en [kræftdiagnose]. Der var planlagt at give PC, hvilket også fremgår af tidligere notater, samt af den - på dagen - administrerende sygeplejerskes notat. Der er formentlig hentet et forkert skema, og lægen ordinerer forkert behandling.

I forbindelse med processerne *dispensering* og *administration* vedrører hændelserne:

- at der bliver dispenseret eller administreret forkerte præparater eller væsker
- at medicin bliver givet i forkert dosis.
- at behandling bliver opstartet for sent. Sen opstart af behandling skyldes i to tilfælde, at præparatet ikke var tilgængeligt i afdelingen.

På tværs af de alvorlige og dødelige hændelser indenfor *ordination/receptkontrol*, *dispensering* og *administration* er der desuden flere hændelser, der omhandler blodfortyndende medicin. Dette er velkendte risikosituationslægemidler, der er med på

Styrelsen for Patientsikkerheds liste over lægemidler, hvor man bør være særlig opmærksom ved ordination og håndtering. Hændelserne omhandler overdosering, manglende forlængelse af behandling og behandling trods kontraindikation.

CASE: Overdosering af risikosituationslægemiddel

Patient er indlagt på afdeling som ordinerer marevan 1 stk daglig i 5 dage. På marevan kort, hvor dosis skal angives i antal tabletter, skrives der 2,5 under hver dag. Dette betyder at patient har fået 2,5 tbl (6,25 mg) marevan i stedet for 2,5 mg. Efter 5 dage INR >8.

Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Indenfor prøver, undersøgelser og prøvesvar er antallet af rapporterede hændelser 1386. Andelen af patientskader er 15 %, hvilket er relativt lavt.

Tabel 3

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat skade	Alvorlig skade	Dødelig
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	Reaktion på prøve-/undersøgelsessvar ⁶	304	81	28	1
	Undersøgelse/prøvetagning	249	30	4	0
	Øvrige processer	833	56	2	1
I alt		1386	167	34	2

Hændelserne vedrørende *reaktion på prøvesvar/undersøgelsessvar* omhandler, at prøvesvar ikke bliver set eller at der ikke bliver reageret på dem. Den manglende reaktion indebærer, at patienten enten ikke bliver indkaldt til svar eller at der ikke bliver iværksat behandling eller yderligere undersøgelser. At prøvesvar ikke bliver set eller reageret på, er i flere hændelser knyttet til overgange mellem afdelinger og sektorer. Eksempelvis bliver prøvesvar ikke videresendt fra den rekvirerende afdeling til den afdeling, hvor patienten nu befinder sig. Hovedparten af hændelserne omhandler undersøgelser i forbindelse med kræft, og flere af hændelserne resulterer i, at patienterne ikke får svar på deres prøver i måneder eller år. Dette betyder, at patienterne får forsinket deres diagnose væsentligt, og i nogle tilfælde har lidelsen udviklet sig.

⁶ Processerne "Opfølgning på undersøgelse/prøver", "Modtagelse af svar" og "Reaktion på prøve/undersøgelsessvar" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

CASE: Manglende reaktion på prøvesvar

Patienten var henvist til [ambulatorium] på mistanke om malignitet (...). Fjernes d. [dato] og indsendes til histologi. Histologisvaret ses at være sendt [dato 2 dage senere]. Pt. møder her i klinikken til almindelig blodtrykskontrol d. [dato 4½ måned senere]. Det viser sig, at han aldrig har fået svar... Desværre er svaret malignt, og der er ikke reageret herpå.

De alvorlige hændelser indenfor *undersøgelse/prøvetagning* beskriver:

- at en sygdom ikke bliver opdaget i forbindelse med en undersøgelse.
- at der ikke bliver iværksat nødvendige undersøgelser.
- at der sker forbytning af prøver.

Overlevering af information, ansvar, dokumentation

Der er rapporteret i alt 1386 hændelser vedrørende *overlevering af information, ansvar, dokumentation*. Heraf medførte 19 % en patientskade.

Tabel 4

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat skade	Alvorlig skade	Dødelig
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Indlæggelse, indflytning, overflytning	129	26	6	5
	Information/Dokumentation	743	94	13	1
	Overdragelse af ansvar, vagtskift mv.	147	39	7	0
	Øvrige processer	367	66	11	0
I alt		1386	225	37	6

Næsten halvdelen af de alvorlige eller dødelige rapporterede UTH ifm. *indlæggelse, indflytning og overflytning* har relation til psykiatrien. Det drejer sig især om, at man overser somatisk sygdom eller burde have overflyttet patienten til somatisk behandling langt tidligere.

På de somatiske afdelinger rapporteres om unødvendige overflytninger, mangelfuld information til pårørende og andre samarbejdsparter samt overflytning uden ledsagelse af plejepersonale. I ét tilfælde er en patient indlagt uden at være tilset af en læge, og uden at der er optaget journal. I et andet tilfælde reageres der ikke på faresignaler som desaturation, tiltagende sløvhed samt ændring i Glasgow Coma Score og behandlingsniveauet fastsættes ikke.

CASE: Psykiatrisk patient med somatisk sygdom

En [psykiatrisk patient] bliver indlagt på... en medicinsk afdeling, og skal ligge i bælte... Efter nogle dage vurderes det fra medicinsk afdeling, at patienten er færdigbehandlet (...). Hvorefter [patienten] bliver overflyttet til psykiatrisk afdeling. Der er ikke blevet videregivet meget vigtig information omkring, at patientens [diagnose] var på terminal stadie. Patienten er nu blevet overflyttet til en afdeling, hvor der ikke er mulighed for at give den rigtige behandling... Overflyttes senere tilbage til medicinsk afdeling, derefter til [intensiv afdeling], hvor [patienten] afgår ved døden.

De rapporterede hændelser vedrørende *information/dokumentation* omhandler manglende dokumentation (fx i form af manglende journal samt medicinordinationer), manglende overlevering af information personalet imellem samt manglende og voldsomt forsinket information til patienter (ifm. scanningssvar, der har ligget i systemet i op til 5 måneder før patienten har fået besked). Ligeledes går viden og information tabt, når flere afdelinger eller mange personaler er involveret.

Der rapporteres om manglende *overdragelse af ansvar, herunder ved vagtskifte mv.* og at uklarheder omkring ansvaret for en patient er årsagen til mange af de rapporterede hændelser. Det drejer sig både om uklarheder i forhold til, hvem der har ansvaret for skærmning af en psykiatrisk patient, patientforløb hvor patienten ender som kastebold mellem mange afdelinger, og ingen tager ansvaret for at give patienten besked om den endelige diagnose, og om læger der er fraværende (ferie og kursus) uden at det er afklaret, hvem der så har ansvaret.

Behandling og pleje

Det er i hændelser vedrørende *behandling og pleje*, at der oftest bliver rapporteret en patientskade. Der er rapporteret 1045 hændelser vedrørende behandling og pleje, hvoraf 39 % af hændelserne gav anledning til en patientskade.

Tabel 5

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Mode- rat skade	Alvor- lig skade	Døde- lig
Behandling og pleje	Observation/Erkendelse af kritisk forværring ⁷	174	53	21	2
	Opsporing (diagnostik) og forebyggelse	244	98	25	5
	Tryksår	62	35	2	0
	Øvrige processer	565	132	29	3
I alt		1045	318	77	10

Hændelserne vedrørende *observation/erkendelse af kritisk forværring* omhandler manglende eller forsinket observation af eller reaktion på symptomer på kritisk forværring, herunder TOKS (Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom) og tegn på sepsis. Enkelte hændelser handler om, at den ordinerede behandling ikke gives.

CASE: Manglende observation af symptomer på kritisk forværring

Pt. indlægges... med en blodprop i hjertet. Ved ankomsten TOKSER pt. 4... Der laves ikke en toks ordination og der måles ikke yderligere på pt. før [ca. 1,5 timer senere] hvor der måles blodtryk og saturation. Pt. bliver ustabil og får hjertestop [ca. 3 timer efter ankomst].

I forbindelse med processen *opsporing (diagnostik) og forebyggelse* omhandler hændelserne primært forsinkelser i diagnostik og deraf følgende forsinkelser i behandling. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der ikke bliver bestilt undersøgelser, og at bestilte undersøgelser ikke bliver udført eller at der ikke bliver reageret på undersøgelsesvar. I to hændelser bliver det fremhævet, at det er en udfordring i forhold til diagnosticering, at der ikke er mulighed for at udføre akut EKKO-kardiografi. Desuden er der eksempler på hændelser, hvor der ikke er iværksat forebyggelse, fx i form af hydrering af patienter.

Der har i de seneste år været fokus på forebyggelse af *tryksår* i forbindelse med det landsdækkende projekt Patientsikkert Sygehus. Imidlertid bliver der fortsat rapporteret mange utilsigtede hændelser, der omhandler tryksår. De to alvorlige hændelser, der er

⁷ "Observation" og "Erkendelse af kritisk forværring" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

rapporteret i 2016, omhandler, at patienter udvikler tryksår under indlæggelse eller at et tryksår forværres.

Henvisninger, ind/udskrivelser og medicinlister

Der er rapporteret 1037 hændelser med relation til *henvisninger, ind-/udskrivelser og medicinlister*. Heraf har 17 % givet anledning til patientskade.

Tabel 6

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat skade	Alvorlig skade	Dødelig
Henvisninger, ind/udskrivelser og medicinlister	Henvisning/ visitation	585	78	6	1
	Medicinafstemning	190	25	1	0
	Udskrivning, Udflytning	181	38	6	0
	Øvrige processer	81	15	4	0
I alt		1037	156	17	1

Det rapporteres omkring processerne *henvisning/visitation*, at henvisninger forsinkes, ikke afsendes eller sendes til en forkert instans. Én forsinkelse skyldtes, at patienten ikke henvendte sig til egen læge for at få svar på en prøve, trods aftale herom. Ved returnering af en henvisning (fx pga. lang ventetid) sker det, at denne ved en fejl returneres til egen læge i stedet for til henvisende instans, og derfor bliver patienten ikke sendt til udredning for cancer. Derudover har der været problemer i forbindelse med overgangen til et nyt it-system på ét hospital, hvor henvisninger er gået tabt. Desuden beskrives en hændelse, hvor en patient med hovedtraume i første omgang visiteres til et regionshospital efter konferering med speciallæger. Der går 3 timer og 20 minutter før den endelige diagnose stilles, bl.a. på grund af langsomme overførsler af billeder og lang ventetid på svar fra speciallæger.

CASE: Henvisning når ikke frem

Pt. blev udskrevet... fra sengeafsnit - henvist til fremskudt funktion i ambulatoriet for [psykiatriske lidelser]. Skulle kontaktes efter få hverdage af behandler, men på baggrund af menneskelig fejl ved videresending i EPJ (der kræver en procedure), når henvisningen ikke frem til rette instans. Pt's forældre kontakter afsnittet efter 1 uge, og henvisningen sendes korrekt. Pt. genindlægges dog en uge senere, men suiciderer efter få dage...

Mange af problematikkerne omkring *udskrivning* og *udflytning* går på mangler i overlevering til kommunen, idet der mangler hjælpemidler og kommunikationen er sparsom og mangelfuld. Problematikken omkring manglende kommunikation gør sig især gældende i forhold til psykiatriske patienter, hvor der er flere samarbejdsparter (bl.a. lokalpsykiatri og hjemmepleje). Det resulterer i genindlæggelser og påvirker i alvorlig grad patientens sygdom i negativ retning.

Der beskrives desuden hændelser vedrørende ældre/svage patienter, hvor patienten ved udskrivelse ikke fremstår færdigbehandlet. Fx udskrives en patient med lavt bevidsthedsniveau, ubehandlet lungebetændelse og hvad der senere viser sig at være en blodprop. Det ender derfor med en genindlæggelse.

6. Lokale bidrag om patientsikkerhed

Der er leveret lokale bidrag enten i skemaform eller som et link til egen årsrapport.

Praksissektor

Almen praksis

https://www.sundhed.dk/content/cms/89/95489_aarsrapport_almenlaeger_16.pdf

Speciallæger

https://www.sundhed.dk/content/cms/90/95490_aarsrapport_speciallaeger_16.pdf

Fysioterapi

https://www.sundhed.dk/content/cms/96/95496_aarsrapport_fysioterapeut_16.pdf

Socialområdet

<http://www.social.rm.dk/videnkvalitet/>

Hospitalsenhed Midt

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

Hospitalsenheden Horsens

<http://horsens.intranet.rm.dk/kvalitet/kvalitet-og-patientsikkerhed/patientsikkerhed-og-patientklager/utisigtede-handelser/statistik-pa-uth/>

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
'Hjælp på tværs' Via Klinisk Logistik er det muligt for de enkelte afsnit at efterspørge hjælp fra de øvrige afsnit.	Det er sat i drift på alle sengeafsnit.	Det anvendes løbende ved behov. Både modtagende afsnit og tilgående personale er glade for ordningen.	Det udbredes også til sekretærhjælp
<i>Flowkoordinator</i> For at sikre et endnu bedre flow fra Akutafdelingen og dermed et bedre patientforløb afprøves en flowkoordinator funktion.	Flowkoordinatorfunktionen har fungeret som prøvehandling siden maj 2016.	Jf. data er der - færre dage med overbelægning - færre patienter i lånesenge Bedre samarbejdsrelationer (målt vha. spørgeskemaer)	Det er netop besluttet at sætte funktionen i drift.
<i>Rettidigt ligsyn</i> 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. En regional arbejdsgruppe har udarbejdet en ny retningslinje for indbragte døde samt en ny regional ligblanket	Retningslinje og tåseddel er sat i drift. Retningslinjen er netop godkendt i Klinikforum men er endnu ikke sat i drift	Kapellet melder om færre fejl på tåsedlerne. Ideen med tre gennemslag i tåseddel/ligblanket er medtænkt i den regionale ligblanket	Den nye retningslinje fordrer nye arbejdsgange der skal indarbejdes i 2017

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2016 (både problemer fra UTH, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p><i>Udskrivningsområde</i> Mange UTH fra kommunerne vedrører mangelfulde udskrivningsrapporter og medicinlister</p>	<p>UTH Sikkert Patient Flow</p>	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe, der arbejder med et koncept for et område, hvor færdigbehandlede patienter kan afvente hjemtransport. Dette formodes at bidrage til en bedre udskrivelse, idet patienten flyttes fysisk, og der derfor er større fokus på, at fx medicinlister er gennemgået med patienten. Vi har fået inspiration til dette fra bl.a. Hospitalsenhed Vest.</p>
<p><i>Behandling af sårbare patienter</i> Analysen af en alvorlig utilsigtet hændelse, hvor der ikke blev fulgt rettidigt op på et prøvesvar, idet patienten havde udskrevet sig selv.</p>	<p>UTH</p>	<p>I regi af Sundhedsstrategisk Ledelse i Randersklyngen, har en tværsektoriel arbejdsgruppe udarbejdet et forslag til, hvordan man fremadrettet i højere grad kan tage vare på udsatte borgere med misbrugsproblemer.</p> <p>Der arbejdes videre med</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansættelse af fremskudt behandler i et år Planlagt abstinensbehandling Funktionen udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats afprøves i Syddjurs Kommune Pilotprojekt på hospitalet vedr. Den motiverende samtale
<p><i>IV-medicinering</i> Når der er mange patienter, der skal have IV, kan det ikke nås at give dem alle IV kl. 17. Det betyder, at der ofte kan gå længere tid, hvilket betyder, at patienten ikke får den optimale behandling.</p>	<p>UTH</p>	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe der skal udarbejde et forslag til en tværgående indsats på hospitalet.</p> <p>Der er bl.a. fokus på at overgå til tabletbehandling hurtigst muligt.</p> <p>Ligeledes kører der et forskningsprojekt vedr. brug af antibiotika.</p>

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
<i>Patienter i lånesenge</i> Lånesenge (senge på andre sengeafsnit) kommer i brug, når sengeafsnit ved Kapacitetskonferencen melder overbelægning i det speciale patienten tilhører.	Det er besluttet, at specialepatienter så vidt muligt indlægges i eget speciale – også selv om der er ledig kapacitet i andet speciale. Der er færre patienter i lånesenge
<i>Trykskadeforebyggelse</i> Der er gennemført en opfølgende trykskadeaudit på 154 patienter. Patienternes hud er eftersat og journalen gennemgået på de patienter der havde trykskader.	Der arbejdes videre med resultatet i 2017. Blandt andet kigges der på screeningsredskabet og dokumentation i EPJ med henblik på at gøre det mere brugervenligt og dermed sikre, at det anvendes i højere grad ved de relevante patienter.

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
Optimering af kommunikationen mellem specialerne i komplekse og svære patientsituationer.	"Akut Klinisk Konference", er beskrevet og etableret, så speciallæger fra flere specialer kan kaldes sammen, der hvor diagnosticering og dermed behandlingsplan ikke er entydig. 2.7.1.2 Akut Klinisk Konference, HEV	I 2016 handler 10 ud af 16 dyberegående analyser dog fortsat om overgangsproblematikker, som resulterer i forsinkede patientforløb.	I HEV vil Hospitalsledelsen og relevante afdelingsledelser blive orienteret om alle sådanne sager med henblik på at fastholde ledelsesmæssig fokus og finde smidige og mere patientvenlige arbejdsgange. Overgangsproblematikker er kendt på alle regionens hospitaler, og har ledelsesmæssig bevågenhed både lokalt og regionalt. I første omgang skal problemets omfang kortlægges regionalt.
Brug af ultralydsscanning skal anerkendes og optimeres i akutafdelingen	Samarbejdende afdelinger er orienteret om brug af ultralydsscanning i akutafdelinger.	Er sket	
Minimere risikoen for at fastlåse sig	Casen har været anvendt i lægekollegiet med en	Er sket	

i en bestemt diagnostisk retning	påmindelse om, at der med til en objektiv undersøgelse af en patients abdomen også hører en gennemgang af lyskeområdet og ingvinalkanalerne.		
Alle patienter, der får i/v antibiotika, skal spørges om allergi, hver gang der hænges medicin op.	Afdelingen laver lokal tilføjelse i den regionale retningslinje for lægemiddeladministration og desuden en tilføjelse i den lokale instruks 2.9.3.5 Medicinadministration i Ort. HEV Gør en ekstra indsats for, at alle sygeplejersker kender og efterlever den nye praksis	Er sket	
Der bør foreligge entydige vejledninger i, hvilke type scanning der kan tilbydes kritisk syge patienter i HEV	Casen har været anvendt internt i Rtg. afdelingen mhp. at sikre intern kommunikation og overensstemmelse med vejledning til afdelingerne.	Er sket	
Højkoncentrerede infusionsvæsker fjernes fra afsnittes standardliste i MEM Sygeplejersker skal administrere efter den ordination, der ligger i MEM. Sygeplejersker og andre skal reagere, når og hvis en ordination ser forkert ud.		Er sket	

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2016 (både problemer fra UTH, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Interne og eksterne overgange – kommunikation, koordination, ansvarsfordeling	10 ud af 16 dyberegående analyser handlede om overgangs-problematikker og resulterede i forsinkede patientforløb.	Overgangsproblematikker er kendt på alle regionens hospitaler, og har ledelsesmæssig bevågenhed både lokalt og regionalt. I første omgang skal problemets omfang kortlægges regionalt. I HEV vil Hospitalsledelsen og relevante afdelingsledelser blive orienteret om alle sådanne sager med henblik på at fastholde ledelsesmæssig fokus og finde smidige og mere patientvenlige arbejdsgange.
Medicineringsfejl	28 % af de indrapporterede UTH i 2016 vedrørte medicineringsfejl	Fortsat implementering af Min Medicin Med. De nye arbejdsgange udrulles afdeling for afdeling og understøttes af fuldtidsansat projektleder. Hospitalsledelsen genoptager at gå jævnlige patientsikkerhedsrunder, i første omgang med fokus på alle elementer i medicineringsprocessen, herunder FMK, medicinanamnese m.m.
Fastholde fokus på arbejdet med patientsikkerhed, særligt blandt læger.	Erfaringer viser, at der er udfordringer i at få læger inddraget tilstrækkeligt i patientsikkerhedsarbejdet, herunder at få delt viden på tværs.	Der har været afholdt staff-meeting omkring patientsikkerhed (ca. 100 læger deltog) Tilbagemeldinger fra staff-meeting medførte bl.a. en revision af retningslinjen for organisering af patientsikkerhedsarbejdet samt nye funktionsbeskrivelser for nøglepersoner med tydeliggørelse af ansvarsområde. Desuden medførte det fælles drøftelser af, hvordan DPSD-systemet kan anvendes bedst muligt.

<p>Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?</p>	
Tidligere handleplan	Status
<p>Indsatsområder og handleplaner, som vedrører flere afdelinger, bliver typisk drøftet i fora, hvor alle afdelingsledelser er repræsenteret (Kvalitetsrådet, afdelingsledelseskredsen, driftsrådet for den akutte patient, OP driftsrådet mv.)</p>	<p>Afholdelse af Staff-meeting (ca. 100 læger deltog) omkring patientsikkerhed. Tilbagemeldinger fra staff-meeting medførte bl.a. en revision af retningslinjen for organisering af patientsikkerhedsarbejdet samt</p>

I 2016 satses der på også at præsentere og drøfte udvalgte områder på et årligt staff-meeting	nye funktionsbeskrivelser for nøglepersoner. Desuden medførte det fælles drøftelser af, hvordan DPSD-systemet kan anvendes bedst muligt.
---	--

Aarhus 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
TOKS- manglende eller rettidig reaktion på vitale værdier	<p>Følgende tiltag er iværksat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problematikkerne omkring anvendelse af TOKS skulle viderebringes til Lederforum for Kvalitet med henblik på en fælles regional indsats og koordinering, men denne beslutning blev overhalet af EPJ-styregruppen, som er i gang med at planlægge en forbedring af TOKS' funktionalitet og muligheden for patientnær dokumentation. • Der er nedsat to regionale arbejdsgrupper: TOKS-arbejdsgruppen og Mobil observations-gruppen. Begge grupper har udarbejdet forslag til ændrede funktionaliteter, som skal forlægges It-leverandøren for at afgøre, hvad der er muligt at gennemføre. • Der skal planlægges en undervisningsindsats, når TOKS 2 versionen er ved at være klar. Det forventes dog ikke at være i 2017. 	Det er endnu ikke muligt at måle effekt på nogle af tiltagene.	Der er for nuværende ikke planlagt yderligere indsatser
Patientsikkerhed	Tidsplanen for flytninger af	Det er endnu ikke	Risikotemaet

<p>ved udflytning til det nye hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser ved omlægning af patientforløb • Voksdugsprocesser i afdelingen, hvor de nye koncepter demonstreres for medarbejderne • 1:1 simulering af arbejdsgange • Brug af "flyttepatientsikkerheds-liste" • Afdelingsledelsen anbefales at gå patientsikkerhedsrunde 	<p>planlagte afdelinger i 2016 er rykket væsentligt, så kun én paraklinisk afdeling er flyttet i 2016. Det betyder, at flere tiltag ikke har været afprøvet.</p> <p>Flere afdelinger har lavet voksdugsprocesser.</p> <p>Flyttepatientsikkerhedstjeklisten inden indflytning er endnu ikke anvendt, da ingen klinisk afdeling er flyttet i 2016.</p>	<p>muligt at måle effekt på nogle af tiltagene</p>	<p>anbefaler nye tiltag i 2017, se under problemstilling er i 2016.</p>
<p>Diagnostik og behandling Det kliniske skøn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af regelmæssige casebaserede møder, hvor læger og sygeplejersker og andet personale drøfter patientforløb med fokus på læring. 	<p>Det har ikke været muligt at implementere regelmæssige casebaserede møder, hvor læger, sygeplejersker og andet plejepersonale drøfter patientforløb på hospitalsniveau.</p> <p>I enkelte afdelinger arbejdes der dog med Morbidity & Mortality konferencer.</p> <p>Hospitalsledelsen nedsatte en tværfaglig arbejdsgruppe, der skulle komme med forslag til, hvordan der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til det kliniske skøn.</p> <p>Arbejdsgruppen præsenterede sit udspil for Kvalitetsrådet i efteråret. Her blev det besluttet at indkalde Hospitalsledelsen til et møde, hvor den endelige beslutning skal tages i forhold til, hvordan der kan udvikles tværfaglige redskaber til udøvelse af det kliniske skøn.</p>	<p>Det er ikke muligt at måle nogen effekt på tiltaget</p> <p>Møde bliver først afholdt i løbet af de første måneder af 2017, da den sygeplejefaglige direktør først er ansat medio januar 2017.</p>	<p>Kvalitetsrådsmøde.</p>
<p>Nye analyseformer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortsat afprøvning af reviewteam og Mortality & 	<p>1. Afprøvning af review – en uvildig faglig vurdering af et patientforløb, der ikke er forløbet som forventet, fx et</p>	<p>Det er ikke muligt at måle nogen effekt på tiltaget</p>	<p>Risikotemaet ønsker fortsat at afprøve andre metoder til</p>

<p><i>Morbidity konferencer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Afprøvning af andre metoder</i> 	<p>uventet dødsfald, en uventet overflytning til intensiv afdelinger eller blot et forløb, hvor der er usikkerhed om kvaliteten af de faglige ydelser. Der har været gennemført to review, som prøvehandlinger i Akutcentret på to patientforløb (alvorlige utilsigtede hændelser). Afprøvningen viste, at der er behov for at se nærmere på, hvordan et review kan gennemføres systematisk, og hvordan der kan gives tilbagemelding til de involverede sundhedsprofessionelle og deres ledelser på en måde, så det bidrager til både individuel og fælles læring.</p> <p>2. Mortality & Morbidity er afprøvet som et supplement til analyser af alvorlige utilsigtede hændelser i enkelte afdelinger. Disse afdelinger har delt deres erfaringer med andre ansatte på hospitalet på en intern patientsikkerhedstemadag.</p>		<p>analyse af alvorlige UTH.</p> <p>Hospitalsledelsen overvejer at besøge Mayo klinikken i USA for at få yderligere inspiration til anvendelse og metode for review.</p>
--	--	--	--

Psykiatrien

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
<p>Spredning af pakker i Sikker Psykiatri</p> <p>Regionspsykiatrien Viborg og Horsens deltager i Projekt Sikker Psykiatri.</p> <p>I 2016 er arbejdet med at sprede pakken vedr. medicinering til Regionspsykiatrien Randers.</p>	<p>Der arbejdes fortsat på at få stabile arbejdsgange i processer på projektafdelingerne samt få udviklet prototyper, som kan spredes med mulighed for tilpasning fra afdeling til afdeling.</p>	<p>Konkrete effekter følges i seriediagrammer lokalt i de deltagende afdelinger.</p>	<p>Evt. yderligere spredning.</p> <p>Spredning af metoden at arbejde med forbedringsmodellen.</p>
<p>ISBAR</p>	<p>Der arbejdes i start</p>	<p>Mere sikker</p>	

<p>Der er i 2016 udarbejdet et e-læringsprogram i Regionspsykiatrien Midt og Vest, som kan bruges fællespsykiatrisk.</p> <p>Der er i Regionspsykiatrien Midt udarbejdet en håndbog og ISBAR-blokke med udgangspunkt i udgave fra dansk Selskab for Patientsikkerhed modificeret til psykiatrien.</p>	<p>2017 på en fællespsykiatrisk retningslinje og herefter udbredelse af blokke og håndbog.</p> <p>E-læringsprogrammet udkommer først i 2017.</p>	<p>kommunikation</p>	
<p>Forenkling af fællespsykiatrisk retningslinje for selvmordsrisikovurdering og tilsvarende SFI samt udarbejdelse af flowchart og actioncard samt e-læringsprogram</p>	<p>Revideret retningslinje har været i høring i psykiatrien. Udkast til SFI netop godkendt i fællespsykiatrisk dokumentationsråd. Flowchart og actioncard næsten færdige.</p> <p>Opstart på udarbejdelse af e-læringsprogram januar 2017.</p> <p>Implementering først i 2017.</p>	<p>Forbedret vurdering af selvmordsrisiko ved at opretholde systematik og styrke samlet faglig vurdering</p>	<p>Evt. revision af den regionale retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko.</p>
<p>Tværasektoriel audit for retslige patienter, der udgør en særlig risiko.</p> <p>Fokusgruppeinterviews samt journalaudit.</p>	<p>Audit er foretaget. Der skal i retspsykiatrisk arbejdsgruppe tages stilling til evt. tværasektorielle tiltag på området.</p> <p>Retspsykiatriske ambulatorier arbejder med implementering af fund lokalt.</p>	<p>Der har været fremgang i resultater på journalaudit fra 2015 til 2016 lokalt i forhold til opfyldelse af fællespsykiatriske retningslinjer på området.</p> <p>Der er endnu ikke fulgt op på effekt på det tværasektorielle område.</p>	<p>Ny audit i 2017.</p>

Forenkling og forbedring af retningslinjen omkring epikriser i psykiatri og social	<p>To tværsektorielle journalaudits er gennemført.</p> <p>Undervejs er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En revideret retningslinje, som er på vej i høring - en teknisk understøttelse, som skal sikre rette data i epikrisen - 2 små film "hvad er den gode epikrise?" 		
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2016 (både problemer fra UTH, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) • Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>Problematikker vedr. interne og eksterne akutte henvisninger, der sendes til forkerte lokationer.</p>	<p>Akutte henvisninger til psykiatrien skal ikke sendes til PCV, men til forskellige lokationsnumre i psykiatrien.</p>	<p>Opfølgning på risikoområder identificeret i dybdegående analyse for flere hændelser internt i psykiatrien (analyse foretaget midt januar 2017)</p> <p>Opfølgning på risikoområder identificeret i dybdegående analyse mellem psykiatri og praktiserende læger, som foretages i februar 2017</p>
<p>Selv mord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling.</p>	<p>De alvorligste utilsigtede hændelser i psykiatrien er selvmord og uventede dødsfald. I 2016 har været 10 selvmord i psykiatrien under indlæggelse.</p>	<p>Aggregeret analyse af selvmord for indlagte og ambulante patienter i januar 2017 på en afdeling i psykiatrien i Region Midtjylland.</p> <p>Resultatet fra den aggregerede analyse er endnu ikke færdigbehandlet. Når resultatet foreligger, implementeres risikoområder og deraf udledte forbedringer lokalt i afdelingen, mens PS administrationens kvalitetsafdeling er ansvarlig for, at fællespsykiatriske tiltag formidles og implementeres i øvrige afdelinger i psykiatrien.</p> <p>Derudover vurderes behovet for yderligere aggregerede analyser i psykiatrien øvrige afdelinger.</p>

Præhospitalet

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. Yderligere arbejdes der hen imod en fælles regional retningslinje for overdragelse, hvor kommunikationen bl.a. centrerer om en fast algoritme
Radiokommunikation	Stadig i proces	Diverse tiltag ift. øget fokus på brugen af radiokommunikation har skabt mere ensartet praksis og mere direkte kommunikation.	Arbejdet fortsættes i 2017, og der vil bl.a. blive igangsat et projekt omkring kommunikations-træning, herunder radiokommunikation.

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2016 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Bestilling af transport	UTH'er	Der ses jævnligt utilsigtede hændelser med baggrund i forkert bestilling af transport, hvor fx en patient, der har brug for behandling, køres i en liggende sygetransport (uden mulighed for behandling og overvågning). Præhospitalet har derfor påbegyndt et arbejde med at understøtte bestillingen og hjælpe til at få den rette patient i den rette transport. Dette er bl.a. sket igennem ændring i spørgeguiden i AMK-vagtcentralen, udarbejdelsen af en ny regional retningslinje for anmodning om transport samt et tæt samarbejde om problematikken med praksis-koordinator og praksis.
Samarbejde i overgange	UTH'er	Præhospitalet har en stor samarbejdsflade på tværs

		af regionsgrænser og sektorgrænser. I overgangene ses der ofte utilsigtede hændelser, hvorved der i 2016 er sat øget fokus på netop samarbejde i overgangene. Der er bl.a. indledt et tværregionalt samarbejde omkring ulykker og store hændelser på tværs af regionsgrænserne, der er afholdt flere fælles dybdegående analyser med politiet, forsvaret og kommuner, og der har været et generelt fokus på at give et øget kendskab til Præhospitalet.
Kommunikation mellem de præhospitale enheder	UTH'er	Flere analyser af utilsigtede hændelser har vist et behov for, at der sættes fokus på sikker entydig kommunikation imellem de Præhospitale enheder, herunder AMK-vagtcentralen, ambulancerne, sygetransporterne, Akutbilerne, Akutlægebilerne og akutlægehelikopteren. Der er behov for at træne den daglige tele- og radiokommunikation og videregivelse af patientnæredata på en entydig måde, så alle involverede "taler samme sprog" og på en klar og tydelig måde kan kommunikere om situationens alvorlighed og behovet for hjælp ved meget akutte situationer. På baggrund heraf er der nedsat en arbejdsgruppe, som primo 2017 igangsætter det videre arbejde.

7. Bilag

Bilag 1: Antal rapporterede utilsigtede hændelser

Der blev rapporteret 11.825 hændelser i 2016. Af de 11.825 hændelser blev 535 hændelser enten slettet eller afvist. Typiske årsager er fx, at en hændelse rapporteres flere gange eller mangler de nødvendige informationer for at sagen kan behandles. Andelen af slettede/afviste sager er 5 %, hvilket svarer til tidligere år. I tabellen herunder ses en fordeling af antallet af rapporterede hændelser på lokationer.

Tabel I

Antal rapporterede hændelser 2016		
Sektorer	Hospitalsenhed/lokation	Rapporteret
Hospitalsenhed	Ukendt⁸	7
	Somatiske hospitaler	7899
	Psykiatrien	827
	Service og administrative funktioner	44
Anden regional	Præhospital	266
	Apoteker	112
	Praksissektoren⁹	1344
	Regionale botilbud (socialområdet)	1326
Hele Region Midtjylland		11825

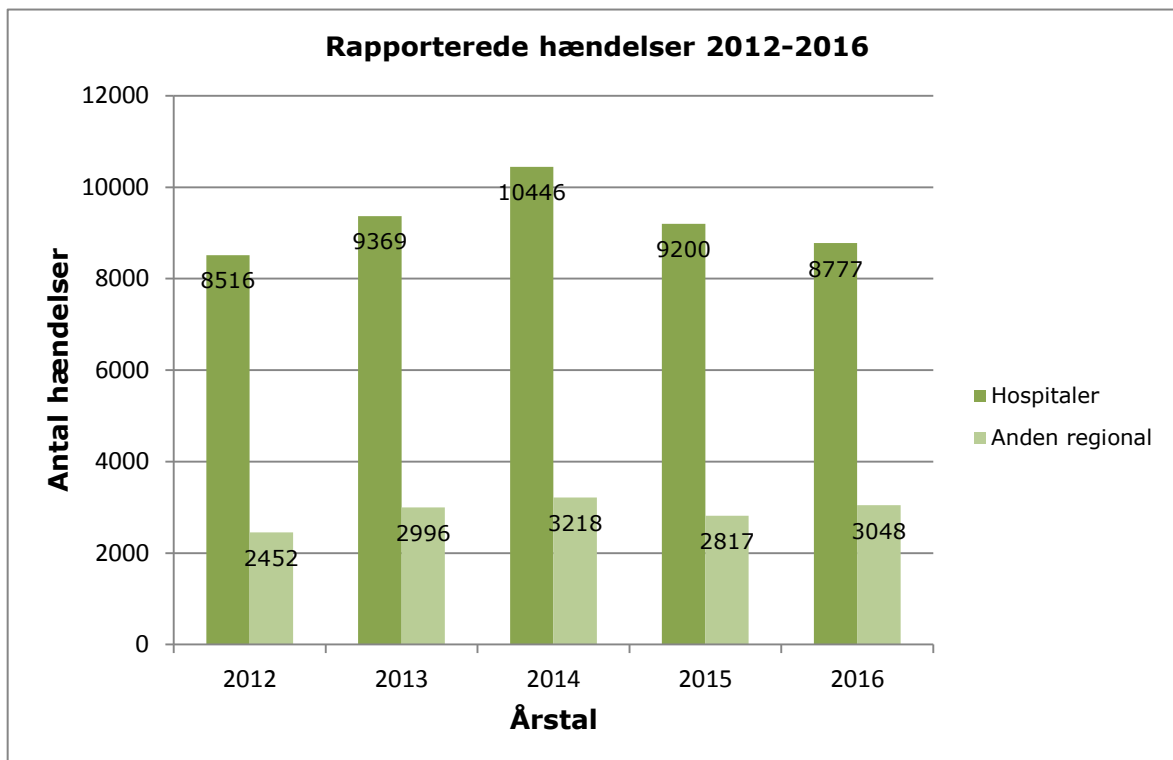
⁸ Hændelserne med ukendt/ikke-kategoriserbar hospitalsenhed dækker over: Midttransport (5 hændelser), Digital Post/doc2mail (1 hændelse), hospitalslæge der bruger ordinationsretten udenfor ansættelsessted (1 hændelse).

⁹ Praksissektoren dækker over: Praktiserende læger (almen praksis), terapeuter og kiropraktorer, tandlæger og tandplejere, speciallæger, praktiserende jordemor, psykologer og vagtlægeordningen.

Bilag 2: Udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser

Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser har i en årrække været kraftigt stigende, men i 2015 faldt antallet af rapporterede hændelser for første gang med 12 %. Dette gjorde sig gældende for både hospitaler og øvrige regionale områder. I 2016 faldt antallet af rapporterede UTH for hospitalerne med yderligere 5 %. Diagrammet herunder viser udviklingen i antallet af UTH fra 2012 til 2016.

Diagram I



De regionale områder har alene kunnet rapportere UTH siden september 2010, hvorfor der gerne skulle ske en stigning i antallet af rapporterede hændelser på de fleste områder. Det gælder særligt for praksissektoren, fordi andelen af rapporterede hændelser står i stor kontrast til antallet af konsultationer i fx almen praksis og hos speciallæger. I 2016 er der sket en stigning på 8 % i forhold til 2015. En del af årsagen er formentlig, at almen praksis aktuelt er i færd med at blive akkrediteret for første gang. Patientsikkerhed via rapportering og opfølgning på UTH er en del af standarderne i 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis.¹⁰ Dette bliver underbygget af, at antallet rapporterede hændelser fra almen praksis er steget med 15 % fra 2015 til 2016.

¹⁰ jf. DDKM for almen praksis standard 1.3 (<http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/almen-praksis/standards%C3%A6t/-/Kvalitet%20og%20patientsikkerhed/1-3>)

Bilag 3: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper

Tabellen herunder viser fordelingen af rapporterede hændelser på hændelsestyper i 2016. De fem hændelsestyper, der hyppigst gav anledning til rapportering af en UTH i 2016 er markeret med gult i tabellen. Disse fem hændelsestyper stod for godt 3/4 af alle de rapporterede hændelser i 2016. Den hændelsestype, der har givet anledning til flest rapporteringer i 2016 er medicinering herunder væsker. Lidt over 1/3 af hændelserne var af denne type i 2016. Den samlede fordeling af hændelser på hændelsestyper er nogenlunde den samme som tidligere år.

Det er relevant at bemærke, at der i forbindelse med opgørelsen er trukket data på de sager, der blev *afsluttet* i 2016. Hændelsestypen angives af rapportøren, men kan tilrettes af sagsbehandleren undervejs. Derfor gennemføres dataudtræk på sager afsluttet i 2016 for at sikre et mere retvisende billede.

Tabel II

Hændelsestyper - afsluttede sager 2016		
Hændelsestyper (afsluttede sager: 11381)	Antal sager	I procent
Anden utilsigtet hændelse	606	5,3%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	7	0,1%
Behandling og Pleje	1045	9,2%
Blod og blodprodukter	75	0,7%
Gasser og luft	20	0,2%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	1037	9,1%
Infektioner	35	0,3%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	203	1,8%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	158	1,4%
Medicinering herunder væsker	3973	34,9%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	302	2,7%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	1386	12,2%
Patientidentifikation	360	3,2%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	367	3,2%
Præhospital behandling	24	0,2%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1386	12,2%
Selvskade og selvmord	68	0,6%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	292	2,6%
Teknisk disponering	37	0,3%
Totalt antal klassifikationer	11381	100%

Bilag 4: Alvorlighedsgraden af afsluttede utilsigtede hændelser

Alvorlighedsgraden af UTH angives som den *faktuelle skade* som patienten blev påført ved hændelsen. I tabel III beskrives de enkelte kategorier.

Tabel III

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	Permanent skader, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig.

I tabel IV vises alvorlighedsgraden af hændelserne fordelt på lokationer. Fordelingen af hændelser på alvorlighedsgrader er nogenlunde den samme som tidligere år, 18 % af hændelserne har givet anledning til en patientskade¹¹.

Tabel IV

Alvorlighedsgraden af de afsluttede hændelser 2016					
Lokation	Ingen	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospitalsenhed¹²	4	2	1	0	0
Somatiske hospitaler	4161	1740	1300	200	23
Psykiatrien	401	183	111	39	41
Service og administrative	34	7	9	2	0
Præhospital	140	40	31	26	3
Apoteker	66	26	15	0	0
Praksissektoren	681	463	168	15	11
Regionale botilbud	1077	330	29	1	1
Hele Region Midtjylland	6564	2791	1664	283	79
I %	57,7%	24,5%	14,6%	2,5%	0,7%

I forbindelse med opgørelsen af alvorlighedsgraden af hændelser i 2016 er der trukket data på de sager, der blev *afsluttet* i 2016. Rapportørerne angiver ofte den potentielle alvorlighedsgrad af en hændelse i stedet for den faktuelle alvorlighedsgrad. Sagsbehandlerne har pligt til at ændre alvorlighedsgraden, hvis rapportøren ikke har angivet alvorlighedsgraden efter den faktuelle skade. Det betyder, at alvorlighedsgraden i nogle tilfælde bliver ændret i løbet af sagsbehandlingen. Det bør derfor give et mere retvisende billede af den faktuelle alvorlighedsgrad at trække data på afsluttede sager.

¹¹ Hændelser med en patientskade defineres som antallet af moderate, alvorlige og dødelige hændelser, der er karakteriseret ved, at hændelsen som minimum gav anledning til en øget behandling af patienten.

¹² Hændelserne med ukendt/ikke-kategoriserbar hospitalsenhed dækker over: Midttransport (5 hændelser), Digital Post/doc2mail (1 hændelse), hospitalslæge der bruger ordinationsretten udenfor ansættelsessted (1 hændelse).