

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2017

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Region Midtjylland, Koncern Kvalitet, Strategisk Kvalitet

Udgivet maj 2018, version 2

Der er foretaget en gennemskrivning af cases samt tilføjet et par links under kapitel 6 til lokale rapporter.

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.rm.dk

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Definition og brug af utilsigtede hændelser (UTH)	7
3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde	9
Ny Sundhedslovs betydning for det regionale arbejde	9
Aktindsigt i utilsigtede hændelser	10
UTH i sektorovergange vedr. medicineringskvalitet	10
Uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb	11
Sektorovergange i det TværSektorielle Netværk for UTH i sektorovergange (TSN)	11
Fælles indsatsområder i Region Midtjylland	12
Årligt patientsikkerhedsgrundkursus og –konference	12
Samarbejde med regionale enheder	12
Sundhedsjournalen	13
UTH vedrørende Fragmin	13
Infektionshygiejne	14
Det nationale patientsikkerhedsarbejde	16
Det risikobaserede tilsyn	16
Samlerapportering og rapporteringspligt	17
Erstatnings-CPR-numre	18
4. Hvad rapporterer patienter og pårørende om?	19
Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende	19
Patientforløb – tilrettelæggelse og flow	20
Behandling og pleje	20
Overlevering af information, ansvar og dokumentation	21
Kirurgisk behandling, herunder anæstesi	22
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	22
Medicinering, herunder væsker	23
5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med en patientskade i 2017	24
Medicinering herunder væsker	25
Henvisning, ind/udskrivelse og medicinlister	26
Behandling og pleje	27
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	29
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	32
Beskrivelse af sagsopfølgninger i rapporterede UTH	33
6. Lokale bidrag om patientsikkerhed	35
Hospitalsapoteket	35
Hospitalsenheden Horsens	35
Hospitalsenhed Midt	35
Praksissektor	35
Almen praksis	35
Psykiatrien	35
Socialområdet	35
Regionshospitalet Randers	36
Hospitalsenheden Vest	39

Aarhus Universitetshospital.....	40
Præhospitalet.....	42
7. Bilag	44
Bilag 1: Kriterier for dataudtræk	44
Bilag 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser.....	45
Bilag 3: Udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser	46
Bilag 4: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper.....	48
Bilag 5: Alvorlighedsgraden af afsluttede utilsigtede hændelser	49

1. Indledning

Formålet med denne Regionale Patientsikkerhedsårsrapport er at sammenfatte de gennemgående mønstre og tendenser i de hændelser, der ses på tværs af hospitalerne, psykiatri og socialområdet, præhospitalet samt praksisområdet og apoteker i Region Midtjylland. Rapporten beskriver derfor nogle af de emner, der i løbet af året har været genstand for særlig opmærksomhed.

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.

Årsrapporten anvendes løbende til at fortælle om UTH og patientsikkerhed i Region Midtjylland, når organisationen får spørgsmål internt og fra eksterne parter. Som noget nyt har vi på baggrund af Patientsikkerhedsårsrapporten 2016 fået Lederforum for Kvalitet, hvor alle hospitalsledelser er repræsenteret, til at vedtage fælles indsatsområder for patientsikkerhed. Der sættes således særligt fokus på TOKS og TOBS i 2018.

Patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland er lokalt forankret på hospitalerne, hvor også opfølgningen på de konkrete UTH sker. Patientsikkerhedsarbejdet foregår i et samspil med bl.a. praktiserende læger og kommuner i klyngesamarbejdet. Den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport 2017 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.

Strategisk Kvalitet, der er en del af Koncern Kvalitet i Region Midtjylland, understøtter driften af [den Regionale Patientsikkerhedsgruppe](#) og [det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektoroverganges koordinationsgruppe \(TSN-koordinationsgruppen\)](#) bl.a. via sekretariatsbetjening. Ved at gennemføre regionale UTH-udtræk og sammenfatninger af UTH i forhold til konkrete emner ses på mønstre og tendenser, der er med til at temasætte og understøtte drøftelser på regionale møder eller som input til det lokale arbejde med patientsikkerhed på hospitalerne mv. Strategisk Kvalitet er således med til at sætte fokus på fælles problemstillinger. Endvidere er Strategisk Kvalitet repræsentant for Region Midtjylland i Styrelsen for Patientsikkerheds nationalt nedsatte grupper vedr. patientsikkerhed mv.

Sammenfatninger af UTH i regionen udsendes fx også til hospitalerne i forlængelse af OBS-meddelelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed for at understøtte relevansen af de omhandlede problemstillinger. Desuden leveres fx UTH-udtræk til specialistgrupperne under den Regionale Lægemeddelkomité, så de får kendskab til særlige risici. I 2017 har der bl.a. været leveret UTH-udtræk angående insulin mv. til behandling af diabetes.

Det konkrete patientsikkerhedsarbejde og dermed opfølgning på UTH foregår lokalt på hospitalerne.

Patientsikkerhedsårsrapporten for 2017 udgives senest i starten af april 2018 – [se tidligere årsrapporter](#).

Vedr. TSN-kordinationsgruppen er der oplysninger på [hjemmesiden vedr. Sundhedsaftalen](#), hvor tidligere årsrapporter til og med 2015 og referater også kan findes.

Årsrapporten for 2017 er inddelt i følgende kapitler, der hver især bidrager til det samlede billede af gennemgående problemstillinger:

- Kapitel 2 definerer UTH samt hvad de kan og ikke kan bruges til.
- Kapitel 3 vedrører det regionale patientsikkerhedsarbejde og nogle af de temaer, der har været fokusområder i 2017.
- Kapitel 4 behandler de områder, som patienter og pårørende rapporterer som UTH.
- Kapitel 5 ser på de gennemgående problemstillinger i de hændelsestyper, der ofte gav anledning til en patientskade i 2017, 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: Kriterier for dataudtræk.
- Bilag 2: Antal rapporterede UTH fordelt på hospitaler og øvrige regionale områder.
- Bilag 3: Udvikling i antal rapporterede UTH.
- Bilag 4: Fordeling af behandlede UTH på hændelsestyper.
- Bilag 5: Fordeling af behandlede UTH på alvorlighedsgrader.

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

2. Definition og brug af utilsigtede hændelser (UTH)

Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser er en hjørnesten i arbejdet med patientsikkerhed i Danmark. Det er et grundlæggende princip i rapporteringsordningen, at systemet er sanktionsfrit, og at oplysninger om rapportør og hændelse skal beskyttes. Det betyder bl.a., at ingen oplysninger fra rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser (Dansk Patientsikkerhedsdatabase, DPSD) bliver brugt i tilsynssager i Styrelsen for Patientsikkerhed. (citat fra STPS' hjemmeside 'Sådan beskyttes oplysninger fra rapporterede utilsigtede hændelser', 23.01.18)

En stor del af patientsikkerhedsarbejdet er koncentreret om 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. Dette sker både lokalt, regionalt og på nationalt niveau.

Rapportering af UTH kan imidlertid *ikke* bruges til at *måle patientsikkerheden*. 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.

Ovenstående punkter illustrerer, at der ikke er tale om et *statistisk validt materiale*. Udover, at tallene hverken kan bruges til at sammenligne regioner, hospitaler eller afdelinger mv., så kan de heller ikke bruges til at måle om patientsikkerheden er forbedret henover årene på fx et hospital eller en afdeling. Det skyldes netop, at antallet af rapporteringer ikke viser, hvor meget der reelt sker, men kun hvor meget der rapporteres. Hvis der er en god *rapporteringskultur*, så kan et højt antal UTH dog være et udtryk for, at afdelingen eller hospitalet finder det meningsgivende og brugbart at arbejde med UTH. Arbejdet kan derfor være med til at *øge patientsikkerhedskulturen*, fordi der gives mulighed for at tale åbent om de risici for patientsikkerheden, der findes på hospitalet eller i afdelingen mv. Dette kan i sig selv være med til at øge patientsikkerheden, men den kan ikke måles gennem antallet af rapporteringer.

¹ [Sundhedsloven § 198, stk. 4.](#)

Rapporteringssystemet for UTH er således alene velegnet til at identificere problemstillinger, indsamle viden og drage læring. I arbejdet med UTH bør der være fokus på, *hvad* der rapporteres, snarere end *hvor meget* der rapporteres. Internationalt anbefales, 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.

3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde

Fra 2017 styrer Region Midtjylland på sundhedsområdet efter det nye målbillede: »Et sundhedsvæsen på patientens præmisser«. Målbilledet afløser styring efter DRG-værdi og sætter rammerne for arbejdet med de nationale mål. Det nye målbillede kobler relevant aktivitet, god økonomi og høj kvalitet, så vi opnår mest mulig sundhed for de ressourcer, vi har til rådighed. Målbilledet er vedtaget af regionsrådet i 2016. Arbejdet med patientsikkerhed og UTH har bl.a. mulighed for at bidrage med identifikation af risici i forhold til de fastlagte målsætninger.

Det lokale patientsikkerhedsarbejde er forankret i ledelsessystemet på både hospitals- og afdelingsniveau, da der er risikomanagere på alle hospitaler og patientsikkerhedsnøglepersoner på alle afdelinger, som sørger for at holde ledelsen orienteret om relevante UTH og problemstillinger. De nationale mål betyder tilsvarende, at ledelserne har fokus på patientsikkerhed på nogle konkrete områder. Strategisk Kvalitet sikrer, at det lokale arbejde bindes sammen via Den Regionale patientsikkerhedsgruppe, der hører under Kvalitetschefkredsen og Lederforum for Kvalitet. Dermed sker vidensdeling med fokus på eventuelle fælles tiltag, der skal have øget ledelsesmæssig bevågenhed. Den ledelsesmæssige forankring på afdelings-, hospitals- og regionalt niveau er altafgørende for vidensdeling og drøftelse af særlige problemstillinger.

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 og problemstillinger, der i fællesskab arbejdes med på tværs af hospitaler og i sektorovergange.

Ny Sundhedslovs betydning for det regionale arbejde

Sundhedsloven blev ændret den 1. juni 2017, hvilket bl.a. betød, at mulighederne for at indhente og videregive oplysninger fra journalen i forbindelse med UTH-analyser og andet kvalitetsarbejde blev lovfæstet.² Regionssekretariatet udsendte i den forbindelse en pixi-guide om ændringerne i Sundhedsloven, og Kvalitetschefkredsen har udarbejdet en retningslinje, der skal understøtte håndteringen i dagligdagen.

Lovændringen har formelt set betydet, at den enkelte sagsbehandler og risikomanager kan indhente oplysninger på tværs af hele patientforløbet, når det er nødvendigt i forbindelse med en UTH-analyse. Formuleringen af, hvem der kan indhente oplysninger i journalen til brug for UTH-analyser, er dog uklar, hvilket indtil videre har betydet en restriktiv fortolkning, hvor indhentningen kun kan ske ved autoriserede sundhedspersoner. En nærmere afklaring fra Sundhedsministeriet afventes fortsat. Det er desuden et krav, at der foreligger en tilladelse fra hospitalsledelsen, der skal kunne fremvises ved forespørgsel fra myndighederne.

² Lovændringen vedr. UTH-arbejdet er indsat i [Sundhedslovens § 198 stk. 3](#) og [§ 43 stk. 2 nr. 5](#).

Aktindsigt i utilsigtede hændelser

Region Midtjylland og hospitalerne oplever jævnligt at få henvendelser fra patienter, pårørende, arbejdstilsynet og journalister m.fl., der ønsker aktindsigt i utilsigtede hændelser. Dette var også tilfældet i 2017, hvor der bl.a. har været forespørgsler om aktindsigt fra flere journalister.

Loven angiver, at oplysninger om enkeltpersoner, der indgår i en rapportering af en UTH, er fortrolige, jf. Sundhedslovens § 200. Fortroligheden gælder både for rapportøren, øvrige involverede sundhedspersoner samt patienter og pårørende. Der vil derfor sjældent kunne udleveres informationer omkring indholdet i konkrete UTH. Det gælder i endnu højere grad, hvis en henvendelse drejer sig om en UTH rapporteret i et konkret hændelsesforløb, hvor det i så fald vil være umuligt at anonymisere hændelsen.

Anonymitetshensynet betyder, at der som hovedregel alene kan udleveres tal på UTH, men kun i det omfang tallene i sig selv ikke kompromitterer anonymiteten for de involverede. Udlevering af tal er dog også ofte vanskeligt, da retvisende tal på andet end de kategorier, der findes i patientsikkerhedsdatabasen vil være forbundet med en meget stor arbejdsindsats.

Reglerne er ikke altid helt lette at forstå og arbejde med. Det har derfor tidligere været meldt ud, at Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med Danske Regioner ville udarbejde en guide som hjælp til at kunne besvare spørgsmål om aktindsigt. Styrelsen for Patientsikkerhed bad i 2017 Kammeradvokaten om at afklare retsgrundlaget for afgørelser om aktindsigt i UTH. Denne forventes at foreligge i foråret 2018, hvorefter styrelsen udarbejder guiden til regioner og kommuner.

UTH i sektorovergange vedr. medicineringskvalitet

Den Regionale Patientsikkerhedsgruppe aftalte i 2016 at arbejde med udtræk af dybdegående analyser af alvorlige og dødelige hændelser i 2017 over temaet 'medicinering, herunder væsker'. Da der i mellemtiden blev nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe om medicineringskvalitet i regi af Hospitalsapoteket, blev det imidlertid vurderet, at emnet ikke skulle drøftes i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe.

Den tværfaglige arbejdsgruppe har haft til opgave at komme med anbefalinger til indsatser til, hvordan medicineringskvaliteten i Region Midtjylland kan forbedres. Fokus har især været på overgange mellem sektorer og overgange mellem IT-systemer. På den baggrund foretog Strategisk Kvalitet i 1. kvartal 2017 et UTH-udtræk på alvorlige og dødelige hændelser om medicinering i sektorovergange for 2016 som bidrag til arbejdsgruppen vedrørende medicineringskvalitet. Desuden blev hospitalernes risikomanagere spurgt til deres viden om de største risikoområder.

Arbejdsgruppen er nået frem til, at der tegner sig et billede af, at de største udfordringer om medicinering særligt vedrører ajourføring af oplysninger. Det tyder på, at årsagerne til udfordringerne er:

- Oplysninger i FMK er ikke ajourført eller er ikke ajourført korrekt.
- Usikkerhed ved ændringer i medicinering.
- Systemmæssige udfordringer.

Anbefalingerne til indsatser vedrører følgende områder:

- Ajourført og korrekt FMK bør foreligge ved indlæggelse og udskrivelse.
- Fyldestgørende og korrekt medicinanamnese med inddragelse af patientens egen medicin bør foreligge ved indlæggelse.
- Særligt fokus på medicingennemgang på udvalgte patientgrupper.
- Årsager til ændringer i medicin skal være klart formidlet blandt andet fra hospital til patient, almen praksis og hjemmepleje, så man undgår at skabe usikkerhed om oplysningernes korrekthed.
- I epikrisen skal fremgå en plan for medicineringen og begrundelser for ændringer.

Konklusioner og anbefalinger fra arbejdsgruppen vedr. medicineringskvalitet kan findes [her](#).

Uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb

Kvalitetschefkredsen besluttede i 2016, at der på hvert møde i den Regionale Patient-sikkerhedsgruppe skulle dedikeres tid til at drøfte "*uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb*" (patientforløb, der går mellem to eller flere hospitaler eller mellem Præhospitalet og et eller flere hospitaler), hvilket ultimo 2017 blev et fast punkt på møderne. Det giver mulighed for at videns dele om problemstillinger med udgangspunkt i konkrete forløb. Inspirationen har den Regionale Patientsikkerhedsgruppe fra tidligere drøftelser, hvor fx retningslinjer for visitation og behandling af patienter havde været fulgt, men hvor den konkrete situation hos patienten betød, at der burde have været handlet anderledes og med større konduite.

Sektorovergange i det TværSektorielle Netværk for UTH i sektorovergange (TSN)

Overgange er et væsentligt risikoområde i patientens behandling. Der bør derfor vedvarende fokuseres på at sikre det bedst mulige samarbejde mellem sektorerne og koordinering i overgangene, så borgerne oplever et sammenhængende forløb.

I Sundhedsaftalen er det fastlagt, at der i regi af det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN) skal videns deles omkring de UTH, der opstår i sektorovergange. Desuden er der i klyngerne nedsat patientsikkerhedsgrupper, der sikrer det lokale samarbejde om UTH i sektorovergange. TSN mødes i regi af en TSN-koordinationsgruppe med repræsentanter fra hospital eller kommune i klyngerne samt øvrige regionale områder.

Der udarbejdes årligt en TSN-opsamling på baggrund af rapporterede UTH i sektorovergange. Opsamlingen gennemgås på årets første møde i TSN-koordinationsgruppen. Her bliver der set nærmere på de hændelsestyper, hvor der ofte er rapporteret UTH i sektorovergange. Det er dog i første omgang kun alvorlige og dødelige hændelser, der af ressourcemæssige årsager gennemlæses og inddrages i TSN-opsamlingen. På baggrund af TSN-opsamlingen for 2016 blev det besluttet at udarbejde en sammenfatning af moderate, alvorlige og dødelige hændelser vedr. henholdsvis prøvesvar og medicinering. De fundne problemstillinger har bl.a. været relateret til fokusområderne i det risikobaserede tilsyn 2017 og risikosituationslægemidler. Sammenfatningerne er sendt til drøftelse i patientsikkerhedsgrupperne i klyngerne. På den baggrund kan der udvælges indsatser lokalt og deles viden mellem klyngerne regionalt. Der arbejdes videre i 2018.

Fælles indsatsområder i Region Midtjylland

Efter en præsentation af den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport 2016 i Lederforum for Kvalitet blev det i 2017 besluttet, at der for første gang skal være særlige indsatsområder for patientsikkerhedsarbejdet i 2018. Det bliver TOKS (Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom, som er et redskab, hospitalerne anvender til måling af patientens vitale værdier. Redskabet skal sikre, at der reageres, hvis patientens tilstand forværres) og TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom, der er en systematisk registrering af observationer af hverdagsindikatorer. Små ændringer i borgerens normale adfærd kan være tegn på ændringer i borgerens sundhedstilstand). TOBS er særligt relevant for samarbejdet i sektorovergange.

De foreløbige tanker er, at der på samme måde som for de nationale mål skal arbejdes med egne lokale indsatser med det formål at sikre forbedringer på områderne til gavn for patientsikkerheden. Med fælles indsatsområder skærper det også den ledelsesmæssige bevågenhed, idet der vil blive fulgt op på indsatsområderne.

Det er endvidere besluttet, at arbejdet skal tænkes sammen med Sundhedsaftalerne. Kvalitetschefkredsen skal derfor udarbejde et oplæg til, hvordan man skal arbejde med TOKS og TOBS på regionalt niveau, i klyngerne og lokalt på hospitalerne. Arbejdet vil med TOKS vil blive forankret i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe, mens arbejdet med TOBS dagsordenssættes i TSN-koordinationsgruppen.

Årligt patientsikkerhedsgrundkursus og –konference

Region Midtjylland og Region Nordjylland afholder hvert år i fællesskab et patientsikkerhedsgrundkursus, målrettet patientsikkerhedsnøglepersoner i regionerne. Desuden har de to regioner i 2017 for tredje gang afholdt en patientsikkerhedskonference, der har til formål at dagsordenssætte relevante emner, tiltag, metoder og resultater vedrørende patientsikkerhed. På patientsikkerhedskonferencen i 2017 var der temasat åbenhed og erkendelse af fejl. Dette vil også være et tema på konferencen i 2018.

Samarbejde med regionale enheder

Der er de senere år etableret et godt samarbejde med konkrete specialområder i regionen. Det gælder It-afdelingen, Hospitalsapoteket samt Indkøb og Medicoteknik (I&M). Særligt i forhold til I&M er samarbejdet styrket i årets løb ved faste arbejds gange, hvor der hver måned sendes UTH vedr. medicinsk udstyr til I&M. Dermed får afdelingen kendskab til relevante hændelser, der er rapporteret som UTH og som måske ikke er kommet til I&M's kendskab ad anden vej. Desuden kan I&M give tilbagemeldinger til patientsikkerhedsorganisationen om handling på kritiske UTH med medicinsk udstyr. Samarbejdet har særligt vist sig nyttigt, da der i forbindelse med en ny indkøbsaftale i regionen i 2017 opstod problematikker vedr. nye perifere venekatetre (PVK'er), som klinikerne oplevede som kritiske i forhold til patientsikkerheden.

I slutningen af 2017 er der etableret en lignende arbejds gang med månedlige udtræk vedr. hændelser tilknyttet tolkebistand. Disse sendes til regionens Contract Manager Enhed (CME) og tages op på samarbejds møder med leverandøren. Det skal nævnes, at Rigsrevisionen også er opmærksom på området, og er i gang med at se på kvaliteten af tolkebistand. Derfor blev der i forbindelse med Rigsrevisionens forundersøgelse i foråret 2017 også leveret en

sammenfatning af UTH vedr. tolkebestand som bidrag til belysning af problematikker på området.

Sundhedsjournalen

I september 2015 fik borgerne hurtigere adgang til egne sundhedsdata i Sundhedsjournalen, og i september 2017 blev den forsinkede adgang helt ophævet. Helt fra starten af denne udvikling har Strategisk Kvalitet hver måned foretaget et udtræk af UTH, så det kunne følges, om borgernes hurtigere adgang til Sundhedsjournalen ville medføre utilsigtede hændelser. Dette har på intet tidspunkt været tilfældet. Derfor foretages der fra årsskiftet 2017/18 ikke længere udtræk af UTH. Ligeledes er den kliniske arbejdsgruppe, der havde været nedsat for at følge udviklingen, også nedlagt.

UTH vedrørende Fragmin

Den Regionale Lægemeddelkomité besluttede i 2015 at vælge Innohep som 1. valg ved anvendelse af lavmolekylært heparin. Men i efteråret 2016 besluttede Lægemeddelkomiteen, at Fragmin igen skulle være 1. valg frem for Innohep. Blandt andet foranlediget af skiftene mellem præparaterne efterspurgte Hospitalsapoteket og Hospitalsenheden Horsens i slutningen af 2017 et udtræk af UTH vedrørende Fragmin for hele regionen.

Der blev derfor gennemført et udtræk for perioden 1. november 2016 til 8. november 2017. Baggrunden for startdatoen var, at det var på denne dato man vendte tilbage til at anvende Fragmin som 1. valg. I perioden var der 145 relevante UTH vedrørende Fragmin i Region Midtjylland, hvoraf 60 skete på en kirurgisk afdeling (på tværs af specialer). Dette er et relativt højt antal UTH for ét lægemiddel, men ikke overraskende, da flere blodfortyndende lægemidler har karakter af *risikosituationsslægemedler*, hvor der er øget risiko for fejl i behandlingen.

Gennemlæsningen viste, at hovedparten af hændelserne vedrører fejl i forbindelse med skift mellem blodfortyndende præparater. Der er bl.a. eksempler på, at patienter får dobbeltdosis af blodfortyndende medicin, fordi både det gamle og det nye præparat administreres. Flere af hændelserne vedrører desuden problematikker i sektorovergange, hvor udskrevne patienter ikke har fået medsendt Fragmin eller Fælles Medicinkort (FMK) ikke er blevet opdateret.

I forhold til de kirurgiske afdelinger er der desuden nogle specifikke problemstillinger, der gør sig gældende, herunder eksempelvis:

- Fragmin administreres for tæt på operation.
- Manglende ordination eller manglende seponering af Fragmin efter operation.
- Epiduralkateter seponeres for tæt på administration af Fragmin ift. blødningsrisiko.

Som det fremgår af kapitel 5 er blodfortyndende behandling generelt stadig et væsentligt fokusområde.

Infektionshygiejne

Statens Serum Institut (SSI) anslår, at 7-10 % af alle indlagte patienter i Danmark, svarende til ca. 60.000 patienter årligt, får en hospitalserhvervet infektion under indlæggelse. SSI vurderer, at det er muligt at nedbringe antallet af hospitalsinfektioner med op til 20 %.

Det er ikke muligt at beregne, hvad hospitalsinfektioner koster det danske sundhedsvæsen og samfund, men infektionerne medfører en større belastning i form af forringede og tabte leveår end influenza gør. Dette understreger behovet for en indsats for forebyggelse.

HAIBA

På den baggrund er den nationale database, HAIBA (Hospital-Acquired Infections dataBase) oprettet. HAIBA er et værktøj til automatisk overvågning af hospitalserhvervede infektioner. Opgørelserne er baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR), den danske Mikrobiologi-database (MiBa) samt regionernes medicinmoduler. Klassifikation af infektionerne sker automatisk ud fra oplysningerne i de nævnte databaser, og er baseret på bestemte case-definitioner, der kan afvige fra en individuel klinisk vurdering. Opgørelser fra HAIBA er derfor først og fremmest indikatorer for forekomsten af infektioner erhvervet på hospitalerne.

HAIBA viser forekomsten af henholdsvis Clostridium Difficile, bakteræmi og urinvejsinfektioner og er i 2017 blevet suppleret med postoperative infektioner efter hofte- og knæalloplastik. Visningerne findes på eSundhed.dk. Det betyder, at den enkelte hospitalsafdeling kan følge egen rate af hospitalserhvervede infektioner og handle på det. Data fra HAIBA kan også tilgås i Region Midtjyllands BI-portal.

I 2018 kommer der forhåbentlig en juridisk afklaring af muligheden for at arbejde med personhenførbare data fra HAIBA, når Sundheds- og Ældreministeriet får fremsat lovforslag herom.

HEINO

HAIBA har desværre en række svagheder. Bl.a. er det ikke muligt at tilgå data på afsnitsniveau og indtil videre heller ikke muligt at identificere patientforløb. Derfor har Region Midtjylland arbejdet på sin egen rapport til monitorering af hospitalserhvervede infektioner, der baserer sig på data fra MidtEPJ og BI-portal. I slutningen af 2017 blev HEINO (HospitalErhvervet InfektionsOvervågning), offentliggjort på BI-portal. Den har p.t. fokus på bakteræmier. I rapporten kan man bl.a. se antallet af hospitalserhvervede bakteræmier fordelt på hospitaler og afdelinger i Region Midtjylland. I løbet af 2018 bliver algoritmen for bakteræmi løbende optimeret, og det forventes, at der inkluderes flere infektionstyper i rapporten.

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 område afsluttet. Samarbejdsaftalen blev godkendt i Sundhedsstyregruppen den 1. juni 2017. Formålet med samarbejdsaftalen er:

- At styrke den generelle infektionshygiejniske indsats i primærsektor på social- og sundhedsområdet og samtidigt løfte den generelle infektionshygiejniske indsats hos borgere og medarbejdere i andre kommunale tilbud/forvaltningsområder.

- At understøtte et ensartet rådgivningstilbud til kommunerne og almen praksis om den generelle infektionshygiejne og på MRSA-området.

Rigsrevisionens beretning om hospitalserhvervede infektioner

I oktober 2016 påbegyndte Rigsrevisionen en undersøgelse af hospitalserhvervede infektioner. I Region Midtjylland har Hospitalsenheden Vest og Aarhus Universitetshospital indgået i undersøgelsen. Beretningen blev offentliggjort den 15. november 2017 med Statsrevisorernes bemærkninger og der afventes nu en ministerredegørelse, som forventes i løbet af foråret 2018.

Beretningen blev afgivet med følgende kritik:

"Statsrevisorerne finder, at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner har været utilfredsstillende. Statsrevisorerne finder det foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, er så lavt – ikke mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på."

LKT om rationel brug af antibiotika

Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet har i samarbejde udviklet en model for organisering og implementering af forbedringsprojekter med brug af Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) som en del af det nationale kvalitetsprogram. Rationel brug af antibiotika er valgt som fokusområde for et af de første LKT.

Den overordnede målsætning er at nedbringe forbruget af antibiotika – særligt de antibiotikagrupper, der i høj grad er associeret til resistensudvikling – uden at kompromittere behandlingskvalitet og patientsikkerhed. Der er fokus på såvel totalforbrug som på forbruget af de kritisk vigtige antibiotika. Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om antibiotika (2012).

Med LKT-antibiotika fokuseres overordnet på fire indsatsområder:

- Indikation for anvendelse af antibiotika.
- Valg af antibiotika.
- Revurdering af behandling.
- Behandlingsvarighed.

De enkelte regioner skal ud fra principper i den nationale LKT-projektbeskrivelse udforme egne interventioner. Ud fra den overordnede målsætning udarbejdes konkrete, lokale mål for reduktion af antibiotikaforbruget, som tager hensyn til hospitalernes patientsammensætning og forbrug.

LKT-antibiotika blev skudt i gang med et ledelsesseminar i september samt et læringsseminar for de deltagende forbedringsteams i november 2017 og løber over to år. I Region Midtjylland deltager Akutafdelingen samt Børn & Unge på Aarhus Universitetshospital og Medicinsk og Akutafdelingen på Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenhed Midt, Hospitalsenhed Vest samt Regionshospitalet Randers.

Med LKT-antibiotika fokuseres overordnet på fire indsatsområder:

- Indikation for anvendelse af antibiotika.
- Valg af antibiotika.
- Revurdering af behandling.
- Behandlingsvarighed.

De enkelte regioner skal ud fra principper i den nationale LKT-projektbeskrivelse udforme egne interventioner. Ud fra den overordnede målsætning udarbejdes konkrete, lokale mål for reduktion af antibiotikaforbruget, som tager hensyn til hospitalernes patientsammensætning og forbrug.

LKT-antibiotika blev skudt i gang med et ledelsesseminar i september samt et læringsseminar i november 2017 og løber over to år.

Det nationale patientsikkerhedsarbejde

Deltagelse i tværregionale og nationale fora giver mulighed for at vidensdele og bære problemstillinger videre til drøftelse på et højere organisatorisk niveau og dermed tættere på beslutningstagerne nationalt. Samtidig er der også i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed tiltag, der medfører koordinering og vidensdeling vertikalt.

STPS har i løbet af 2017 løbende udsendt en del OBS-meddelelser³ med advarsler på konkrete områder. Tidligere sendte Strategisk Kvalitet alene OBS-meddelelserne videre til hospitalerne, med et par ord om, hvorvidt der fandtes hændelser i Region Midtjylland på området eller ej. Men i 2017 er arbejdsgangen ændret, idet der nu udarbejdes en sammenfatning af relevante UTH i Region Midtjylland, der sendes til hospitaler og øvrige regionale områder sammen med OBS-meddelelsen. Forventningen er, at risikomanagerne vidensdeler materialet på hospitalerne, i det omfang det er relevant. Ved at synliggøre, at der findes UTH vedr. det konkrete emne i Region Midtjylland gøres der opmærksom på, at nogle afdelinger allerede har oplevet problemet. Dermed kan det måske undgås, at en lignende hændelser også sker andre steder, hvis der handles proaktivt på informationerne.

Det risikobaserede tilsyn

Med en ændring af Sundhedsloven i 2016 blev de tidligere frekvensbaserede tilsyn pr. 1. januar 2017 erstattet af et risikobaseret tilsyn, som består dels af planlagte tilsyn og dels af reaktive tilsyn. Over en 3-årig periode vil Styrelsen for Patientsikkerhed gennemføre planlagte tilsyn på alle typer af behandlingssteder. I regionerne vil de behandlingssteder, der udtrækkes i en stikprøve til tilsyn, omfatte både hospitalsafdelinger og regionale botilbud.

Ud fra forudgivne målepunkter har fokus i 2017 været på medicin håndtering og prøvesvar i patientforløb. Tilsynene har været imødeset med spænding, og i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe har risikomanagerne delt viden om forberedelse til besøg samt erfaringer efter besøg. Styrelsen for Patientsikkerhed har efter hvert besøg udarbejdet en tilsynsrapport til kommentering på de enkelte besøgssteder. Af rapporterne har det fremgået, om der var konstateret overtrædelser eller mangler af betydning for patientsikkerheden.

³ OBS-meddelelser er særlige nyhedsbreve, der udsendes af Styrelsen for Patientsikkerhed, når der er hændelser, som bør afføde særlige opmærksomhed.

Den nationalt nedsatte Strategisk Følgegruppe for risikobaseret tilsyn har i 2017 holdt to møder, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed har fremlagt sammenstillede overordnede observationer og vurderinger som følge af det risikobaserede tilsyn.

Hvert år skal der vælges nye temaer for de planlagte besøg. Temaerne i 2018 bliver medicinering og overgange i patientforløb. De udvalgte patientforløb er:

- 1) Patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom.
- 2) Patienter med kronisk sygdom og komorbiditet – diabetes.

Samlerapportering og rapporteringspligt

Med baggrund i anbefalinger i *Sundhedsministeriets serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser* fra juli 2014, er Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) 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."*⁴ I 2016 blev der bl.a. iværksat forsøg i udvalgte kommuner med *samlerapportering*, hvor der i stedet for rapportering af alle hændelser, skulle udfyldes skemaer i forhold til hændelser vedrørende fald og medicineringshændelser, når det ikke havde givet anledning til skade på patienten. Hændelserne blev herefter rapporteret samlet til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD) én gang om måneden. Konklusionerne i rapporten fra STPS var, at fremgangsmåden har været med til at højne patientsikkerhedskulturen i de deltagende kommuner og har givet kortere læringsloops lokalt. STPS anbefalede derfor en national implementering til alle kommuner, men samlerapportering kan ikke overføres direkte til regionerne.

I begyndelsen af 2017 bad STPS derfor om at måtte komme på besøg i alle regionerne for at drøfte rapporteringspligtens omfang. Mødet med Region Midtjylland blev afholdt den 1. marts 2017, hvor patientsikkerhedsnøglepersoner fra klinikken og risikomanagere på hospitalerne sammen med repræsentanter fra Strategisk Kvalitet gav input til, hvordan rapporteringspligten meningsgivende kunne tilpasses. På mødet var der i store træk enighed om, at *patientskader, potentielt alvorlige hændelser og UTH i sektorovergange* fortsat skal være rapporteringspligtige, men at det vil være fint med en tilpasning af rapporteringspligten, hvilket vil give bedre plads til at arbejde med hændelser, der giver mening lokalt uden at de nødvendigvis skal sendes til STPS.

I september 2017 aftalte Styrelsen for Patientsikkerhed med Sundhedsdirektørkredsen, at der skulle igangsættes et pilotprojekt i de 5 regioner, der skal undersøge, hvordan rapporteringspligten meningsgivende kan justeres. Første planlægningsmøde blev afholdt i december 2017 og pilotprojektet gennemføres i 2018. Fra Region Midtjylland deltager tre afdelinger på Hospitalsenhed Midt.

⁴ jf. [Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, Patientombuddet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, juli 2014](#)

Erstatnings-CPR-numre

Hospitalet har i flere år haft store udfordringer med sikker patientidentifikation i tilfælde, hvor patienten er tildelt et erstatnings-CPR-nummer. Det medfører problemer, når patienten flyttes mellem de forskellige sektors It-systemer. Patientidentifikationen bliver tvivlsom, når journalmateriale, og dermed sygdomshistorik, er spredt på forskellige journaler. I 2017 er der indsamlet materiale til at anskueliggøre problemstillingerne, og sagen har været rejst i relevante fora, herunder senest hos Danske Regioner. Herfra ville man tage sagen op på ministerielt niveau. Dette afventes fortsat.

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 fx være omkring kommunikationen mellem det sundhedsfaglige personale og patienten eller pårørende.

Der rapporteres fortsat kun et begrænset antal UTH fra patienter og pårørende. I 2017 er der som vist i tabel 1 herunder rapporteret 226 hændelser, hvilket dog er en markant stigning i forhold til tidligere år, hvor antallet har ligget stabilt omkring 180 hændelser pr. år. Flere af de rapporterede hændelser kommer dog fortsat fra patienter og pårørende, der selv har en sundhedsfaglig baggrund. Styrelsen for Patientsikkerhed har forsøgt at informere mere om muligheden på sin hjemmeside og har udarbejdet en ny pjece: [Hjælp os med at blive bedre](#). I Region Midtjylland er der udarbejdet en pjece, der bl.a. kan findes på Patientkontorets hjemmeside. Den hedder: [Hvis der er sket noget, der ikke skulle være sket](#).

Rapporterede hændelser fordelt på sagstyper		
	Rapporteret	Rapporteret i procent
Patient rapport	146	1,2%
Pårørende rapport	80	0,6%
Sundhedsfaglig rapport	12212	98,2%
I alt	12438	100%

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 ikke at blive inddraget samt om manglende kommunikation.

Herunder:

- Patienten og pårørende føler ikke, at de bliver lyttet til og taget alvorligt. Der reageres ikke eller reageres sent/for sent på symptomer, der gøres opmærksom på. Dette medfører smerter, forlænget sygdomsforløb og i værste fald død.
- Patienten og pårørende oplever dårlig kommunikation i form af afvisning eller respektløs tiltale.
- Pårørende med en sundhedsfaglig uddannelse giver udtryk for, at de primært føler sig hørt, fordi de har sundhedsfaglig indsigt.

Patientforløb – tilrettelæggelse og flow

Patienter og pårørende rapporterer om manglende sammenhæng i patientforløbet. At der ikke er nogen til at tage ansvar, og at patienterne bliver sendt rundt til flere afdelinger og selv skal tage ansvar og presse på for at få fremdrift i forløbet.

CASE:

En patient blev sendt hjem fra skadestuen med stærke smerter efter et trafikuheld. Dagen efter følte patienten sig meget forslået og meget utilpas med kvalme og ondt i maven. En pårørende kontaktede skadestuen, som henviste til egen læge, der dog havde lukket. Den pårørende ringede derefter 1-1-2. En skanning viste efterfølgende, at patienten havde læsioner på indre organer.

Konkret rapporteres følgende:

- Patienten oplever, at der ikke er overensstemmelse i forhold til forskellige personalers håndtering af patientforløb.
- Patienten oplever lange ventetider i patientforløbet, eksempelvis i forbindelse med udredende undersøgelser, manglende tilbagemelding på svar eller forkerte svar.
- Travlhed, og at der mangler overblik over hele patientforløbet.
- Pårørende giver udtryk for kun at blive hørt fordi de har en sundhedsfaglig baggrund.

Behandling og pleje

Opsporing, diagnostik og forebyggelse

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

CASE:

En patient oplevede, at der gik flere døgn, før man valgte at udføre en skanning, selvom patienten havde stærke smerter. Da skanningen blev udført, viste den at patienten havde tarmslyng, hvorefter patienten blev opereret. Patienten oplevede god kontakt til sygeplejerskerne, men følte ikke at lægerne lyttede.

Patienttransport

Patienter og pårørende rapporterer om uhensigtsmæssige valg af patienttransport. Herunder om transport, hvor svage patienter transporteres siddende frem for liggende transport, og om transport uden det nødvendige akutte beredskab.

CASE:

Under en konsultation hos egen læge, blev der taget et EKG, som viste atrieflimmer. Dette havde patienten ikke før oplevet symptomer på. Patienten blev informeret om, at han skulle transporteres med ambulance til hospitalet med henblik på at blive indlagt. Der kom dog ikke en ambulance, men derimod en siddende sygetransport, som ikke havde mulighed for at overvåge hjerterytmen. Under transporten fik patienten bryst smerter. Det gik hurtigt op for de 2 sygetransportreddere, at det var nødvendigt at ringe efter en ambulance. Ved ambulancens ankomst blev patienten undersøgt, og derefter kørt til akutafdelingen med udrykning.

Observation og erkendelse af kritisk forværring

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

CASE:

En indlagt patient faldt om. De pårørende forsøgte forgæves at tilkalde hjælp fra personalet, og løb rundt på afdelingen for at få fat i en sundhedsfaglig person. Da personalet endelig kom, lå patienten på gulvet og var ukontaktbar og klamtsvedende.

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 eller ingen journalføring).

CASE:

Under indlæggelse blev der påbegyndt en behandling. Ved udskrivelsen blev patienten informeret om, at der var lavet en konkret aftale med hjemmeplejen om at tilse og videreføre behandlingen umiddelbart efter patientens hjemkomst. Der kom dog først en hjemmesygeplejerske dagen efter udskrivelsen. Ifølge hende var der ikke lavet en aftale.

CASE:

Under et hjertemedicinsk indgreb i patientens lyske fortalte hjertelægen, at det var nødvendigt at komprimere indstiksstedet manuelt. Dette fremgik dog efterfølgende kun af sygeplejerskejournalen. Da der senere viste sig en større blodansamling ved indstiksstedet, som personalet valgte kun at observere, blev patienten indlagt til dagen efter.

Kirurgisk behandling, herunder anæstesi

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

- Fejloperationer, der må gøres om, herunder operation et forkert sted.
- U hensigtsmæssig lukning af operationssår med strips, som springer op.
- Forsinkede operationer pga. manglende og/eller forkert diagnosticering.

CASE:

Et par timer efter en kikkertoperation var forbindingen ved indstiksstedet gennemblødt. Da sygeplejersken skiftede forbindingen, havde hun de samme handsker på, som hun havde brugt ved håndtering af et rectal termometer. I forbindelse med operationen var indstiksstedet blevet lukket med strips, og disse blev også sammen med forbindingen. Det var nødvendigt at skifte forbindingen flere gange inden patienten blev udskrevet.

Nogle dage efter operationen opsøgte patienten sin egen læge pga. ømhed i såret. Egen læge vurderede, at såret skulle hele op indefra, og patienten skulle derfor instrueres i selv at skifte forbindingen. Et par uger dage efter operation gabte såret, og viste tegn på infektion. Podningssvaret viste at infektionen skyldtes MRSA.

Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Patienter og pårørendes rapporteringer 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:

En patient blev ikke oplyst om, hvornår der forelå svar på en række prøver. Patienten henvendte sig til udskrivende afdeling for at få disse svar og fik at vide, at en anden afdeling var ansvarlig for disse. Ved yderligere forespørgsel slog sygeplejersken dog prøverne op i laboratoriesystemet, og fortalte patienten at prøverne var fine.

Det viste sig dog, at ikke alle prøver var færdiganalyseret, og det blev lovet, at patienten ville blive kontaktet, hvis de resterende prøver var unormale. Efterfølgende kunne patienten selv finde nogle af prøvesvarene i Sundhedhed.dk, og kunne desuden stadig ikke se de manglende prøvesvar. Ved henvendelse til hospitalet fik patienten oplyst, at der var sket en fejl i bestillingsproceduren, hvorfor egen læge derfor skulle gentage prøverne.

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 og eventuel forværring af tilstand.

CASE:

Patienten fik udleveret medicin, dog uden samtidig at få udleveret en medicinliste eller information om doseringsæskernes indhold eller dosis. Desuden var dosis uden på et pilleglas angivet forkert. Resultatet var en stærk forværring af patientens psykiatriske symptomer.

5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med en patientskade i 2017

Omdrejningspunktet for dette kapitel er at beskrive problemstillinger, der er fremtrædende i hændelser, hvor der er sket en patientskade⁵ i 2017. 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). 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 dog hensigtsmæssigt at fokusere på fremtrædende problemstillinger i hændelser med en patientskade og særligt i de dødelige og alvorlige hændelser.

I 2017 var de hyppigst rapporterede hændelsestyper i rækkefølge:

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

I de følgende afsnit beskrives fremtrædende problemstillinger i de fem 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.

⁵ 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 5 sidst i rapporten.

Medicinering herunder væsker

Medicinering herunder væsker er den hændelsestype, der har givet anledning til flest rapporteringer af UTH i 2017. Der er således rapporteret 4154 hændelser. Andelen af patientskader er 10 %.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Medicinering herunder væsker	Ordination, receptkontrol	803	95	14	1
	Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	720	53	5	0
	Administration (Udlevering, indgift og indtagelse)	2294	162	11	0
	Øvrige processer	337	48	9	0
I alt		4154	358	39	1

Hændelser vedr. *ordination, receptkontrol* omhandler:

- Fejlordinationer, herunder ordinationer på baggrund af usikker indikation.
- Tvivl om ordinationer, herunder tvivl om dosisangivelse, og tvivl om overensstemmelse mellem FMK og patientens medicinskema.
- Placering af ordinations ansvar.

Flere af hændelserne beskriver uklarhed vedr. dosisenhed, således at der er sket forveksling mellem vægtenhed (mmol/mg/g) og antal tabletter eller forveksling mellem enheder pr dosis eller pr milliliter. I disse hændelser har patienten indtaget markant forkert dosis. Andre hændelser beskriver fejlordinationer eller manglende dokumentation for efterlevelse af ordinationen i patientovergange.

CASE:

En patient blev opereret. Som smertebehandling var der ifølge udskrivesbrevet ordineret morfin 5 mg x 2, men på de udleverede medicinskemaer stod dosis imidlertid anført som "morfin 5 mg, 5 tabletter morgen og aften".

Hændelser vedr. *dispensering og administration* omhandler:

- Forkert eller unøjagtig dispenseret eller administreret medicin, herunder manglende opmærksomhed ift. CAVE, interaktioner og dosis.
- Unøjagtig dosisangivelse.

CASE:

En patient fik foretaget en ændring i sin ordinerede antibiotika, uden at lægen tog stilling til, at bakterietypen var resistent overfor dette antibiotikum. Patienten blev dermed forkert medicineret i flere døgn, inden fejlen blev opdaget.

CASE:

Efter en operation blev det opdaget, at en patient ikke havde fået Fragmin 5000 IE som ordineret. Ved udskrivelsen var patienten velbefindende, men nogle uger efter blev patienten genindlagt på grund af utilpashed. En scanning viste, at patienten havde udviklet blodpropper. Der blev straks ordineret højdosis Fragmin.

På tværs af ordination/receptkontrol, dispensering og administration omhandler flere hændelser behandling med blodfortyndende medicin, og for flere af disse hændelser beskrives det som en følge af ringe eller manglende kommunikation i patientovergange. En af disse hændelser havde dødelig udgang, og beskriver et forløb, hvor det er uklart, om der er givet blodfortyndende til en multisyg patient efter overflytning fra intensiv afdeling til stamafdeling. Samtidig bliver patienten ikke mobiliseret på intensiv, men først flere dage efter operationen. Flere af hændelserne begrundes desuden med travlhed, og en deraf følgende uopmærksomhed eller uklarhed ift. arbejdsdeling.

CASE:

En patient påbegyndte Cordarone behandling under indlæggelse. Pga. interaktion mellem Cordarone og Marevan, blev der tillige ordineret hyppige blodprøve kontroller. Ved udskrivelse blev det noteret i udskrivelsespapirerne, at patienten skulle gå til egen læge til efterfølgende blodprøve kontrol. Patienten var ikke opmærksom på denne aftale, og der gik en måned, før blodprøverne blev kontrolleret første gang efter udskrivelsen. Den praktiserende læge, som var ansvarlig for patientens løbende kontroller, reagerede ikke på at patienten udeblev.

Henvisning, ind/udskrivelse og medicinlister

Der er rapporteret 991 hændelser med relation til henvisninger, ind-/udskrivelser og medicinlister. Heraf har 15 % givet anledning til patientskade.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	Henvisning/visitation	523	55	8	1
	Udskrivning, Udflytning	215	39	5	1
	Medicinafstemning	160	23	1	0
	Øvrige processer	93	15	3	0
I alt		991	132	17	2

Efter gennemlæsning af hændelserne klassificeret som 'alvorlige' og 'dødelige' for de tre kategorier med flest hændelser og flest patientskader, viser det sig, at fire hændelser reelt hører under alvorlighedsgraden 'ingen skade' ligesom den ene hændelse klassificeret som 'dødelig' reelt hører under alvorlighedsgraden 'alvorlig'. Der er desuden en hændelse, der er rapporteret dobbelt. Samlet set er der altså reelt 13 'alvorlige' og 1 'dødelig' hændelse.

Det rapporteres omkring processerne *henvisning/visitation*, at patienter ikke indkaldes til kontrol og udredninger forsinkes pga. henvisninger, der sendes forkert eller slet ikke sendes. Der rapporteres desuden en enkelt hændelse, hvor en henvisning skrives på et forkert CPR-nummer, fordi lægesekretæren bliver afbrudt. Dette opdages først 3,5 måneder senere.

Næsten alle hændelser om *udskrivning* og *udflytning* handler om, at patienter er udskrevet for tidligt og derfor må genindlægges. Eller at patienten er udskrevet uden planlagt opfølgning. En enkelt hændelse omhandler en patient, hvis medicindosis ved en fejl ændres i forbindelse med udskrivning, hvilket fører til, at hans tilstand kraftigt forværres i dagene efter udskrivelsen.

CASE:

En patient blev udskrevet fra akutafdelingen på trods af mistanke om aktiv blødning i mave-tarmkanalen. Blodprocenten faldt fra 8,8 til 5,3, og faldt yderligere fra 5,7 til 4,8 efter udskrivelsen. Der var ikke planlagt opfølgning.

Den ene alvorlige UTH, der er rapporteret om *medicinafstemning* omhandler Fælles Medicinkort (FMK). Plejecenteret, som efter udskrivning modtager patienten, udskriver en medicinliste fra FMK og benytter denne til dosering i 14 dage uden at vide, at hospitalet først et døgn efter udskrivningen har opdateret FMK.

Behandling og pleje

Det er i hændelser vedrørende *behandling og pleje*, at der oftest bliver rapporteret en patientskade. Der er rapporteret 1085 hændelser vedrørende behandling og pleje, hvoraf 40 % af hændelserne gav anledning til en patientskade.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Behandling og pleje	Opsporing (diagnostik) og forebyggelse	204	87	18	0
	Observation og erkendelse af kritisk forværring ⁶	192	68	20	4
	Hjertestopbehandling	60	43	4	0
	Øvrige processer	629	162	23	1
I alt		1085	360	65	5

Observation/erkendelse af kritisk forværring

Hændelserne vedrørende *observation/erkendelse af kritisk forværring* omhandler manglende eller forsinket observation af eller reaktion på symptomer på kritisk forværring, herunder TOKS, tegn på sepsis og mistanke om traume. Problemstillingerne i hændelserne er desuden manglende kald af tilsyn fra relevant speciale, forsinket tilsyn og at lægen ikke har mulighed for at komme på tilsyn på grund af travlhed. Enkelte hændelser vedrører desuden manglende eller forsinket behandling eller undersøgelse hos kritisk syge patienter.

⁶ "Observation" og "Erkendelse af kritisk forværring" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

CASE:

En patient blev TOKSet som orange ved ankomst til akutafdelingen. Dette blev noteret på både vitalparametre og kontaktårsagskort. Der blev ringet til flowmaster, men efter to timer var patienten endnu ikke tilset af en læge, på trods af flere henvendelser direkte til flowmaster og derefter til den ansvarlige akutforvagt.

Opsporing (diagnostik) og forebyggelse

I forbindelse med processen *opsporing (diagnostik) og forebyggelse* vedrører hændelserne hovedsageligt:

- Manglende eller forsinket gennemførelse af undersøgelser: CT- og MR-scanning, EKG, blodsuktermåling og væskeregistrering.
- Relevante fund er overset ved scanninger: Karskade og kræft.
- Forebyggelse eller observation er ikke iværksat: Forebyggelse af tryksår, TOKS ordination, korrekt observation ved meningitis og korrekt triagering.
- Manglende reaktion på observationer, der kræver handling: Forstyrrelser i hjerterytme og TOKS-værdier.
- Manglende behandling eller uhensigtsmæssig behandling: AK-behandling og smertebehandling.

To af hændelserne vedrører patienter med meningitis. I to andre hændelser gør plejepersonalet opmærksom på, at en patients tilstand enten er meget dårlig eller at et præparat ikke bør anvendes. Men i begge hændelser bliver plejepersonalets bemærkninger overhørt af lægen.

Hjertestopbehandling

To af de alvorlige hændelser i processen *hjertestopbehandling* vedrører, at der henholdsvis igangsættes hjertestopbehandling, selvom patienten ikke er kandidat til genoplivning, og at hjertestopbehandling ikke straks bliver igangsat, selvom patienten er kandidat til genoplivning. Den første hændelse skyldes, at patienten får hjertestop, mens patienten er til undersøgelse udenfor stamafdelingen. Årstallet for stillingtagen til genoplivning er forkert i EPJ, og informationen om, at patienten ikke er genoplivningskandidat, er ikke videregivet fra stamafdelingen. I den anden hændelse slår plejepersonalet en forkert patient op, der ikke er kandidat til genoplivning. Fejlen opdages dog efter fire minutter.

De to øvrige alvorlige hændelser handler om, at der er telefontekniske udfordringer ved hjertestopkald, hvorfor hjertestopholdet forsinkes, og at alle vitalparametre ikke var målt før hjertestop.

Overlevering af information, ansvar, dokumentation

Der er rapporteret i alt 1278 hændelser vedrørende *overlevering af information, ansvar, dokumentation*. Heraf medførte 20 % en patientskade.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Indlæggelse, indflytning, overflytning	133	27	10	0
	Information/ Dokumentation	641	85	22	3
	Overdragelse af ansvar, vagtskift mv.	126	27	7	0
	Øvrige processer	378	66	11	0
I alt		1278	205	50	3

For de alvorlige eller dødelige rapporterede UTH er der to overordnet to områder, som er gennemgående på tværs af de tre procesmål. Det første område er mangelfuld visitation og overlevering af patienter på tværs af sektorer og på tværs af hospitaler, hvor det i overvejende grad rapporteres om manglende dokumentation af patientens tilstand. Det andet område er oversete svar, som efterfølgende har fået alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten.

Næsten 20 % af samtlige rapporterede UTH er relateret til forløb i psykiatrien. Disse omhandler mangelfuld eller ingen dokumentation ved overflytning af patient og/eller manglende stillingtagen til eller opfølgning på observationer, og/eller mangelfuld kommunikation mellem sundhedsprofessionelle aktører.

CASE:

Under sin orlov havde en patient opført sig truende overfor sine pårørende og haft en psykotisk adfærd. Oplysningen blev journalført, men ikke vurderet af vagthavende læge, hvorfor der ikke blev taget stilling til at ændre patientens tilladelse til orlov eller udgang fra afdelingen. Ved næste udgang overfaldt patienten i psykotisk tilstand sine pårørende.

I forbindelse med *Information/Dokumentation* indenfor de alvorlige og dødelige UTH rapporteres der generelt om manglende opfølgning på observationer og manglende dokumentation. Desuden drejer en del rapporteringer sig om ringe eller ingen information eller vejledning til patienter eller pårørende i forbindelse med livstruende sygdom.

CASE:

En MR scanning blev udført 2 måneder før en operation, men scanningsvaret blev først set ved planlægning af operationsprogrammet. Det pågældende scanningsvar viste mistanke om kræft. I dette forløb var det uvist, om den ordinerende læge havde modtaget scanningsvaret direkte, eller om sygdom og vikardækning var årsagen til, at ordinerende læge ikke tidligere havde set svaret. Det var også uvist, om røntgenlægen havde fulgt den sædvanlige procedure, og umiddelbart efter MR-scanningen havde ringet til ordinerende læge for at gøre opmærksom på mistanken om en kræftsygdom.

CASE:

En patient var booket til planlagt indlæggelse og operation for kræft, og skulle ved en ambulant samtale informeres om både indlæggelse og operationstid. Imidlertid blev operationstidspunktet sendt til patienten i en sms, allerede inden patienten kom til den ambulante samtale.

Desuden handler flere rapporterede UTH vedrørende information/dokumentation om kontakt til AMK, Falck og Politi. Her beskrives væsentlige udfordringer med at forstå hinanden, og med at indgå i en præcis klinisk kommunikation.

CASE:

I forbindelse med en hjertemedicinsk undersøgelse af en patient med svær åndenød viste en ultralydsscanning, at patienten havde væske i hjertehinden. Selvom patienten var hjertemæssigt stabil, blev det besluttet, at der skulle ske en øjeblikkelig overførsel til hjertemedicinsk afdeling på et andet hospital. Der blev bestilt en ambulance som kørsel A. Det tog flere minutter at gennemføre bestilling, som måtte gentages efter 20 minutter. Først 50 minutter efter første opkald ankom ambulance og lægebil. Der var dog ikke det nødvendige akutudstyr i lægebilen. Patienten var stabil under transporten, men efter akut behandling på modtageafdelingen fik patienten hjertestop og døde.

Indenfor procesmålet *Indlæggelse, indflytning, overflytning* handler de alvorlige og dødelige rapporteringer i overvejende grad om patientovergange både på tværs af sektorer, på tværs af geografiske lokationer, på tværs af somatik og psykiatri, og ved interne overflytninger mellem hospitalsafdelinger.

Især beskriver flere rapporteringer mangelfuld opfølgning og afklaring af ansvar ved overgange for psykiatriske patienter, både imellem de psykiatriske afdelinger og på tværs af psykiatri og somatik.

CASE:

En patient, som ikke tidligere var kendt i psykiatrien, virkede nu psykotisk. Patienten, som havde et kendt stort alkoholforbrug, var efter eget valg stoppet med at drikke et par dage tidligere. På baggrund af den psykotiske adfærd blev der bestilt ambulance til psykiatrisk skadestue.

Da bagvagten vurderede, at patientens symptomer kunne tyde på abstinenser, blev transporten omdirigeret til somatisk skadestue. Ambulancen kørte dog patienten til psykiatrisk skadestue, fordi man ikke havde modtaget besked om, at den skulle omdirigeres. Patienten, som indtil da havde været stille og rolig, var på dette tidspunkt meget urolig, forvirret og hallucineret, og derfor vanskelig at få ind i ambulancen igen for at køre til somatisk skadestue. En tilkaldt læge vurderede, at patienten var i akut delirøs tilstand. Patienten blev derefter tvangsindlagt på intensivt afsnit i somatisk regi.

Fælles for de rapporterede UTH indenfor *Overdragelse af ansvar, vagtskift mv.* omhandler de problematikker, hvor der er uklarhed om ansvars fordeling mellem sundhedsfaglige aktører indenfor såvel det somatiske som det psykiatriske område. Der beskrives situationer, hvor personaler kommer til at stå alene med et stort ansvar, selvom der er tilkaldt assistance eller hvor vigtige beskeder ikke videregives. Der beskrives desuden situationer, hvor patientbehandlingen ikke følges op som et fælles ansvar, men hvor ansvaret gøres sårbart ved at være holdt til én sundhedsperson. Disse hændelser er beskrevet for både det somatiske og det psykiatriske område.

CASE:

En patient, der blev anset som værende farlig, havde gennem længere tid oplevet at gå forgæves til samtaler i psykiatrisk regi, fordi ingen havde fortalt ham, at samtaleforløbet var aflyst pga. sygdom.

CASE:

En patient blev ved modtagelse TOKSet til at være i kategori 5 (orange). Der blev med det samme givet besked videre til koordinator, som derefter ringede efter vagthavende læge. Efter en time var lægen endnu ikke kommet, og koordinator blev igen kontaktet. Der kom nu en vagthavende forvagt. Vedkommende nåede lige at hilse på patienten, inden han blev kaldt til en anden akut patient. Der gik yderligere en time, hvorefter koordinator blev bedt om at undersøge, hvorfor vagthavende læge endnu ikke havde undersøgt patienten. Først efter fire timer blev patienten undersøgt af en læge.

Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Indenfor *prøver, undersøgelser og prøvesvar* er antallet af rapporterede hændelser 1473. Andelen af patientskader er 14 %, hvilket er relativt lavt.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	Reaktion på prøve-/undersøgelsessvar ⁷	295	70	21	0
	Undersøgelse/prøvetagning	225	29	9	0
	Øvrige processer	953	68	9	0
I alt		1473	167	39	0

Undersøgelse/prøvetagning

Seks af de ni alvorlige hændelser indenfor *undersøgelse/prøvetagning* omhandler prøver og undersøgelser i forbindelse med kræft. Problemstillingerne i disse hændelser er:

- Ny kræftsygdom eller tilbagefald af kræftsygdom opdages ikke ved undersøgelse.
- Der bliver ikke iværksat alle relevante undersøgelser ved mistanke om kræft.

Problemstillingerne i de øvrige hændelser er:

- Forbytning af prøver.
- Manglende MRSA-podning.
- A-punktur med nål, der ikke er steril.

Reaktion på prøve-/undersøgelsessvar

Problemstillingerne i hændelserne vedrørende *reaktion på prøve-/undersøgelsessvar* er, at prøvesvar ikke bliver set eller ikke bliver reageret på. I hændelserne, der omhandler, at prøvesvar ikke er set, er der følgende problemstillinger:

- Svar fra Statens Seruminstitut kommer ikke automatisk i EPJ.
- Læge, der skulle se prøvesvar, gik på tilkald – uvist hvor ansvaret derefter lå.
- Egen læge, der modtog svar, mistolkede betydningen af en "boks" på prøvesvar, hvor der ikke er noget navn eller dato i "svar på biopsi". Egen læge troede derfor, at forløbet kører videre i hospitalsregi.

I hændelserne, der vedrører, at prøvesvar ikke bliver reageret på, ses følgende problemstillinger:

- Patient bliver ikke indkaldt til svar.
- Der kvitteres for prøvesvar af en anden end rekvirenten, hvorfor rekvirerende afdeling ikke får svar.
- Prøvesvar bliver sendt til uvedkommende læge til godkendelse på et gammelt login i EPJ. Prøvesvaret er tilsyneladende ikke kommet på den korrekte liste, hvor det ville have været håndteret.

⁷ Processerne "Opfølgning på undersøgelse/prøver", "Modtagelse af svar" og "Reaktion på prøve/undersøgelsessvar" er sammenlagt, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

- Tilbagefald opdages ikke ved scanning. Ved en ny scanning sammenligner man med det gamle billede, hvor det vurderes, at recidiv også kunne ses på den gamle scanning.
- Der er ikke reageret på prøvesvar på hospitalet, hvilket formentlig skyldes, at prøven er bestilt af egen læge, hvorfor det ikke kommer til godkendelse.
- Læge godkender prøvesvar udenfor normalområdet uden at reagere.

I hændelserne om reaktion på prøve- og undersøgelsesvar er der desuden følgende problemstillinger:

- Manglende journalføring af, at læge har forholdt sig til unormalt prøvesvar.
- Ventetid på ca. to måneder på svar på HRCT-scanning fra røntgenafdelingen.
- Patient får svar med ingen malignitet. Efterfølgende vurderes det af en anden læge, at der er malignitet. Årsagen er måske, at radiologisk afdeling har ændret beskrivelsen efter at have afgivet det første svar.
- Prøvesvar fejltolket ifm. modermærkekræft. Læge vurderer, at der ikke er modermærkekræft. Efterfølgende bliver det opdaget, at der var kræft.
- Ordineret blodsuktermåling glemt.

CASE:

En patient blev indlagt på grund af et ildebefindende, men udskrevet igen efter få timers observation. I forløbet fik patienten taget røntgenbillede af brystkassen, og svaret blev lagt i MidtEPJ to dage efter indlæggelsen. Røntgensvaret viste, at der kunne være mistanke om kræft i den ene lunge. Røntgenlægen anbefalede, at der blev foretaget supplerende CT scanning af lungerne. Røntgenlægens svar blev dog ikke set før en måned senere, hvorefter patienten blev henvist til udredning i kræftpakkeforløb.

Hovedparten af hændelserne handler om undersøgelser og prøver 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 eller behandling væsentligt.

Beskrivelse af sagsopfølgninger i rapporterede UTH

I kapitel fire og fem ovenfor er der indsat en række cases, der hver i sær belyser nogle af de gennemgående hændelser, som både patienter, pårørende og sundhedspersonalet har rapporteret. For hver af de rapporterede hændelser foretager de enkelte hospitaler en sagsopfølgning som i varierende omfang beskrives i databasen. Det er på baggrund af de foretagne udtræk ikke altid muligt at udlede, hvilken konkret opfølgning og initiativer en given hændelse har givet anledning til.

I forhold til kapitel fire, som handler om rapportering fra patienter og pårørende, ses de mest konkrete beskrivelser af, hvordan der følges op. Det handler bl.a. om, at der afholdes møder med patient og pårørende, arbejdsgange ændres og der implementeres nye retningslinjer.

I forhold til kapital fem, som omhandler rapporteringer fra det sundhedsfaglige personale, planlægges der i nogle tilfælde undervisning og formidling af konkret læring i nyhedsbreve og på personalemøder. I andre tilfælde er der beskrevet en mere omfattende opfølgning, fx organisatoriske ændringer, for at imødegå gentagelse af den utilsigtede hændelse. I

størstedelen af sagerne er det imidlertid ikke beskrevet nærmere, hvordan opfølgningen konkret er tilrettelagt.

Formålet med opfølgningen på samtlige rapporterede hændelser er at sikre en systematik i patientsikkerhedsarbejdet og fremme, at der sker en målrettet og lærende indsats, som kan forebygge lignende hændelser i fremtiden. Derfor er det vigtigt at dele viden om de tiltag, der er gjort i forhold til konkrete cases og områder, så det ikke kun er den enkelte afdeling, der har mulighed for at lære af de hændelser, der sker lokalt.

6. Lokale bidrag om patientsikkerhed

Dette kapitel rummer lokale bidrag fra hospitaler, praksissektor m.fl. Som det blev nævnt i indledningen er patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland lokalt forankret på hospitalerne samt i samspil med kommuner og praktiserende læger.

De lokale bidrag er fremsendt enten i skemaform eller som et link til egen årsrapport.

Hospitalsapoteket

<http://hospitalsapotek.intra.rm.dk/faglig/patientsikkerhed/arsrapporter/>

Hospitalsenheden Horsens

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

Hospitalsenhed Midt

<http://www.hemidt.intranet.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed/utisigtede-handelser/referencer/>

Praksissektor

Almen praksis

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/indsatsomraader/patientsikkerhed/meddelelse-nyhed/risikomanager/aarsrapport/aarsrapport-2017/>

Apotekerne

Årsrapport er endnu ikke godkendt. Ved særlig interesse i denne, kontakt risikomanager for praksisområdet [Lene Bjerregård](#).

Fysioterapi

https://www.sundhed.dk/content/cms/26/101526_aarsrapport_17_fysioterapi.pdf

Speciallæger

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/speciallaege/patientsikkerhed/aarsrapport/aarsrapport-2017/>

Årsrapporten godkendes på Sundhedsudvalgsmøde 20. juni 2018.

Psykiatrien

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

Socialområdet

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

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
<p><i>Lighed i sundhed kræver ulige indsatser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremskudt behandler • Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse • Udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats • Undervisning og implementering af den motiverende samtale (MI) på hospitalet • Kendskab til indgange til kommunale samarbejdspartnere 	<p>De fem tiltag er sat i pilotdrift i 2017.</p>	<p>Evalueres i 2018</p>	
<p><i>IV-medicinering</i></p> <p>Der blev nedsat en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde et forslag til en tværgående indsats for IV-medicinering på hospitalet.</p> <p>Ligeledes kører der et forskningsprojekt vedr. brug af antibiotika.</p>			<p>Der er nedsat en styregruppe for Antibiotika, der dels arbejder videre med det forskningsprojekt der blev afsluttet i 2017 samt indgår i arbejdet med LKT Antibiotika.</p> <p>Formålet med styregruppen er at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremme en høj patientsikkerhed og kvalitet i relation til antibiotikabehandling på såvel de enkelte afdelinger som ved afdelings- og sektorovergange • Sikre implementering og opfølgning af nationale/ regionale behandlingsvejledninger og retningslinjer. • Fremme formidling og kvalitetsudvikling indenfor antibiotikaområdet på RH Randers • Understøtte hospitalets deltagelse i LKT-arbejdet

1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2017 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund))		
2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>PVK</p> <p>I efteråret 2017 indførte regionen nye PVK. Det gav store udfordringer i klinikken og udløste mange utilsigtede hændelser bl.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - kanylen går subkutant/perforering af åren - blodstænk - kateter bøjer/knækker 	<p>UTH og arbejdsmiljø</p>	<p>Der blev nedsat en lokal arbejdsgruppe, der skulle kigge på hvorfor der skete så mange UTH med de nye PVK.</p> <p>Samtidig blev der nedsat en regional task force gruppe.</p> <p>Det blev besluttet regionalt at indsamle dokumentation for manglerne ved de nye PVK.</p> <p>Kort før jul besluttede LFØ at opsigte aftalen om de nye PVK'er</p>
<p>Blodtransfusion</p> <p>Ved behov for akut blodtransfusion var arbejdsgangene for afhentning af blodet ikke kendt af personalet, hvilket resulterede i forsinkelse i behandlingen.</p>	<p>UTH</p>	<p>Der er udarbejdet lommekort med klar beskrivelse af arbejdsgang og kommunikation i forbindelse med</p>
<p>Oplæg til MDT konference</p> <p>Når der udarbejdes oplæg til MDT konference er der ikke en fast skabelon for hvilke oplysninger der skal medtages m.m. Der er derfor risiko for at fx et prøvesvar bliver overset.</p>	<p>UTH</p>	<p>Der skal udarbejdes en skabelon for hvad et MDT oplæg skal indeholde både præ- og postoperativt.</p> <p>Efterfølgende skal skabelonen drøftes i den regionale MDT styregruppe, med henblik på om der kan opnås enighed om indholdet, og dermed sikre en ensartet tilgang på tværs af hospitaler.</p>
<p>Medicin i overgangen</p> <p>Der rapporteres mange UTH fra kommunerne vedr. medicin ved udskrivelse, herunder med medicinlister, dispenseret medicin, FMK m.m.</p>	<p>UTH</p>	<p>Der rapporteres mange UTH fra kommunerne vedrørende medicinering, fx uoverensstemmelse mellem medsendt medicinliste og FMK. I Randersklyngen er der derfor planlagt en undersøgelse på 20 udskrivelser per kommune (Randers kommune, Norddjurs kommune og Syddjurs kommune). Til undersøgelsen er der udarbejdet et spørgeskema, hvor de hyppigste medicineringsfejl fremgår. Resultatet forventes at kunne udpege særlige indsatsområder der kan arbejdes videre med. Undersøgelsen gennemføres</p>

		primo 2018.
<p>Patientsikkerhedskultur</p> <p>Der er et ønske om at forbedre kvaliteten i hospitalets ydelser ved at se på eksisterende behandlinger og arbejdsrutiner gennem et patientperspektiv.</p>	<p>Strategi for hospitalet</p>	<p>I 2018 gøres der en særlig indsats i forhold til udvikling og patientsikkerhed på Regionshospitalet Randers.</p> <p>I januar gennemføres en spørgeskemaundersøgelse blandt de ansatte på de kliniske afdelinger. Denne følges op med patientsikkerhedsrunder (både ved HL og AL), medicinrunder samt i patientens fodspor i de kliniske afdelinger. Formålet med konceptet er bl.a. at øge patientsikkerheden og forbedre patientforløbene ved at hospitalsledelsen og afdelingsledelserne får mulighed for at stille undrings- og reflekterende spørgsmål til frontlinje personalet.</p> <p>Samtidig er der sat fokus på vidensdeling af de fund, der gøres på forbedringsrunderne. Det kan fx. ske via hospitalets tavlemøder hvor ledelsesgruppen drøfter data hver 14. dag.</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>Rettidig ligsyn</p> <p>En ny regional retningslinje for indbragte døde er blevet implementeret.</p>	<p>Arbejdsgangene i visitation og kapel er blevet tilrettet den nye retningslinje.</p> <p>Der er lavet en løsning i Klinisk Logistik, hvor Visitationen og Kapellet har adgang til at se hvilke afdøde der er på vej og under hvilke omstændigheder.</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
Patientsikkerhedsrunder med fokus på medicineringsfejl	Gennemført i 1. halvår af 2017	Gode input og indsigt i udfordringer til hospitalsledelsen, samt enkelte konkrete risici, som der efterfølgende blev arbejdet på.	
Fortsat implementering af Min Medicin Med.	Tiltaget er nu rullet ud i alle afdelinger, selvom de sidste afdelinger ikke har det fuldt implementeret	<p>Patienterne er fortsat meget tilfredse med tiltaget.</p> <p>Personalet oplever fordele ved tiltaget, herunder også øget patientsikkerhed og mere patientinddragelse, men også udfordringer bl.a. fordi der i de nuværende rammer er fler-sengsstuer og det udfordrer personalet, når der skal hældes medicins op sammen med patienten på stuen.</p>	Der er ikke yderligere tiltag i dette projekt, før flytning til Gødstrup, hvor de fysiske rammer er optimale.

3. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2017 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningsager (baggrund))		
4. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Dokumentation – både mangel på tidstro dokumentation og andre udfordringer	Mangel på tidstro dokumentation gør det vanskeligt i dyberegående analyser at få overblikket over forløbet, samt kan give udfordringer i akutte og kritiske patientforløb ift. at alle har den nødvendige information	<p>Der har i 2017 været patientsikkerhedsrunder med HL med fokus på Dokumentation. I 2018 er der planlagt flere tiltag på området, herunder staff-meetings på begge matrikler og en ny omgang patientsikkerhedsrunder.</p> <p>Der er prøvehandling i gang på flere afdelinger, men der er endnu kun spæde erfaringer fra dette arbejde.</p>
Sikkerhed ved lejring og omlejring af patienter på OP-leje	På baggrund af en dyberegående analyse blev det	Lokal tilføjelse til regional instruks: Kirurgisk Tjekliste , regional retningslinje og lokal retningslinje 3.1.13. Lejring af operationspatienter - Operationsafnittet, DKA, Anæstesiafnittet

	identificeret, at der i manglede et særskilt fokus på, at patienterne er lejret sikkert, inden man omlejrer (ved tjek ud).	Holstebro Desuden er der afholdt en fokusuge med henblik på at få implementeret de nye arbejdsgange.
Medicin i OP-døgnet	Der har været usikkerhed om, hvem der stod for hvilken medicin i OP-døgnet, og det har afstedkommet UTH'er.	Der er som en del af et forbedringsprojekt, og i samarbejde med alle skærende specialer, en revideret retningslinje: 2.9.1. Medicin til indlagte patienter på operationsdagen, HEV

Aarhus Universitetshospital

5. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2017 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund))		
6. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>Forkert hjertestopmelding medførte forsinket udrykning af det centrale hjertestophold</p> <p>Årsager og medvirkende faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering af nye danske afdelingsnavne ▪ Omfattende ændring af skiltningen i Skejby, hvor etager blev til planer og loftskiltenumre til krydspunkter ▪ Flytning af hjertestopalarmeringen fra Informationen i Skejby til Hospitalsvisitationen på Nørrebrogade ▪ Udskiftning af telefoner, medførte flere utilsigtede hændelser omkring hjertestopalarmeringen. ▪ Personalet kunne ikke afgive en korrekt hjertestopmelding, da de ikke vidste, hvor de befandt sig. ▪ Flere problemer med 	Identificeret via UTH	<p>Flere tiltag er iværksat – her kan blandt andre nævnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forenklet alarmeringsprocedure ▪ Påsætning af label med afsnittets navn og krydspunkt på personalets ID-skilte ▪ Skilte med den fulde hjertestopmelding ved alle fastnettelefoner ▪ I hospitalsvisitationen er der arbejdet med struktureret kommunikation, herunder closed loop og anvendelse af fonetisk alfabet ▪ Optagelse af telefonsamtalerne ved alarmering (endelig løsning ikke fundet endnu) ▪ Orienteringsløb for hjertestopholdene i de nye bygninger ▪ På hospitalets hjertestopkurser er der sat fokus på problemerne med alarmeringen ▪ Vi venter på implementering af "hjertestopknapper" på alle patientstuer, så alarmeringen kan udløses ved et tryk på knappen. Der mangler en IT-løsning, der sikrer kvittering for modtagelse af hjertestopmeldingen, så den person, der har udløst kaldet, ved at det er gået igennem.

telefonien, der ikke fungerede optimalt.		
Problemer med nye mobiltelefoner, netværk og applikationer. Der har været en del defekte telefoner, telefoner med "sort skærm", udfald af samtaler, dårlig lyd kvalitet samt ustabil netværk.	Identificeret via UTH	Hospitalsledelsen nedsatte i sommer en tværfaglig TASK FORCE, der skulle gennemføre en udredning og fejlretning af telefoni, mobilplatform og applikationer. Den endelige afrapportering afventes.
Nye PVK'er <i>Vasofix</i> har medført, at pt. må stikkes flere gange, fordi venflonen knækkede, bøjede eller lå subcutant samt blodspild	Identificeret via UTH og patientklage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dataindsamling via UTH, billed- og videodokumentation af defekte venflons og problemer med anlæggelse samt håndholdt registrering af problemerne ▪ Dagsordensat på møder i Lederforum for Økonomi <p>Tiltag:</p> <p>Aftalen er opsagt og indfasning af nye venflons fra BD er i gang.</p>
Minimal rapportering og samarbejde på tværs omkring tværsektorielle UTH'er med ingen/minimal eller moderat skade	Identificeret via DPSD	<p>1. Afholdelse af tværsektoriel temaeftermiddag med fokus på følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisering af patientsikkerhedsarbejdet på AUH og i Aarhus Kommune ▪ Rapporteringskulturen: Hvordan ser den gode rapportering på tværs af sektorgrænsen ud? ▪ Samarbejde og læring på tværs <p>Afslutningsvis havde deltagerne mulighed for at melde sig til et "udvekslingsbesøg", hvor de kunne komme med på arbejde i den anden sektor. Fire deltagere benyttede sig af dette.</p> <p>Temaeftermiddagen vil blive gentaget i juni 2018.</p> <p>2. Problemet har været dagsordensat på netværksmødet med patientsikkerheds-koordinatorerne</p>
Forkert eller mangelfuld rekvisition og mærkning af patologiprøver	Identificeret via UTH samt henvendelser fra Patologi	Der er nedsat en mindre tværgående arbejdsgruppe, der i første omgang undersøger, hvordan arbejdsgangene omkring rekvisition og mærkning af histologi- og cytologiprøver kan forbedres i operationsafdelingerne. Herefter forventes det at sprede de gode ideer til øvrige relevante afdelinger.

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
Kommunikationstræning imellem de præhospitale enheder	Stadig i proces	Formålet er, at alle involverede skal "tale samme sprog" og på en klar og tydelig måde kan kommunikere om situationens alvorlighed og behovet for hjælp ved meget akutte situationer.	Fortsat fokus på sikker entydig kommunikation imellem de Præhospitale enheder, herunder AMK-vagtcentralen, ambulancerne, sygetransporterne, akutbilerne, akutlægebilerne og akutlægehelikopteren.

7. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2017 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, f.eks. klager/erstatningssager (baggrund))
8. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)

Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Medicinering i overgange	UTH'er	I samarbejde med risikomanager for praksis er der fokus på medicinering i overgangen mellem vagtlæger og ambulancetjenesten. I 2017 blev den patientsikkerhedsmæssige risiko identificeret mellem vagtlægeordningen og ambulancetjenesten i relation til administration af medicin ved hjemmebesøg af vagtlæge forinden ambulancetjenestens ankomst. Vagtlæger og praktiserende læger dokumenter administration af medicin i FMK, hvorved problematikken er opstået, da ambulancetjenesten ikke har adgang til FMK og derfor ikke kan se, hvilken medicin patienten har fået inden ambulancen ankomst. Denne problematik er endnu ikke løst og vil fortsat være i fokus i 2018.
Samarbejde i overgange	UTH'er	For at sikre en endnu højere kvalitet i den præhospitale behandling, og ikke mindst i overgangene til hospitalerne, er triagemodellen DEPT (Danish Emergency Proces Triage) ved at blive implementeret. DEPT er en proces-triage, hvilket betyder, at en triagescore kan udløse en handlingsanvisning f.eks. igangsættelse af et diagnosticerings- eller behandlingsforløb. Præhospital anvendelse af DEPT betyder, at akutafdelingerne umiddelbart kan genanvende den triagering, som er foretaget af Præhospitalet. Det forventes, at resultatet bliver mere smidige overgange som følge af et fælles sprog og

		implementeringen af DEPT kan dermed være med til at skabe endnu bedre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.
Hjertestop uden for hospitalsmatrikler	UTH'er	Utsigtede hændelser i 2017 viste, at der er hjertestop uden for hospitalsmatrikler, som håndteres af ambulancepersonale uden støtte fra akutlægebiler. Dette gav anledning til igangsættelsen af en aggregeret dybdegående analyse af alle hjertestop i et delområde i perioden 2015 og 2016 (i alt 28 hændelser). Analysen havde til formål at afdække, om der er uidentificerede udfordringer på særligt visitationsområdet, hvilket viste sig ikke at være tilfældet. Kortlægning bidrog i stedet med at tydeliggøre lærings- og forbedringspotentiale på særligt symptombilleder og tidelig identificering af potentielle hjertestop.

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
Fokus på tydelighed i kommunikation mellem aktører internt i Præhospitalet	Stadig i proces
Uddannelse af AMK-personale i traumemekanismer	Implementeret. Bidrager til at sikre, at det sundhedsfaglige personale har større indsigt i traumemekanismer.
Revidering af retningslinjer, bl.a. Præhospitalets håndtering af døde samt fravalg af genoplivning	Retningslinjen om håndtering af døde er implementeret i 2017. Retningslinjen om fravalg af genoplivning forventes implementeret første halvår 2018.
Udvidet samarbejde med øvrige regioner omkring store uvarslede hændelser	Fokus på det gode samarbejde og forbedring af patientforløb er kontinuerligt i fokus.
Samarbejde med de praktiserende lægers/vagtlægers patientsikkerhedsorganisation vedr. bestilling af ture	Implementeret. Der er udarbejdet et action-card som kan bruges ved bestillinger, og som bidrager til at skabe overblik over bestillingsformer til patienttransport.
Fokus på ture med specialambulancer, herunder praksis for at kalde op, melde fri mv.	Implementeret
Fokus på samarbejdet med forsvaret i de situationer, hvor de udfører civile opgaver for samfundet. Herunder udfærdigelsen af en fælles retningslinje til udveksling af patientrelaterede informationer.	Fokus på samarbejde og udarbejdelse af retningslinjen har sikret bedre arbejdsgange og forståelse for hinandens roller i den akutte situation.

7. Bilag

Bilag 1: Kriterier for dataudtræk

Når der trækkes data til Den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport gennemføres først et udtræk på hændelser *rapporteret* i 2017 for at vise fordelingen på hospitaler og øvrige regionale områder og om antallet af rapporterede hændelser er steget eller faldet siden sidste år, jf. bilag 2 og 3. Dette viser noget om *rapporteringskulturen* på de enkelte områder.

I forbindelse med opgørelsen af hændelsestyper og alvorlighedsgraden af hændelser i 2017 trækkes data imidlertid kun for de sager, der er færdigbehandlet, dvs. *afsluttet* i 2017. Det skyldes, at rapportørerne ofte angiver den potentielle alvorlighedsgrad af en hændelse i stedet for den faktuelle alvorlighedsgrad.

Sagsbehandlerne har pligt til efterfølgende at ændre hændelsestypen og alvorlighedsgraden, hvis rapportøren har angivet disse forkert eller hvis en nærmere undersøgelse af sagen viser, at rapportørens opfattelse må revurderes. Når hændelsestypen eller alvorlighedsgraden i nogle tilfælde bliver ændret i løbet af sagsbehandlingen, bør det give et mere retvisende billede at trække data på afsluttede sager.

Hidtil har dataudtræk på *sagsafslutningsdato* dog medført enkelte unøjagtigheder, da en sag reelt kunne tælle med i flere årsrapporter, selv om den var rapporteret for flere år siden. Det skyldes, at sager undertiden bliver genåbnet og afsluttet én eller flere gange, hvis der fx er behov for at tilføje supplerende oplysninger til sagen. Men det var tidligere kun muligt at trække data efter *seneste afslutningsdato*, hvorved afslutningsdatoen kunne ændres flere gange.

Ultimo 2017 er det imidlertid blevet muligt at trække data på "*første sagsafslutningsdato*", hvilket gør dataudtrækket mere tidstro i forhold til, hvornår en sag er rapporteret og betyder, at man undgår, at sagen kan tælle med i flere årsrapporter. Derfor er denne mulighed anvendt i forhold til nærværende årsrapport.

Bilag 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser

Der blev rapporteret 12.438 hændelser i 2017, inkl. slettede og afviste hændelser. Andelen af slettede/afviste sager er 5 %, hvilket svarer til tidligere år. Typiske årsager er fx, at en hændelse rapporteres flere gange eller mangler de nødvendige informationer for at sagen kan behandles. I tabellen herunder ses en fordeling af antallet af rapporterede hændelser på lokationer.

Tabel I

Antal rapporterede hændelser i 2017		
Sektorer		Rapporteret
Hospitalsenhed	Ukendt⁸	4
	Somatiske hospitaler	7915
	Psykiatrien	967
	Service og administrative funktioner	54
Anden regional	Præhospital	233
	Apoteker	126
	Praksissektoren⁹	1429
	Regionale botilbud (socialområdet)	1710
Hele Region Midtjylland		12438

⁸ Hændelserne med ukendt/ikke-kategoriserbar hospitalsenhed dækker over: test (2 UTH), Cervixcytologisk prøvebøtte fra uidentificerbar afdeling (1 UTH) og borger ønsker ikke at kassere overskydende medicin (1 UTH).

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

Bilag 3: 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. Antallet af rapporterede hændelser faldt med 12 % fra 2014 til 2015, mens det faldt med 2 % fra 2015 til 2016. I 2017 er der dog en samlet stigning i antallet af rapporterede hændelser på 5 % fra 2016 til 2017. Udviklingen er imidlertid ikke ens for hospitaler og øvrige regionale områder. I 2017 steg antallet af rapporterede UTH med 2 % for hospitaler, mens antallet steg med 15 % for anden regional. Diagrammet herunder viser udviklingen i antallet af UTH fra 2012 til 2017.

Diagram I



En del af årsagen til stigningen i rapporteringen i 2017 kunne være, at Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017 påbegyndte de risikobaserede tilsyn, hvilket kan have skabt endnu mere fokus på patientsikkerheden på behandlingsstederne og have afstedkommet rapportering af flere hændelser. Temaerne for det risikobaserede tilsyn i 2017 var '*medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb*'. Der er sket en stigning i det absolutte antal af rapporterede hændelser i de to DPSD hovedgrupper "*medicinering herunder væsker*" og "*prøver, undersøgelser og prøvesvar*" i 2017 sammenlignet med 2016. Antallet af rapporterede UTH i begge hovedgrupper udgør dog den samme procentvise andel af det samlede antal rapporterede UTH i 2017 som i 2016. Det er derfor ikke reelt muligt at konkludere, om de risikobaserede tilsyn har været medvirkende til stigningen i antallet af rapporterede UTH i 2017.

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.

Man kunne forvente, at en stigning kunne tilskrives almen praksis pga. akkrediteringen, der blev påbegyndt i 2016. Rapportering og opfølgning på UTH er således en del af standarderne i 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis¹⁰. Der er dog kun sket en stigning på 1 % i antal rapporterede UTH fra almen praksis fra 2016 til 2017. Derfor er det for usikkert at konkludere noget.

En stor del af stigningen kan derimod tilskrives de regionale bosteder, hvor der er sket en stigning på 29 % fra 2016 til 2017. Hovedparten af de rapporterede hændelser til regionale bosteder vedrører *'medicinering herunder væsker'*. Her kunne stigningen derfor godt være en mulig konsekvens af det særlige fokus, der har været på medicinering med de risikobaserede tilsyn. Men det vides ikke med sikkerhed.

¹⁰ <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/almen-praksis/standardsæt/-/Kvalitet%20og%20patientsikkerhed/1-3>

Bilag 4: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper

Tabellen herunder viser fordelingen af afsluttede hændelser på hændelsestyper i 2017. De fem hændelsestyper, der hyppigst gav anledning til rapportering af en UTH i 2017, er markeret med gult i tabellen. Disse fem hændelsestyper var angivet ved 3/4 af alle de afsluttede hændelser i 2017. I lighed med alle de øvrige år var ca. 1/3-del af hændelserne i 2017 rapporteret med angivelse af hændelsestypen: '*medicinering herunder væsker*', der derfor fortsat udgør den største gruppe. Den samlede fordeling af hændelser er nogenlunde den samme som tidligere år.

Table II

DPSD hovedgruppe (afsluttede sager: 11795)	Antal hændelser	I procent
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	34	0,3%
Anden utilsigtet hændelse	687	5,8%
Behandling og Pleje	1085	9,2%
Blod og blodprodukter	81	0,7%
Gasser og luft	45	0,4%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	991	8,4%
Infektioner	54	0,5%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	202	1,7%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	181	1,5%
Medicinering herunder væsker	4154	35,2%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	367	3,1%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	1278	10,8%
Patientidentifikation	341	2,9%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	384	3,3%
Præhospital behandling	17	0,1%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1473	12,5%
Selvskade og selvmord	63	0,5%
Sundhedfaglig visitation, telefonkonsultation	333	2,8%
Teknisk disponering	25	0,2%
Grand Total	11795	100%

Bilag 5: 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 alvorlighedsgrader.

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 2017					
Lokation	Ingen	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospitalsenhed	0	1	0	0	0
Somatiske hospitaler	4119	1861	1313	223	13
Psykiatrien	482	216	134	75	21
Service og administrative	24	7	5	2	0
Præhospital	95	50	55	34	1
Apoteker	90	20	6	1	0
Praksissektoren	710	492	138	23	3
Regionale botilbud	1091	424	58	7	1
Hele Region Midtjylland	6611	3071	1709	365	39

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.