

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport 2018

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Region Midtjylland, Koncern Kvalitet, Strategisk Kvalitet

4. april 2019, version 1

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
3.1 Aktindsigt i utilsigtede hændelser	9
3.2 TOKS og TOBS som fælles indsatsområder i Region Midtjylland	9
3.3 U hensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb	10
3.4 Hvad rører sig lokalt vedr. patientsikkerhedsarbejdet	11
3.5 Sektorovergange i det TværSektorielle Netværk for UTH (TSN)	12
3.5.1 Hvad arbejder klyngerne videre med i 2019?	13
3.6 Kommunikation om fravalg af genoplivning i sektorovergange	13
3.7 Årligt patientsikkerhedsgrundkursus og –konference	14
3.8 Fokus på slettede/afviste UTH	14
3.9 Infektionshygiejne	15
3.9.1 HAIBA	15
3.9.2 HEINO	15
3.9.3 MRSA-enheden	16
3.9.4 Det Regionale Antibiotikaråd	16
3.10 Det nationale patientsikkerhedsarbejde	16
3.10.1 Det sundhedsfaglige tilsyn	17
3.10.2 Tværregional arbejdsgruppe vedrørende patientsikkerhed	18
3.10.3 Projekt vedr. justering af den regionale rapporteringspligt	18
4. Hvad rapporterer patienter og pårørende om?	20
Rapporterede UTH fra patienter/pårørende og sundhedsfagligt personale	20
4.1 Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende	21
4.2 Patientforløb – tilrettelæggelse og flow	22
4.3 Behandling og pleje	22
4.4 Overlevering af information, ansvar og dokumentation	23
4.5 Kirurgisk behandling, herunder anæstesi	24
4.6 Prøver, undersøgelser og prøvesvar	25
4.7 Medicinering, herunder væsker	26
5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med patientskade i 2018	28
5.1 Medicinering herunder væsker	29
5.2 Henvisning, ind/udskrivelse og medicinlister	31
5.3 Behandling og pleje	32
5.4 Overlevering af information, ansvar, dokumentation	34
5.5 Prøver, undersøgelser og prøvesvar	36
5.6 Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	37
5.7 Anden utilsigtet hændelse	38
5.8 Beskrivelse af sagsopfølgninger i rapporterede UTH	39
6. Lokale bidrag om patientsikkerhed	41
6.1 Lokale bidrag i form af links	41
6.1.1 Hospitalsenhed Midt	41
6.1.2 Infektionshygiejniske område	41

6.1.3 MRSA-enheden	41
6.1.4 Praksissektor	41
6.1.5 Psykiatrien	41
6.1.6 Regionshospitalet Horsens.....	41
6.1.7 Regionshospitalet Randers	41
6.1.8 Socialområdet	41
6.2 Lokale bidrag i udfyldte skabeloner	42
6.2.1 Hospitalsapoteket	42
6.2.2 Hospitalsenhed Midt	44
6.2.3 Hospitalsenheden Vest.....	46
6.2.4 Præhospitalet	48
6.2.5 Regionshospitalet Randers	50
6.2.6 Aarhus Universitetshospital	52
7. Bilag	56
Bilag 1: Kriterier for dataudtræk	56
Bilag 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser.....	57
Bilag 3: Udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser.....	58
Bilag 4: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper.....	60
Bilag 5: Alvorlighedsgraden af afsluttede utilsigtede hændelser.....	61

1. Indledning

Formålet med den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport er at sammenfatte mønstre og tendenser i de hændelser, der rapporteres til hospitaler, 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 eller interesserer sig for patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland.

Årsrapporten anvendes løbende til at fortælle om utilsigtede hændelser (UTH) og patientsikkerhed i Region Midtjylland, når organisationen får spørgsmål internt og fra eksterne parter. Det fælles regionale indsatsområde for 2018 var TOKS (Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom – anvendes på hospitalerne) og TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom – anvendes i primær sektor).

Patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland er lokalt forankret på hospitalerne, hvor også opfølgningen på de konkrete UTH sker, nogle gange i et samspil med bl.a. praktiserende læger og kommuner i klyngesamarbejdet. Den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport 2018 afspejler derfor både de temaer, der arbejdes med regionalt, lokalt på hospitalerne, 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 af patientsikkerhed 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, bære dem videre til ledelsesfora samt repræsentere Region Midtjylland i Styrelsen for Patientsikkerheds nationalt nedsatte grupper vedr. patientsikkerhed mv.

Årsrapporten for 2018 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 fælles fokusområder i 2018.
- 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 2018, 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. Der refereres til nogle af de lokale indsatser i kapitel 4 og 5.

De generelle opgørelser og tabeller over UTH er vedhæftet som bilag 1-5. 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.

[Tidligere udarbejdede årsrapporter.](#)

Vedr. TSN-kordinationsgruppen er der oplysninger på [hjemmesiden vedr. Sundhedsaftalen](#), hvor tidligere årsrapporter til og med 2015¹ og referater også kan findes.

¹ Efter 2015 er der pga. det store arbejde en årsrapport kræver, alene udarbejdet en årlig TSN-opsamling, der fremlægges på møder i TSN-kordinationsgruppen og anvendes i klyngesamarbejdet lokalt.

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. (citater 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 skadevoldende².

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 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. Det kan i sig selv være med til at øge patientsikkerheden, men den kan *ikke måles* gennem antallet af rapporteringer.

² [Sundhedsloven § 198, stk. 5.](#)

Rapporteringssystemet for UTH er af ovenstående grunde alene velegnet til at identificere problemstillinger, indsamle viden og drage læring. I arbejdet med UTH bør der derfor være fokus på, *hvad* der rapporteres, snarere end *hvor meget* der rapporteres. Internationalt anbefales da også, 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, da UTH kun kan bruges til at sige, at en problemstilling findes, men ikke hvor ofte den forekommer.

3. Det regionale patientsikkerhedsarbejde

Sundhedsområdets målbillede "Et sundhedsvæsen på patientens præmisser" sætter rammerne for arbejdet med de nationale mål og kobler relevant aktivitet, god økonomi og høj kvalitet, så vi opnår mest mulig sundhed for de ressourcer, vi har til rådighed. Arbejdet med patientsikkerhed og UTH giver 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 patientsikkerhedsnøgelpersoner på alle afdelinger, som sørger for at holde ledelsen orienteret om UTH og relevante problemstillinger. Strategisk Kvalitet sikrer, at det lokale arbejde bindes sammen via den Regionale Patientsikkerhedsgruppe, der refererer til Kvalitetschefkredsen og Lederforum for Kvalitet. Dette sker i form af vidensdeling med fokus på eventuelle fælles tiltag, der skal have øget ledelsesmæssig bevågenhed, idet ledelsesforankring er altafgørende. 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.

3.1 Aktindsigt i utilsigtede hændelser

Region Midtjylland og hospitalerne oplever jævnligt at få henvendelser vedr. aktindsigt i utilsigtede hændelser fra journalister patienter og pårørende. Dette var også tilfældet i 2018.

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. Da reglerne kan være svære at forstå spurgte regionerne via Danske Regioner Styrelsen for Patientsikkerhed til en vejledning vedr. håndtering af aktindsigter og fortrolighed omkring UTH. Det var tilbage i 2016. På den baggrund bad Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017 Kammeradvokaten om at afklare retsgrundlaget for afgørelser om aktindsigt i UTH mv. Det forventes, at afklaringen endelig foreligger i 2019.

3.2 TOKS og TOBS som fælles indsatsområder i Region Midtjylland

TOKS – Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (hospitaler)

Lederforum for Kvalitet besluttede i 2017, at TOKS (og TOBS, se senere) skulle være et særligt fokusområde for patientsikkerhedsarbejdet i 2018. Dette skete bl.a. med udgangspunkt i den fælles regionale patientsikkerhedsårsrapport for 2016, fordi observation og opsporing af sygdom er et af de områder, hvor der ofte sker alvorlige UTH.

Der har været afholdt en TOKS-kampagne på hospitalerne i uge 48 (26. - 30. november 2018). Kampagnens formål var at sætte fokus på tidlig opsporing af kritisk sygdom på hospitalerne i Region Midtjylland for at sikre, at der kontinuerligt "tokses" og reageres adækvat på de vitale værdier.

I regi af den Regionale Patientsikkerhedsgruppe har en arbejdsgruppe bestående af risikomanagere, Koncern Kommunikation og Koncern Kvalitet udarbejdet kampagnemateriale, bl.a. auditskema, interviewguide, TOKS tipskupon, videoklip mv. Det fælles regionale materiale er samlet i en værktøjskasse på www.toks.rm.dk til internt brug. Materialet er tænkt som inspirationsmateriale, der kan anvendes i den lokale kampagne. Sloganet for kampagnen var 'Ta' temperaturen på TOKS' med fokus på:

- Gør vi det, vi tror vi gør?
- Har vi et problem?
- Har vi behov for en forbedringsindsats på området?

Det primære formål med kampagneugen var et undersøgende og afdækkende fokus på egen TOKS-praksis: Hvor gode er vi til at identificere patienter med kritisk forværring tidligt i forløbet? Der er ikke p.t. aftalt nye indsatsområder for 2019.

TOBS – Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (primærsektor)

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at redskabet TOBS skulle implementeres i alle regionens kommuner for at sikre tidlig erkendelse af en borgers sygdom, så der kan handles rettidigt. Da TOBS anvendes i overgangen til andre sektorer, er det vigtigt, at alle sektorer har kendskab til og støtter op om implementering og brug af redskabet. Lederforum for Kvalitet og Kvalitetschefkredsen har derfor tidligere foreslået, at problematikkerne omkring arbejdet med TOBS kunne bringes op i Sundhedsstyregruppen, så der kom særligt fokus på brugen af TOBS som et vigtigt indsatsområde i 2018 parallelt med hospitalernes arbejde med TOKS.

Aftalen blev dog, at arbejdet med TOBS skulle forsøges tænkt sammen med Lærings- og Kvalitetsteam for hoftenære lårbensbrud hos den +65-årige patient (LKT hoftenære lårbensbrud), så alle i risiko for hoftenære lårbensbrud skulle TOBS'es. Kommunerne er bl.a. tænkt ind i det forberedende arbejde ved at have en kommunal repræsentant i ekspertgruppen for hoftenære lårbensbrud. Sundhedsstyregruppen har aftalt, at kommunerne i Region Midtjylland inviteres til at deltage med én kommune pr. klynge i arbejdet med LKT hoftenære lårbensbrud. Kommunerne blev i april 2018 opfordret til også at fokusere på TOBS i de indsatser, der vælges.

3.3 U hensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb

Kvalitetschefkredsen besluttede i 2016, at der som et fast punkt på møderne i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe skulle afsættes tid til at drøfte "*uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb*" (patientforløb, der går mellem to eller flere hospitaler, mellem Præhospitalet og et eller flere hospitaler og/eller andre sektorovergange). Det giver mulighed for at vidensdele om problemstillinger med udgangspunkt i konkrete forløb.

Gennemgående for de cases, der i løbet af 2018 har været fremlagt på møder i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe er, at temaerne har handlet om manglende kommunikation og indsigt/forståelse for de enkelte sektors opgavevaretagelse samt information, der går tabt i overgangene.

Fx har Hospitalsenheden Vest sammen med Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenhed Midt og Præhospitalet gennemført en tværsektoriel dybdegående analyse af 3 trombolysseforløb. Hændelserne medførte forsinket behandling. De helt centrale problemstillinger handlede om kommunikation.

Psykiatrien har bl.a. haft en hændelse, hvor analysen viste, at mange flytninger mellem somatisk hospital og psykiatri resulterede i, at en patient aldrig fik stillet en diagnose. Det er derfor vigtigt at få somatik og psykiatri til at spille sammen i gensidig forståelse af de enkelte patienter. Bl.a. holdes der fælles møder mellem somatik og psykiatri vedr. tvang. Psykiatrien har desuden udarbejdet materiale om tvang, målrettet somatikken. I materialet er der lagt vægt på metoder til forebyggelse af anvendelse af tvang.

3.4 Hvad rører sig lokalt vedr. patientsikkerhedsarbejdet

I kapitel 6 har vi samlet de lokale bidrag. Vi vil derfor her nøjes med at trække enkelte områder frem, som har været vidensdelt i den Regionale Patientsikkerhedsgruppe til inspiration for andre, lige som i ovenstående.

3.4.1 Randersklyngen: Laboratorium

Der er igangsat et laboratorium i Randersklyngen med det formål tværsektorielt at få et overblik over, hvad der er af tilbud til voksne patienter med rusmiddelproblemer samt sociale, psykiske og kognitive vanskeligheder, der har behov for særlige indsatser for at modtage sundheds- og sociale tilbud. Et laboratorieprojekt har været at skabe et samlet overblik over tilbud i de fire kommuner i klyngen. Det har givet inspiration til Hospitalsenheden Vest, der har uddannet medarbejdere til at arbejde med modellen.

Se mere om på projektet i Randers som alle kommuner i klyngen bidrager til på:
www.sundhedsleder.dk.

3.4.2 Hospitalsenheden Vest: Min medicin

Hospitalsenheden Vest har på Dansk Selskab for Patientsikkerheds årlige konference i april 2018 holdt indlæg om sit projekt 'Min medicin med'. Der er med midler fra TrykFonden finansieret og udviklet en særlig medicinpose, som patienterne kan tage deres medicin med i, når de skal på hospitalet. Selve projektet har haft stor pressemæssig bevågenhed, og Hospitalsenheden Vest har også været inviteret til bl.a. Folkemødet på Bornholm for at fortælle om posen.

Der er generelt en stor efterspørgsel efter medicinposen, og det er håbet, at der kan findes midler til endnu flere, så poserne kan udbredes nationalt.

'Min medicin med' gælder regionalt med henblik på at sikre en god medicinanamnese ved indlæggelse. Uge 43 var udnævnt til fælles regional kampagneuge for at få udbredt budskabet til patienterne om at medbringe egen medicin på hospitalet. Der er ikke altid overensstemmelse mellem, hvad der står på Fælles Medicin Kort (FMK) og det, som patienterne indtager. Det kan derfor give nogle gode drøftelser med patienterne, når medicinen medbringes. Se mere på ['Din medicin med – når du skal indlægges'](#).

3.4.3 Hospitalsenhed Midt: Medicinrunder

På Hospitalsenhed Midt har man gået medicinrunder og observeret de enkelte arbejdsgange. Derved har man lært noget om, hvad der fungerer og hvad der ikke fungerer. Hospitalsapoteket i Viborg deltog også i medicinrunderne, hvor man bl.a. har skelet til erfaringer fra hhv. Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Horsens.

3.4.4 Aarhus Universitetshospital: Flytning

I forbindelse med flytning af hele Aarhus Universitetshospital (AUH) til Skejby har der været arbejdet med at sætte fokus på patientsikkerheden både under og efter flytningen, så der kan flyttes uden at skade patienterne. Der er udarbejdet en "patientsikkerheds-flyttepakke", der består af forskellige metoder, der kan bidrage til at forebygge skader på patienterne under flytninger.

Der er foretaget flere risikovurderinger, fx af hjertestop og af kritisk forværring i medicinske afdelinger. Et andet scenarie er transport til Intensiv Afdeling. Flere operationsafdelinger skal flytte sammen, så der skal også være en vurdering af, hvilke risici det giver for en operationsgang med forskellige kulturer.

For andre hospitaler er det interessant, hvad man gør på AUH, idet flere har flytteprojekter i gang. Hospitalsenhed Midt skal til at lave patientsikkerhedstjek i forhold til, hvor der kan blive udfordringer og vil derfor gerne vide mere om, hvad man kan lære af AUH. På AUH's intranet kan medarbejdere i Region Midt på siden ['AUH under fælles tag'](#) se mange vigtige informationer om flytning.

3.5 Sektorovergange i det TværSektorielle Netværk for UTH (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 vidensdeles 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 klyngerepræsentanter fra hospital eller kommune 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.

TSN-koordinationsgruppen besluttede i 2018, at TSN-netværket skal have fokus på *UTH i sektorovergange vedr. medicin*. Hver klynge skulle drøfte problemer og løsninger inden for problemområderne: AK-behandling, ordination i mængdeangivelse og FMK ajourføring.

I sidste ende gav det mest mening at arbejde med AK-behandling, da alle parter kunne genkende behovet for at arbejde med disse problematikker. I sektorovergangene ses fx problematikker omkring behandling med blodfortyndende lægemidler bl.a. i forhold til kontrol af INR, der skal sikre, at behandlingen justeres, når det er nødvendigt. Internt på hospitalerne ses fx problematikker vedr. pausering og opstart af blodfortyndende behandling i forbindelse med kirurgiske indgreb. Hver klynge skal beskrive det projekt vedr. AK-behandling som klyngen ønsker at arbejde videre med. Dette arbejde fortsætter i 2019.

3.5.1 Hvad arbejder klyngerne videre med i 2019?

- *Vestklyngen* planlægger en fælles tværsektoriel temadag til maj, som skal handle om kommunikationen på tværs.
- *Aarhusklyngen*: Der har tidligere været afholdt temaeftermiddage, men det overvejes, hvorvidt det skal gentages, da det er svært at dække både hospital, kommune og praksis.
- *Randersklyngen*: Der er fokus på UTH i sektorovergange. I forbindelse med problematikker relateret til medicinering ved udskrivelser, har man udarbejdet et spørgeskema, hvori man har bedt hjemmesygeplejerskerne i tre kommuner om at fortælle om deres oplevelser. Hospitalsafdelingerne har efterfølgende taget besvarelsenerne meget alvorligt, og arbejder videre med at skærpe fokus på de belyste problemstillinger. Der vil desuden være en tæt dialog med hjemmesygeplejerskerne.
- *Midtklyngen*: Klyngen er meget optaget af sektorovergange, og man har ladet sig inspirere af det igangværende arbejde i TSN-koordinationsgruppen, fordi man har manglet en anvendelig metode i arbejdet med problematikker ifm. sektorovergange. Der er også forventninger om, at man måske kan få inspiration fra Randersklyngens spørgeskema og metode til tværsektorielt samarbejde.

Ovenstående er alle eksempler på læring og vidensdeling.

3.6 Kommunikation om fravalg af genoplivning i sektorovergange

I løbet af 2018 er der udarbejdet en regional retningslinje, der forventes udgivet i foråret 2019. Dette er sket som følge af flere UTH i sektorovergange vedr. kommunikation om fravalg af genoplivning, der illustrerer, at der er mange misforståelser vedr. den gældende lovgivning på området. De rapporterede UTH viser fortsat, at der ikke altid overleveres information om en beslutning truffet i fællesskab mellem læge og patient, hvilket betyder, at fx terminale patienter alligevel bliver genoplivet mod deres ønske, som følge af at den lægelige beslutning ikke er fulgt med patienten i overgangene.

Det er en arbejdsgruppe under TSN-koordinationsgruppen, der på beslutning fra Klinikforum i Region Midtjylland har fået til opgave at se på løsninger af problemerne vedr. fravalg af genoplivning i sektorovergangene. På den baggrund er retningslinjen, med en lang beklagelig forsinkelse, udarbejdet og har været i faglig høring i almen praksis, kommuner og på hospitalerne samt hos Præhospitalet i 2018. Men her i foråret 2019 afventes, at Styrelsen for Patientsikkerhed er færdig med en revision af de gældende vejledninger, før den kan

ledelsesgodkendes i Sundhedsstyregruppen³ og udgives. Dernæst forventes, at alle - både præhospitalet, kommuner, hospitaler og almen praksis i Region Midtjylland - får kendskab til og implementerer retningslinjen for at sikre, at de beslutninger, der er truffet i fællesskab mellem læge og patient, følges.

3.7 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 2018 for fjerde gang afholdt en patientsikkerhedskonference, der har til formål at dagsordenssætte relevante emner, tiltag, metoder og resultater vedrørende patientsikkerhed. På patientsikkerhedskonferencen i 2018 havde det en fremtrædende plads at drøfte 'the Human Factor', dels i forhold til håndtering af fejl, dels i relation til følelsen af skyld og skam hos de involverede. Også i 2019 vil der være både konference og grundkursus. Sidstnævnte ændrer fremadrettet navn til '*Grundlæggende introduktion til patientsikkerhed*'.

3.8 Fokus på slettede/afviste UTH

I begyndelsen af 2019 er der på baggrund af et mediefokus kommet fornyet opmærksomhed på de slettede og afviste UTH. I marts 2019 blev regionerne bedt om en redegørelse i forhold til årsager til sletning/afvisning og hvordan regionerne sikrer, at rapporter kun slettes/afvises af lovlige grunde.

Der har hidtil ikke været gennemført stikprøver på de faktuelle årsager til sletninger/afvisninger i Region Midtjylland, men ved henvendelsen fra STPS er alle slettede/afviste rapporter i 2018 trukket fra Patientsikkerhedsdatabasen (DPSD) inkl. den uddybende begrundelse. Disse blev gennemset af risikomanagerne på hospitaler og øvrige regionale områder og evt. sagsbehandlere lokalt. En del rapporter var det korrekt at slette/afvise, fx testsager, serviceklager eller UTH'er, der var særdeles mangelfuldt oplyst. Men der er også fundet UTH'er, der burde have været behandlet, fordi rapporteringen falder indenfor lovens definition af en UTH, og der ikke ses anden god grund til afvisningen/sletningen. Næsten alle hospitaler og øvrige regionale områder har fundet fejl i vurderingerne.

I Region Midtjylland vil følgende tiltag på baggrund af redegørelsen derfor blive drøftet i ledelsesfora og netværk mv. og iværksat i 2019:

- Flere hospitaler og områder har allerede konstateret, at det fremadrettet er nødvendigt at lave stikprøver eller trække data med jævne mellemrum.
- Enkelte hospitaler konstaterede, at det særligt er nye sagsbehandlere, der havde slettet/afvist UTH, der burde være behandlet. Her er det allerede besluttet, at den første undervisning i sagsbehandling senere skal følges op.
- Der vil blive gennemført en tværregional drøftelse med STPS om, hvornår vi må slette/afvise en rapportering, og hvordan vi i fællesskab kan sikre klarhed omkring lovgivningen. Der er flere gråzoner, misforståelser og fejlfortolkninger på området.

³ Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland er det øverste administrative forum i Sundhedsaftalen, hvor der sidder repræsentanter fra både hospitaler, kommuner og almen praksis.

- Der vil blive set på behovet for fælles regionale retningslinjer, idet alle retningslinjer vedr. UTH hidtil har ligget lokalt på hospitalerne og øvrige regionale områder.

3.9 Infektionshygiejne

Infektionshygiejne er nøglen til at forebygge sygehuserhvervede infektioner, der ikke kun medfører øgede omkostninger ved indlæggelse, men også udgør en patientsikkerhedsrisiko. I 2019 skal der sikres et større ledelsesfokus på drøftelse af infektionshygiejniske udfordringer. Dette falder i god tråd med, at der på baggrund af Rigsrevisionsrapporten nedsættes en arbejdsgruppe i foråret 2019, som har til formål at nedbringe hospitalserhvervede infektioner.

3.9.1 HAIBA

HAIBA (Hospital-Acquired Infections dataBAse) 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.

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

I 2018 kom der desværre ikke som håbet en juridisk afklaring af muligheden for at arbejde med personhenførbare data fra HAIBA. Sundheds- og Ældreministeriet arbejder fortsat på at løse problemet. Indtil dette er afklaret er det muligt at modtage afgrænsede datasæt til validering.

Der blev i 2018 igangsat en proces for at etablere en fælles governancemodel for MiBa (mikrobiologisk database) og HAIBA, der sikrer et effektivt samarbejde mellem Statens Serum Institut (SSI) og Sundhedsdatastyrelsen (SDS) omkring drift og systemforvaltning, samt etablere en styregruppe med repræsentanter fra SSI og regionerne, der kan tage strategiske beslutninger i forhold til fx finansiering og den videre udvikling af MiBa/HAIBA komplekset.

Derudover er der blevet arbejdet hårdt på at gøre HAIBA klar til at kunne anvende den nye datamodel for Landspatientregistret: LPR3. Med LPR3 bliver der også introduceret det nye klassifikationssystem Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR), som erstatter Sygehus-Afdelingskoderne (SHAK). Disse ændringer vil give væsentlige udfordringer for HAIBA, hvor det bliver svært at sikre kontinuitet i data.

I starten af december blev, der på SSI afholdt en temadag om anvendelse af HAIBA med titlen "Hvad kan og skal overvågningsdata?", hvor flere repræsentanter fra Region Midtjylland deltog.

3.9.2 HEINO

HEINO (HospitalsErhvervet InfektionsOvervågning) er Region Midtjyllands modstykke til HAIBA, som baserer sig på data fra MidtEPJ og MADS. Den er tilgængelig i BI-portal og viser p.t. bakteræmier. HAIBA og HEINO er udviklet ud fra de samme principper, men i HEINO kan

man gå ned på afsnitsniveau, se cpr-numre og vælge flere faktorer, fx tid, sted, diagnose, mikrobiologi, antibiotika mm. For at prioritere regionens ressourcer korrekt er det blevet besluttet fremadrettet at tage udgangspunkt i HAIBA-data og så arbejde regionalt på de ting, man ved, HAIBA ikke kommer til at indeholde.

3.9.3 MRSA-enheden

Den regionale MRSA-enhed har til formål at medvirke til at forebygge spredning af MRSA i primærsektoren og i sektorovergangen mellem hospital og kommune. Dertil kommer andre resistente bakterier som fx CPO (Carbapenemase-Producerende Organismer), der blev anmeldelsespligtig i 2018.

MRSA-enheden udgiver en [årsrapport](#) med en status på enhedens arbejde, og på MRSA forekomst, smitte og spredning samt en oversigt over det forgangne års aktiviteter.

3.9.4 Det Regionale Antibiotikaråd

I 2018 blev der i Region Midtjylland nedsat et Regionalt Antibiotikaråd, der refererer til Den Regionale Lægemedelkomité. Forbruget af antibiotika spiller en nøglerolle i behandlingen af infektioner, men skal bruges med omtanke for at forhindre udviklingen af resistente bakterier. Forbrug af antibiotika har således stor bevågenhed, idet der ses en øget forekomst af resistente bakterier.

Forbruget af antibiotika er et nationalt og regionalt fokusområde, og der er derfor behov for en overordnet regional koordinering og synliggørelse af de initiativer, der skal igangsættes eller er igangsat på hospitalerne og i almen praksis som følge af de regionale og nationale krav. Det er denne opgave som Det Regionale Antibiotikaråd skal løfte.

I 2018 har Rådet bl.a. sat yderligere fokus på arbejdet med indførelsen af regionale standardordinationspakker (SOP) ved antibiotikabehandling og besluttet, hvilke mål Region Midtjylland skulle sætte for antibiotikaforbruget. De lyder:

- Forbruget af de kritisk vigtige antibiotika bør reduceres med 10 % i 2020 målt i DDD/100 sengedage for indlagte patienter på hospitalerne sammenlignet med forbruget i 2016.
- Dertil som understøttende mål, at 50 % anvender en standardordinationspakke (SOP) efter gældende retningslinje: [Initial antibiotikabehandling af udvalgte samfundserhvervede bakterielle infektioner hos voksne immunkompetente patienter, regional retningslinje](#).

3.10 Det nationale patientsikkerhedsarbejde

Deltagelse i tværregionale og nationale fora giver mulighed for fælles læring og vidensdeling af forskellige problemstillinger. Derudover udsender Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) løbende OBS-meddelelser⁴ med advarsler på konkrete områder som Strategisk Kvalitet videregiver til hospitalerne, risikomanagerne og andre interessenter. Der udarbejdes og vedlægges som hovedregel en sammenfatning af relevante UTH i Region Midtjylland. Ved at

⁴ OBS-meddelelser er særlige nyhedsbreve, der udsendes af Styrelsen for Patientsikkerhed, når der er hændelser, som bør afføde særlige opmærksomhed.

synliggøre, at der findes UTH vedr. konkrete emner 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.

Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte i 2018 færre OBS-meddelelser. Region Midtjylland har således kun modtaget 2 meddelelser i 2018.

I januar 2018 udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed en meddelelse om BUCCOLAM plastiksprøjter. Når den røde hætte blev trukket af, kunne der være risiko for, at tip-hætten kunne blive siddende fast på sprøjtespidsen og ende i patientens mund. Strategisk Kvalitet gennemførte et udtræk for 2017 og læste hændelserne igennem for at se, om der i Region Midtjylland var eksempler på problemstillingen. Det var der ikke.

I november 2018 udsendte styrelsen en OBS-meddelelse om risikoen for fejldosering ved ordination af Xarelto-startpakke. Der forefindes to forskellige styrker af tabletterne i startpakken, hvor patienten skal skifte styrke efter 3 uger i behandling. STPS angav, at ikke alle medicinmoduler kan håndtere, at der pga. de to forskellige styrker af tabletter i samme pakning kræves to forskellige doseringer i en ordinationsperiode.

Startpakken blev lanceret i august 2018, men Hjertesygdomme på Aarhus Universitetshospital observerede nogle risikable ordinationer, fordi pakken ordineres i stk selv om den indeholder flere styrker. Derfor blev det af hensyn til patientsikkerheden besluttet at deaktivere startpakken, så den ikke kan fremsøges i EPJ. Der kan dog stadig skrives recepter på startpakken via FMK-online, men det burde ikke være nødvendigt pga. Region Midtjyllands beslutning om at udlevere på en anden måde.

STPS arbejder fortsat sammen med FMK, MedCom, Lægemiddelstyrelsen og producenten om at afklare og løse problemet med startpakken.

3.10.1 Det sundhedsfaglige tilsyn

Med en ændring af Sundhedsloven i 2016 blev de tidligere frekvensbaserede tilsyn pr. 1. januar 2017 erstattet af et sundhedsfagligt tilsyn (navnet er ændret fra 'risikobaseret tilsyn'), som dels består af planlagte tilsyn, 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 forud definerede målepunkter har fokus i 2018 været på 'Medicinering og overgange i patientforløb'. De udvalgte patientforløb var:

- Patienten med skizofreni og samtidig somatisk sygdom.
- Patienten med kronisk sygdom og komorbiditet – diabetes.

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.

Den nationalt nedsatte Strategisk Følgegruppe har i 2018 holdt to møder, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed har fremlagt sammenstillede overordnede observationer og vurderinger som følge af det sundhedsfaglige tilsyn. Hvert år skal der vælges nye temaer for de planlagte besøg.

I 2019 gennemføres tilsyn på udvalgte behandlingssteder ud fra en vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden. Temaerne for det sundhedsfaglige tilsyn i 2019 er diagnostik og behandling med fokus på:

- Det kirurgiske område.
- Sårbare patienter.

3.10.2 Tværregional arbejdsgruppe vedrørende patientsikkerhed

På baggrund af drøftelser og oplæg fra Sundhedsdirektørkredsen besluttede Temagruppen for Kvalitet den 4. september 2018 at nedsætte en arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed.

Arbejdsgruppen skal udarbejde følgende:

- En model for organisering af tværregionalt samarbejde omkring læring af erstatnings- og klagesager og utilsigtede hændelser.
- En plan for det ledelsesmæssige og kliniske arbejde med læring af utilsigtede hændelser.
- Klarlægge rollefordelingen på patientsikkerhedsområdet mellem regioner, Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Arbejdsgruppens første opgave var at udarbejde et kommissorium, inkl. tidsperspektiv og milepæle. Dette arbejde pågår stadig.

3.10.3 Projekt vedr. justering af den regionale rapporteringspligt

I løbet af 2019 og 2020 vil der blive gennemført et projekt i regi af STPS vedr. muligheden for at justere rapporteringspligten. Regioner og kommuner deltager i styregruppe og arbejdsgrupper i projektet. Projektet udspringer af Sundhedsministeriets serviceeftersyn af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, der blev gennemført i 2014. Her blev det anbefalet at undersøge, om rapporteringen af utilsigtede hændelser kan forbedres, så der bliver en bedre balance mellem brug af ressourcer på rapportering og den læring, der kommer ud af rapporteringerne.

Efter regionernes ønske blev der i maj 2018 afholdt en workshop, hvor den videre proces og projektets nærmere indhold blev afklaret. Da STPS på den baggrund havde udarbejdet et udkast til projektindhold og kommissorier for arbejdsgrupper og styregruppe, blev indholdet forelagt Temagruppen for Kvalitet med henblik på at få udpeget deltagere fra regionerne til arbejdsgrupperne.

Arbejdsgrupperne skal se på rapporteringspligten og alvorlighedsklassifikationen, samt om en kortere rapporteringsformular kan anvendes ved ikke-alvorlige UTH. Arbejdsgruppernes bidrag skal munde ud i et pilotprojekt, der skal udføres fra november 2019 til april 2020.

Pilotprojektet skal undersøge og teste, om de foreslåede ændringer kan bidrage til øget lokal læring og patientsikkerhed. I forbindelse med dette arbejde vil STPS gennemgå bekendtgørelse og vejledning om rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser og revidere disse i relevant omfang. Planen er, at ændringerne træder endeligt i kraft i begyndelsen af 2021.

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 medicineringsfejl, manglende inddragelse og overdragelse ved udskrivning.

Der rapporteres fortsat kun et begrænset antal UTH fra patienter og pårørende. I begyndelsen lå tallet stabilt omkring 180 hændelser pr. år, men i 2017 sås en stigning til 226 hændelser. Her i 2018 er der igen sket en stigning, da der blev rapporteret 260 hændelser fra patienter og pårørende som vist i tabel 1 herunder. Det ville dog være ønskeligt, hvis patienter og pårørende rapporterede endnu flere hændelser. Det skal bemærkes, at en del rapportører har en sundhedsfaglig baggrund, så rapporteringssystemet er formentlig stadig ikke almindeligt kendt blandt patienter og pårørende.

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) udgav i november 2018 en ny pjece: [Hjælp os med at blive endnu bedre](#). STPS informerer generelt om rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende på [SPTS' hjemmeside](#), hvor der også findes en plakat og en film som hospitaler, almen praksis og kommuner kan hente og bruge til lokale kampagner.

Tabel 1

Rapporterede UTH fra patienter/pårørende og sundhedsfagligt personale		
	Rapporterede UTH	Procent
Patienter og pårørende⁵	260	2,1%
Sundhedsfagligt personale	12307	97,9%
I alt	12567	100,0%

Ud af de 260 hændelser, der er rapporteret fra patienter og pårørende, er 61 hændelser efterfølgende slettet eller afvist svarende til 23,5 %, hvilket er en ret stor andel. Årsagerne til en sletning/afvisning i de konkrete tilfælde er ukendt, men mulige årsager, der tidligere er oplevet dækker bl.a.:

- At patienten i sin rapportering giver udtryk for at ville klage og det ved kontakt til patient/pårørende viser sig, at de har misforstået, at rapportering af en UTH kun er til læring.
- At patientens rapportering reelt er en serviceklage over fx ventetid i et ambulatorie, personalets opførsel og lokaleforhold m.m., hvor der ikke har været fare for patientsikkerheden.
- At patienter og pårørende nogle gange rapporterer om emner, der ikke eller kun i meget begrænset omfang er relateret til patientsikkerhed, fx refusion af transportudgifter eller manglende tilskud til medicin.

⁵ Tidligere var patienter og pårørendes rapporteringer vist hver for sig. Men i november 2018 blev rapporteringsskemaerne sammenlagt. Derfor er det ikke længere muligt at skelne mellem om rapportøren er en patient eller en pårørende og der vises nu kun et samlet tal i tabellen.

Patienter og pårørende kan således have svært ved at skelne rapportering af UTH fra systemerne til klage og erstatning mv. Det er også grunden til, at Region Midtjyllands egen pjece beskriver de forskellige muligheder overfor hinanden.

I det følgende beskrives de væsentligste emner i rapporterne fra patienter og pårørende. I 2018 var der i alt 179 hændelser, der blev færdigbehandlet og som derfor er inkluderet i beskrivelserne.⁶

Hændelsestyperne er grupperet som følgende:

- Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende
- Patientforløb – tilrettelse og flow
- Behandling og pleje
- Overlevering af information, ansvar og dokumentation
- Kirurgisk behandling, herunder anæstesi
- Prøver, undersøgelser og prøvesvar
- Medicinering, herunder væsker

4.1 Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende

En stor del af de rapporterede hændelser handler om, at patienter og pårørende ikke oplever at blive inddraget i udrednings- og behandlingsforløb. Der er en følelse af ikke at blive hørt, at blive afvist og ikke taget alvorligt. Der reageres ikke eller reageres sent/for sent på symptomer som patienter og pårørende har gjort opmærksom på, hvilket i nogle tilfælde fører til smerter, forlænget sygdomsforløb og i værste fald død. Der er også tilfælde af respektløs til- og omtale. Det kan være grænseoverskridende, hvis der fx tales om dem i andres og eget påhør eller at de efterlades halvafklædte i åbne rum.

CASE:

En borger kommer ud for en ulykke og klager efterfølgende over ondt i lænden. Egen læge sender patienten til røntgen, men der bliver kun taget billede af bækkenpartiet og ikke af rygsøjlen. Transporten foregår i siddende transport. Efter røntgenfotografering sendes patienten til akutmodtagelse pga. smerter. Både patient og pårørende fortæller personalet, at patienten har ondt i ryggen. Lægen skønner anderledes og sender patienten hjem med smertestillende tabletter. Patienten har ondt i flere dage og henvender sig til sidst til egen læge. Denne sender patienten til røntgenfotografering. Billeder viser et brud på en lændehvirvel.

Pårørende med en sundhedsfaglig uddannelse føler sig ikke nødvendigvis mere hørt end andre pårørende. Men på grund af deres større viden lader de sig ikke så nemt affærdige, idet de har mulighed for at påpege nogle uhensigtsmæssigheder andre borgere måske ikke har øje for. Fx om personalet overholder regler vedrørende hygiejne. Derudover er der tilfælde med

⁶ Når hændelserne gennemlæses laves et dataudtræk på hændelser afsluttet i 2018, da det skønnes bedst at læse hændelser, der er færdigbehandlede, idet man ellers ikke kan læse, hvilke tiltag, der eventuelt er gennemført som følge af hændelsen.

tvang, hvor mistolkning af patienternes signaler har medvirket til, at det har været nødvendigt at bæltefikse.

4.2 Patientforløb – tilrettelæggelse og flow

Patienter og pårørende rapporterer om manglende sammenhæng i patientforløbet. De føler sig utrygge, når der ikke er overensstemmelse mellem forskellige personalers håndtering af behandlingen i patientforløbet. Der opleves lange ventetider, fx i forbindelse med udredende undersøgelser, og specielt manglende tilbagemelding på prøver eller forkerte svar på prøver. Flere patienter og pårørende giver udtryk for, at det er et meget venligt personale, men de er pressede og har for travlt.

CASE:

En patient er meget plaget af smerter, men må vente 68 timer for at få opereret et knoglebrud. Møder flere gange op på hospitalet fastende, hvor operationerne bliver aflyst. Konsekvensen er et meget forlænget patientforløb.

Eksempler på lokale indsatser

Flere hospitaler, fx Regionshospitalet Randers, har eller påtænker at gennemføre patientsikkerhedsrunder for at sætte fokus på sikkert patientflow.

4.3 Behandling og pleje

Opsporing, diagnostik og forebyggelse

Rapportering omhandlende opsporing, diagnostik og forebyggelse handler blandt andet om, at patienter og pårørende oplever mangler i diverse undersøgelser. Nogle af patienters og pårørendes informationer om helbred skrives ikke ind i journalen, hvorfor vigtig viden går tabt. Der er en oplevelse af forkerte og/eller forsinkede diagnoser, hvilket fører til forkert behandling, længere indlæggelsestid, genindlæggelse og risiko for skade som følge af UTH. Det skaber utryghed og manglende tillid til sundhedsvæsenet.

CASE:

En patient har efter et fald fået kraftig hovedpine, kvalme og kaster op. Efter flere dage kontaktes vagtlægen. Patient og pårørende efterspørger en skanning af hovedet. Dette afvises, og patienten får i stedet smertestillende medicin og bliver bedt om at gå til egen læge. Senere samme dag bliver patienten ukontaktbar, og vagtlæge bestiller en ambulance uden udrykning. Det viser sig, at patienten har en hjerneblødning.

CASE:

Patient kontakter vagtlæge pga. dobbeltsyn og føleforstyrrelser i højre side af kroppen. Lægen tjekker reflekser på patienten, der tidligere har haft hjerteflimmer. Patienten sendes hjem igen. Patienten bliver bedt om at henvende sig ved egen læge den følgende dag. Der bliver ikke skrevet i patientjournalen om hændelsen. Ved en senere undersøgelse på hospitalet opdages en livstruende hjertefejl samt metastaser i hjernen forårsaget af en kræftsygdom, der har videreudviklet sig.

Patienttransport

Patienter og pårørende rapporterer om u hensigtsmæssige valg af patienttransport. Herunder om transport, hvor svage patienter transporteres siddende frem for liggende, om transport der udebliver og transport, der forsinkes, når der køres til forkert afdeling (nye skilte og afdelingsbetegnelser).

CASE:

Der er bestilt liggende transport til patient. Efter 2 timer er patienten ikke afhentet. Efter opkald oplyses det, at transporten tidligere er blevet aflyst. Det er til stor undren, da stamafdelingen ikke har aflyst transporten. Transport genbestilles. Efter flere timers ventetid er patienten stadig ikke hentet.

Observation og erkendelse af kritisk forværring

Patienter og pårørende rapporterer om manglende opmærksomhed på patienter med potentiel faldrisiko og forglemmelse i påsætning af nødopkald.

CASE:

Patient er isoleret på sengestuen på grund af smittefare og ved en forglemmelse har personalet ikke sat nødopkald på hende. Da pårørende kommer, har patienten forgæves råbt om hjælp i længere tid og er ude af sig selv, da patienten er hjælpeløs alene.

Eksempler på lokale indsatser

Hospitalsenheden Vest arbejder med problemstillinger vedrørende manglende eller sen samtale med patienter og pårørende om aftalt behandlingsniveau.

På Aarhus Universitetshospital er der fokus på at fastholde en god behandlingskvalitet og patientsikkerhed midt i flytteproces og omstrukturering. Derfor er der rullet en 'patientsikkerheds flyttepakke' ud i afdelingerne, der bl.a. indeholder en metode til risikovurdering en flytte-tjekliste og tiltag som i 'patientens fodspor', hvor der er fokus på skiltning i patientens vej fra parkeringsplads til afdeling.

4.4 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).

- manglende og forsinket overlevering af information mellem lægerne (fx forsinket eller ingen journalføring).
- for mange forskellige læger med forskellige holdninger.
- for stor travlhed, så patienter og pårørende ikke føler sig set.
- manglende skrivning af oplysninger i journaler.
- recepter og henvisninger der ikke bliver sendt, så patienter ikke kommer i medicinsk behandling til tiden.
- At patienter og pårørende selv skal agere for at der følges op.

CASE:

Der skulle laves og sendes en henvisning til xxx. Dette skete ikke, før jeg selv kontaktede afdelingen, og derefter blev der lavet henvisning.

Udskrivning

De pårørende oplever manglende koordinering og overlevering af information i forhold til hjemmepleje og kommune, når især ældre patienter sendes hjem uden at der er aftalt noget med hjemmeplejen eller om patienten er i stand til at håndtere medicin o.l. De pårørende føler, at det er dem, der er nødt til at træde til.

CASE

En ældre patient skal sendes hjem, og det aftales med den pårørende, at patienten først skal hjemsendes efter weekenden. En time senere kontaktes den pårørende, at patienten alligevel sendes hjem, da andre sundhedsfaglige har truffet en anden beslutning.

CASE:

Man kunne have spurgt ind til, om patienten var tryk ved at dosere egen medicin, kunne komme rundt i eget hjem, om der var behov for hjælpemidler og om patienten havde pårørende til at hjælpe sig.

Eksempler på lokale indsatser

Hospitalsenheden Vest har i 2017 og 2018 i forbindelse med patientsikkerhedsrunder med hospitalsledelsen haft fokus på tidstro dokumentation samt prøvehandlinger på flere afdelinger.

På Regionshospitalet Randers har man arbejdet med opdatering og præcisering af flere retningslinjer for at sikre ensartet dokumentation.

4.5 Kirurgisk behandling, herunder anæstesi

I forbindelse med kirurgiske behandlinger rapporterer patienter og pårørende om:

- Uens procedure for udlevering af smertestillende medicin før operation.
- Fornyet operation pga. fremmedlegeme.
- Manglende lejringsændring.
- Manglende smertedækning under operation.

- Forsinkede operationer pga. manglende og/eller forkert diagnosticering.
- Manglende oplysninger om mulige bivirkninger samt hvor de kan henvende sig efter udskrivning.
- Manglende opfølgning i form af kontrol.

CASE:

Jeg bliver gjort klar til operation og spørger en sygeplejerske, om jeg ikke skal have smertestillende, inden jeg skal på operationsbordet. Dette afvises. Efter operationen spørger en anden sygeplejerske, hvornår jeg fik smertestillende inden operationen. Det bevirker, at jeg føler mig utryk ved den efterfølgende behandling på hospitalet.

CASE:

Efter operationen indeholdt patientens blære en stor mængde urin, da der ikke var anlagt et kateter under operationen. Konsekvens: Patienten kan ikke længere selv tømme blæren, men er nødt til at anvende kateter.

Eksempler på lokale indsatser

Hospitalsenheden Vest har som en del af et forbedringsprojekt haft fokus på medicin i operationsdøgnet, idet der kunne være usikkerhed om ansvarsfordelingen.

4.6 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.
- Forkerte data på den forkerte patient.

CASE:

Patienten fik på hospitalet taget nogle blodprøver. Ved tjek på sundhed.dk opdages det, at der også lå svar på blodprøver, der ikke var patientens.

CASE:

Personalet glemte at bestille prøven. Den blev først bestilt, da jeg spørger ind til den.

Eksempler på lokale indsatser

Hospitalsenhed Midt har kørt kampagnen 'sikker patientidentifikation' for at sætte fokus på vigtigheden af at huske god og sikker identifikation af alle patienter. For at nedbringe fejl ved rekvisition og mærkning af prøver har hospitalet som indsats sendt månedslister med fejl fra Patologi til afdelingsledelserne, som det forventes, at de følger op på.

4.7 Medicinering, herunder væsker

Medicinering, herunder væsker er et af de emner, der fylder meget i patienters og pårørendes rapporteringer:

- Patienten får ikke vanlig medicin under indlæggelse, får medicin, som tidligere er seponeret eller får unødvendig medicin.
- Patienten fejlmedicineres eller får udleveret forkert styrke/antal. Det sker også ved udskrivning.
- Der tages ikke hånd om at opbevare og overvåge udlevering af medicin til sårbare patienter eller samarbejde om fx misbrugere, der fx normalt får udleveret metadon fra misbrugscenter.
- Manglende opdatering af FMK.
- Der ordineres medicin, der er kontraindiceret, dvs. ikke harmonerer med allerede ordineret medicin, eller manglende tjek af CAVE, der medfører, at patienter får allergiske reaktioner.
- Nogle patienter kan ikke få medicin efter udskrivning, da apotekerne har lukket. Der er ikke døgnapotek, hvorfor vagtlæger ikke kan udskrive medicin til afhentning om natten.
- Efter hjemsendelse opdager nogle patienter selv en fejlmedicinering, hvis de ser, at pillen har en forkert farve, form osv. og derved kan reagere.
- Der udleveres medicin på apoteket, som er fra et tidligere forløb. Dvs. at patienten kan komme til at starte op igen på medicin, han/hun ikke længere skal have.

CASE:

Recepten har været på server, udskrevet efter retningslinje fra læge. Det er ikke muligt for apoteket at se, om en behandling er stoppet. Det er lægerne, der skal slette recepter på endt behandling. Apoteket skal udlevere, hvad der ligger på server, hvis patienten vil have det.

- Patient får ikke vanlig medicin, da indlæggende afdeling ikke har overført al FMK-medicin til MEM (medicinmodulet i EPJ).
- Manglende ordination af medicin i FMK giver problemer for primærsektor mht. at følge op.
- Ønske om klare aftaler om selvadministration, så psykisk sårbare patienter ikke tager al medicin på én gang.

CASE:

En patient får mundtligt ordineret medicin, og læge oplyser, at det bestilles til udlevering lokalt dagen efter. Det ligger dog ikke klar til afhentning. Ved kontakt til apoteket oplyses, at medicinen ikke er indtelefoneret. Det medfører en weekend uden medicin, flere smerter og forsinket opstart af behandling.

Eksempler på lokale indsatser

For at øge patientsikkerheden har Hospitalsapoteket kontinuerligt arbejdet på, at farmakonomer og farmaceuter skal optage medicinamnenser på flere afdelinger i Region Midtjylland. Dette sker i samarbejde mellem Hospitalsapoteket og den enkelte afdeling. Desuden skal der fremadrettet arbejdes på en kampagneperiode med fokus på lægemiddelformer.

Inden for socialområdet er der fokus på at forbedre medicinsikkerheden. Ved at implementere adgang til FMK sikres det, at relevante medarbejdere til enhver tid har adgang til de korrekte og opdaterede oplysninger om borgernes ordinationer.

5. Fremtrædende problemstillinger i hændelser med patientskade i 2018

Omdrejningspunktet for dette kapitel er at beskrive problemstillinger, der er fremtrædende i hændelser, hvor der er sket patientskade⁷ i 2018. 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 vigtigt 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 2019 er de hyppigst rapporterede hændelsestyper de samme som sidste år og rækkefølgen er uændret. Den procentvise fordeling af hændelser er angivet i parentes:

1. Medicinering, herunder væsker (34,1 %)
2. Prøver, undersøgelser og prøvesvar (11,5 %)
3. Overlevering af information, ansvar, dokumentation (10,8 %)
4. Behandling og pleje (10 %)
5. Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister (7,9 %)

De fem hændelsestyper er beskrevet i de følgende afsnit. Hvert afsnit indeholder beskrivelser og cases, der er baseret på en gennemlæsning af de dødelige og alvorlige hændelser.

Foruden de fem hændelsestyper beskriver rapporten hændelser klassificeret i to generelle kategorier:

- *Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation*
- *Anden utilsigtet hændelse*

Disse to kategorier er vigtige, fordi der har været forholdsvist mange alvorligt og dødelige hændelser af generel karakter i disse kategorier.

I hvert afsnit vises en tabel med fordelingen af antallet af patientskader på de særligt risikable *administrative eller kliniske processer* under den enkelte hændelsestype.

⁷ 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 2018, kan findes som bilag 5 sidst i rapporten.

5.1 Medicinering herunder væsker

Medicinering herunder væsker er den hændelsestype, der har givet anledning til flest rapporteringer af UTH i 2018. Der er således rapporteret 3921 hændelser. Andelen af patientskader er 7,2 %, hvilket er mindre end sidste år.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Medicinering herunder væsker	Administration (Udlevering, indgift, indtagelse)	2165	103	7	0
	Ordination, receptkontrol	780	86	9	0
	Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	638	38	6	0
	Øvrige	338	30	3	1
I alt		3921	257	25	1

Hændelserne i dette kapitel omhandler primært:

- Manglende ansvarsplacering for ordination ved overgange mellem hospitalsafdelinger og mellem sektorer.
- Tvivl om ordinationer, herunder tvivl ved beregning af dosis, tvivl om overensstemmelse mellem FMK og patientens medicinskema, og manglende ansvarsplacering for ordination og administration af opioider.
- Tvivl om procedurer ved akut behandling og mangelfulde procedurebeskrivelser.

Problemer med medicin i overgange og ved overlevering samt ansvarsfordeling

Flere hændelser beskriver alvorlige problemer i overgange mellem specialer og hospitalsafdelinger og problemer i overgange mellem sektorer ved udskrivelse af patienten til opfølgning i primær sektor. Hændelserne beskriver manglende ansvarsplacering for patientens medicinering i forbindelse med såvel ordination som administration. Flere af hændelserne beskriver mangelfuld behandling med blodfortyndende medicin (AK-behandling), fx at der er givet den forkerte dosis til patienten, selvom ordinationen har været rigtig, eller at patienten ikke har modtaget AK-behandling enten ved overlevering mellem hospitalsafdelinger, eller ved udskrivelse, primært på grund af mangelfuld kommunikation mellem de ansvarlige sundhedspersoner (jf. case).

CASE:

Patienten er opereret to gange indenfor 3 døgn. Der er ordineret injektion Fragmin, men der gives ikke besked om dette i overleveringen fra intensiv til sengeafdeling, og patienten får dermed ikke sufficient AK-behandling.

CASE:

Patienten udskrives til primærsektor, og der skal efter planen ordineres injektion Fragmin, indtil AK-behandlingen skal overgå til tablet Marevan. Imidlertid er der ikke ordineret Fragmin, og den medgivne dosis Marevan er forkert ift. medicinskemaet.

Forvekslinger og doseringsfejl

Modsat de foregående år er der kun rapporteret enkelte hændelser vedrørende dosisdispensering, som skyldes forveksling mellem mg og styk. Ingen af disse hændelser har givet anledning til alvorlige patientskader. Dog er der rapporteret flere alvorlige og dødelige hændelser, som skyldes forveksling af *præparater*, fordi der er taget fejl af hætteglas, som umiddelbart ligner hinanden, eller i *dosis* som følge af *fejlagtig lægemiddelberegning*. Fælles for disse hændelser er, at de sker i akutte behandlingssituationer ved fx hjertestop eller ved akut forværring i patientens tilstand.

Manglende ansvar for ordinationer, justeringer og udtrappingsplaner

Der ses også flere hændelser, som beskriver forkert ordination og/eller administration af opioider og/eller mangelfuld opfølgning på behandling og nedtrapping af opioider. Flere hændelser beskriver, at der iværksættes postoperativ smertebehandling med morfin, men at der ikke udarbejdes en udtrappingsplan inden udskrivelse. Det beskrives i flere af hændelserne, at der mangler kontinuitet og ansvar i ordination og behandling, primært fordi der er forskellige læger involveret i behandlingen, som ikke tager det primære ansvar for behandlingen. Andre hændelser beskriver, at der mangler samarbejde med misbrugscentre for de patienter, der skal smertedækkes eller have substitutionsbehandling under indlæggelse, men genoptage deres sædvanlige substitutionsbehandling efter udskrivelse.

Medicinering i akutte situationer

Som beskrevet ovenfor beskriver flere hændelser, at der sker alvorlige utilsigtede hændelser i akutte situationer. Flere hændelser beskriver, at det kan være svært eller umuligt at finde livsvigtige retningsgivende dokumenter fx lægemiddelberegning af akut livsvigtig medicin ved akut travlhed. Hændelserne beskriver, at det er svært at skulle tilgå disse dokumenter i e-Dok. Andre hændelser beskriver manglende fortrolighed med akutkasser, hjertestopvogne og lignende, og argumenterer, at personalet savner oplæring og klare aftaler om ansvar (jf. case).

CASE:

En patient indbringes til akutafdelingen efter hjertestop. Patienten får lavet relevante kardiologiske undersøgelser, og det viser sig, at patienten har dobbeltsidede lungeembolier. I det akutte forløb er der tvivl om den blodfortyndende behandling. Der ordineres et præparat, hvor plejepersonalet er i tvivl om lægemiddelberegning og dosis. Der søges forgæves i e-Dok efter procedurebeskrivelse og retningslinje. Patienten får dog den rigtige dosis efter en efterfølgende ændring i ordinationen.

Eksempler på lokale indsatser

Som en del af en række særlige indsatser ift. patientsikkerhedskulturen har Regionshospitalet Randers bl.a. gået medicinrunder. Disse har givet anledning til drøftelser af praksis vedrørende medicinering og at medicinrunder er blevet en fast driftsopgave. Desuden gennemføres planlagt abstinensbehandling i et tværsektorielt samarbejde allerede under indlæggelsen.

Hospitalsenheden Vest har sat fokus på medicin i OP-døgnet, og gennemført et forbedringsprojekt på tværs af kirurgiske afdelinger.

På Hospitalsenhed Midt udgør UTH vedr. medicinering de fleste rapporteringer, og derfor har Medicinrådet på hospitalsenheden besluttet at gennemføre medicineringsrunder i 2019 med deltagelse af HL.

På baggrund af forkert håndtering af lægemiddelformer og forveksling planlægger Hospitalsapoteket en kampagne i 2019.

5.2 Henvisning, ind/udskrivelse og medicinlister

Der er rapporteret 909 hændelser med relation til *henvisninger, ind-/udskrivelser og medicinlister*. Heraf har 13,6 % givet anledning til en patientskade, hvilket er lidt færre end sidste år.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	Henvisning/ visitation	455	51	3	1
	Medicinafstemning	187	7	0	0
	Udskrivning, Udflytning	186	42	3	1
	Øvrige	81	11	3	2
I alt		909	111	9	4

Hændelserne i dette kapitel omhandler områder, som dels påvirker sammenhæng i patientens indlæggelses- og udskrivelsesforløb, og dels patientens efterbehandling og tid efter indlæggelsen. Der er primært tale om hændelser, der er karakteriseret ved:

- Mangelfuld henvisning ved indlæggelse.
- Mangelfuld udskrivning.
- Forsinkede epikriser.
- Manglende ansvar for patientens delforløb og for det samlede forløb.
- Manglende sammenhæng i patientforløb.
- Manglende opfølgning på kritisk sygdom.

Under processerne *henvisning/visitation* er der rapporteret hændelser, hvor der ikke følges op på alvorlig kritisk sygdom på tværs af specialer, og hvor der ikke videregives et ansvar for opfølgning.

Desuden rapporteres hændelser, hvor man ved alvorlig diagnose på kritisk sygdom ikke sikrer sig, at patienten modtager besked fra hospitalet. Hændelserne beskriver, at man forgæves forsøger at ringe patienten op, og derefter sender en indkaldelse pr. brev, som imidlertid aldrig når frem til patienten. I enkelte hændelser når brevet fra hospitalet først patienten, efter at denne er afdøet ved døden.

For processen *epikrise* rapporteres, at forsinkelse af epikrisen betyder forsinkelse af både undersøgelse, behandling og opfølgning på alvorlig kritisk sygdom (jf. case). Hændelserne

beskriver, at en forsinkelse kan skyldes, at lægen ikke dikterer epikrisen umiddelbart ved udskrivelsen eller at der er forsinkelse med at få epikrisen skrevet.

CASE:

En patient med kritisk sygdom indlægges i et døgn, men udskrives til hjemmet i ventetiden til videre behandling. Lægen dikterer ikke epikrisen umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen, men lader der gå mere end en uge. Da epikrisen skal skrives, fremgår det, at patienten ved udskrivelsen skulle have været henvist til strålebehandling. Strålebehandlingen blev således forsinket.

5.3 Behandling og pleje

Der er rapporteret 1152 hændelser vedrørende behandling og pleje. Blandt de hyppigst rapporterede hændelsestyper er det i gruppen vedrørende *behandling og pleje*, at der oftest bliver rapporteret en patientskade. Således gav 33,2 % af hændelserne anledning til en patientskade. Andelen er lidt mindre end sidste år.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Behandling og Pleje	Andet	330	55	6	0
	Opsporing (diagnostik) og forebyggelse	255	86	23	4
	Observation/ erkendelse af kritisk forværring ⁸	202	68	19	6
	Tryksår	54	33	2	0
	Øvrige	311	73	6	1
I alt		1152	315	56	11

Observation/erkendelse af kritisk forværring

Hændelserne vedrørende *observation/erkendelse af kritisk forværring* beskriver primært situationer, hvor der ikke handles adækvat på TOKS, eller hvor patientens sygdomstilstand undervurderes. En del af hændelserne beskriver mangelfuld kommunikation imellem de sundhedsfaglige aktører og kritiske situationer, hvor sundhedspersonalet mangler de fornødne faglige kompetencer og enten ikke understøttes af mere erfarent personale eller selv træffer beslutninger, som viser sig at have alvorlige konsekvenser (jf. case).

I flere af hændelserne beskrives, at dårlige patienter overflyttes mellem lokationer, og at man i forbindelse med overflytningen erfarer, at patienten er dårligere end først antaget.

⁸ "Observation" og "Erkendelse af kritisk forværring" er lagt sammen, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

CASE:

En dårlig patient med kendt kræftsygdom indlægges på intensiv fra modtagelsen på grund af hurtig hjerterytme. Patienten er set af KBU-læge, som har telefonisk kontakt med akutlæge og med medicinsk bagvagt. Intensivafdelingen informeres ikke om, at patienten er meget dårlig, og overflytningen sker uden overvågning. Ved ankomst til intensivafdelingen scores TOKS 10. Patienten er meget dårlig, og dør i forløbet herefter.

Opsporing (diagnostik) og forebyggelse

Hændelser under processen *Opsporing (diagnostik) og forebyggelse* beskriver situationer, som primært er karakteriseret af:

- Dårlig eller mangelfuld kommunikation mellem sundhedspersonale.
- Undervurdering af patientens sygdomstilstand, og oversete diagnoser.
- Svar på prøver og undersøgelser er ikke set, men ligger i en brevbakke på kontoret.
- Manglende sammenhæng mellem somatisk og psykiatrisk behandling (jf. case).

CASE:

I døgnet efter operation bliver en nyopereret thoraxkirurgisk patient med kendt KOL, tiltagende dårlig med påvirket respiration, nedsat vandladning, høj feber, og sløret bevidsthed. Patienten er netop udskrevet fra opvågningsafsnit til sengeafsnit. Det erfarne plejepersonale kontakter forvagten, som dog ønsker at afvente resultatet af yderligere værdier, inden kontakt til intensivlæge. Patienten bliver hurtigt dårligere, og der konfereres med intensivlæge. Plejepersonalet på sengeafsnittet giver udtryk for, at patienten er meget dårlig, og behøver intensiv behandling, og forsøger at få forvagt og intensivlæge til at handle hurtigere. Patienten får hjertestop umiddelbart inden overflytning til intensivafdelingen og dør i forløbet herefter.

Hjertestopbehandling

Under processen *Hjertestopbehandling* beskrives situationer, hvor der ikke er entydigt dokumenteret i journalen, hvorvidt patienten skal genoplives ved hjertestop, og det sundhedsfaglige personale efterlades i tvivl i den akutte situation.

Tryksår

For processen *Tryksår* beskrives blandt andet mangelfuld lejring af immobile patienter, og mangelfuld sårpleje af et tryksår. En hændelse beskriver, at en patient havde et lille tryksår ved indlæggelsen, udelukkende fik skiftet bandage på såret, men blev ikke lejret på trykaflastende madras. Tryksåret blev derfor forværret i løbet af indlæggelsen. En anden hændelse beskriver, at en immobil patient med kendt diabetes udskrives efter 6 dages indlæggelse til hjemmeplejen med tryksår på begge hæle. Under indlæggelsen er der ikke iværksat forebyggende tiltag. Patienten havde ingen tryksår ved indlæggelsen.

Andet

I kategorien *Andet* beskrives blandt andet hændelser vedrørende behandlingsplaner, som enten ikke er lagt eller som ikke følges. I begge situationer er patientens tilstand blevet væsentligt forværret. Desuden beskrives hændelser, hvor der ikke er en klar og entydig ansvarsplacering for den akutte behandling, hvorfor der sker væsentlig forværring i patientens tilstand.

Eksempler på lokale indsatser

Præhospitalet vil i 2019 sætte fokus på vejrtrækningsproblemer, idet Dansk Indeks som Præhospitalet arbejder efter, vil blive revideret og AMK-personalet vil blive undervist i at kunne høre på vejrtrækningen om patienten fx hyperventilerer. Endvidere vil Præhospitalet igangsætte et e-læringsprogram for det præhospitale personale i forhold til behandling af børn med feberkrampe.

5.4 Overlevering af information, ansvar, dokumentation

Der er rapporteret i alt 1244 hændelser vedrørende *Overlevering af information, ansvar, dokumentation*. Heraf medførte 17 % en patientskade, hvilket er færre end sidste år.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Information/ Dokumentation	556	65	10	0
	Udskrivning, udflytning	156	24	4	0
	Indlæggelse, indflytning, overflytning	152	27	10	3
	Overdragelse af ansvar, vagtskifte	142	21	5	3
	Øvrige	238	31	8	0
I alt		1244	168	37	6

På tværs af de tre procesmål er det gennemgående for de alvorlige eller dødelige rapporterede UTH, at der opleves mangelfuld overlevering og information, såvel skriftligt som mundtligt i kritiske akutte situationer.

Information/Dokumentation

I forbindelse med *Information/Dokumentation* omhandler flere hændelser, at manglende journalnotater ifm. modtagelse af den kritisk syge patient medfører væsentlig forsinkelse i udrednings- og behandlingsforløbet. Desuden beskrives det, at manglende medicinanamnese i forbindelse med indlæggelse ofte betyder, at risikosituationslægemidler⁹ ikke gives til tiden. Enkelte hændelser beskriver behandlingsforløb, hvor patienter med alvorlig kritisk sygdom ikke har modtaget en indkaldelse til behandling eller undersøgelse.

⁹ *Risikosituationslægemidler* er lægemidler, der er sværere at håndtere end andre og derfor giver en særlig risiko for patienten. Udover lægemidlet selv er det ofte de situationer, lægemidlerne bliver brugt i, der fører til fejl - deraf navnet *risikosituationslægemidler*. Der kan ses mere om risikosituationslægemidler på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside [her](#).

CASE:

En patient indlægges til neurologisk undersøgelse efter at være besvimet. Undersøgelsen bekræfter mistanke om blødning i hjernen, og man beslutter at foretage udvidede undersøgelser. Besked til neurokirurgisk afdeling om dette forsinkes imidlertid, og i løbet af nogle dage udvikler patienten en større blødning i hjernen.

Indlæggelse, indflytning, overflytning

Flere hændelser beskriver mangelfuld dokumentation i indlæggelsespapirer fra almen praksis. Desuden beskrives manglende dokumentation af observationer ved overflytning mellem hospitalsafdelinger og manglende sikring af ansvar i forløb for kritisk syge patienter (jf. case). Et par hændelser beskriver manglende dokumentation for at der er udarbejdet en behandlingsplan og for indgåede aftaler vedr. fravalg af genoplivning ved hjertestop. I flere af hændelserne efterlyses et bedre tværsektorielt samarbejde, således at kritisk syge patienter indlægges og udskrives med den nødvendige dokumentation og overlevering, herunder hører også, at epikrisen skal skrives hurtigt efter udskrivelsen.

CASE:

En patient i kræftpakkeforløb sendes hjem fra akutafdelingen i ventetiden på operation. Operationsdatoen fastlægges, men patienten modtager ikke indkaldelse fra den ansvarlige afdeling.

Overdragelse af ansvar, vagtskifte

Hændelser vedr. *overdragelse af ansvar, vagtskifte* beskriver, at der er behov for opdatering af de kliniske retningslinjer for specialiseret behandling af kritisk syge patienter, så der er enighed i den akutte situation. Flere hændelser beskriver manglende placering af behandlingsansvaret for kritisk syge patienter og efterlyser klare aftaler også i det tværsektorielle samarbejde. Desuden beskriver flere hændelser en mangelfuld kommunikation og dermed dokumentation ved overlevering af patienter ved vagtskifte eller ved flytning og transport af patienter mellem afdelinger.

CASE:

En patient køres tilbage til sengeafdelingen efter undersøgelse. Klokkesnoren sættes ikke fast, så patienten kan nå den. Patienten findes kort tid efter død i sengen med iltmasken ved siden af.

Eksempler på lokale indsatser

På Regionshospitalet Randers er der udarbejdet en retningslinje for den mundtlige overdragelse mellem serviceassistent og plejepersonale, når en patient afleveres i forbindelse med undersøgelse. En arbejdsgruppe sikrer opdatering af retningslinjen.

Præhospitalet forventer at implementere en kommende ny regional retningslinje vedr. *kommunikation om fravalg af genoplivning i sektorovergange* i første halvår af 2019, jf. ovenfor om retningslinjen, der er beskrevet nærmere i afsnit 3.6.

Mangel på tidstro dokumentation vanskeliggør akutte og kritiske patientforløb, og derfor har Hospitalsenheden Vest gennemført patientsikkerhedsrunder med HL i både 2017 og 2018 med fokus på dokumentation. Desuden har man, som følge af konkrete situationer, fokus på *Second Victim*¹⁰, hvor temaet har været drøftet på temaeftermiddag for patientsikkerhedsnøglepersoner og drøftet uformelt i arbejdsmiljøorganisationen. Man har planlagt separate fokusgruppeinterviews med ledere og med berørte medarbejdere for at afdække perspektiver.

5.5 Prøver, undersøgelser og prøvesvar

Indenfor *prøver, undersøgelser og prøvesvar* er antallet af rapporterede hændelser 1325. Andelen af patientskader er 15,3 %, hvilket er lidt højere end sidste år.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	Reaktion og opfølgning på prøve-/undersøgelsessvar ¹¹	321	74	18	1
	Mærkning	291	6	0	0
	Undersøgelse/Prøvetagning	226	33	4	0
	Øvrige	487	65	1	1
I alt		1325	178	23	2

Undersøgelse/prøvetagning

Under denne overskrift beskrives hændelser, hvor der er taget prøver eller foretaget undersøgelser, men hvor et livstruende fund først er beskrevet i forbindelse med en senere undersøgelse (jf. case).

Flere hændelser beskriver, at der foretages specialiserede undersøgelser, men at man ikke har undersøgt bredt nok eller tilstrækkeligt grundigt. Først ved en efterfølgende undersøgelse eller ved gentagne symptomklager fra patienten findes en anden diagnose end først antaget, eller tegn på alvorlig kritisk sygdom.

CASE:

En patient henvises til ambulante behandling i psykiatrisk regi. Der tages blodprøver ifm. første ambulante besøg, og her ses det, at patienten har diabetes. Der reageres dog først på blodprøvesvaret ved afslutningen af det ambulante hospitalsforløb.

Reaktion på prøve-/undersøgelsessvar

Indenfor *reaktion på prøve-/undersøgelsessvar* er der bekymrende mange hændelser, som beskriver en manglende systematik i sammenhængende opfølgning på prøver og undersøgelser på tværs af specialer.

¹⁰ Second victim: Når personale lider skade efter en alvorlig utilsigtet hændelse eller en klagesag.

¹¹ Processerne "Opfølgning på undersøgelse/prøver", "Modtagelse af svar" og "Reaktion på prøve/undersøgelsessvar" er lagt sammen, da hændelserne erfaringsmæssigt overlapper hinanden.

Hændelserne beskriver forløb, hvor patienter med alvorlig kritisk sygdom gennemgår specialiserede undersøgelser, men hvor svaret på prøver og undersøgelser ikke ses eller ikke beskrives, fordi patienten er flyttet til et andet speciale. Eller hvor prøvesvaret er set, men der gives ikke besked til patienten, og iværksættes ikke behandling.

Således er behandling af alvorlig kritisk sygdom, knoglebrud og diabetes forsinket væsentligt, fordi der ikke er en systematik eller en ansvarsplacering for at se og handle på prøvesvar og undersøgelsesresultater umiddelbart efter, at de er foretaget.

CASE:

En patient indlægges pga. forhøjede infektionstal. I løbet af det kommende døgn bliver patienten dårligere med svækket bevidsthedsniveau og krampeanfald. Mere end et døgn efter indlæggelsen bliver det opdaget, at patienten allerede ved indlæggelsen fik taget en blodprøve, som viste et livstruende lavt blodsukker.

CASE:

En patient får taget blodprøve ifm. udredning af allergi. Det overses imidlertid, at blodprøven viser tegn på mulig hæmatologisk sygdom.

CASE:

En patient med kendt psykiatrisk sygdom får taget blodprøve (væsketal). Blodprøvesvaret bliver set, men der gives ikke besked til patienten. Tre uger senere indlægges patienten akut med nyresvigt.

Eksempler på lokale indsatser

Aarhus Universitetshospital har en målsætning om, at for indlagte patienter skal et prøvesvar godkendes indenfor 24 timer, og for ambulante patienter skal prøvesvar godkendes indenfor 7 døgn. Ikke alle afdelinger er nået i mål, så der planlægges forbedringsindsats i disse afdelinger.

5.6 Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation

Der er rapporteret 284 hændelser under hændelsestypen *sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation*. Heraf er hele 35,9 % rapporteret med en patientskade. Det er som udgangspunkt ikke overraskende, at gruppen indeholder en del alvorlige og dødelige, da der er tale om hændelser, der sker i akutte situationer, hvor patienter visiteres til hospitalet via egen læge eller transporteres af Præhospitalet. Men netop derfor kan det være vigtigt at se på, hvad der går galt i disse situationer.

Hovedgruppe	Proces	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	Vurdering	140	41	25	4
	Kommunikation	84	12	7	0
	Andet	48	5	4	1
	Rådgivning	12	2	0	1
I alt		284	60	36	6

Mange af hændelserne beskriver, at patienter med alvorlig kritisk sygdom og med alvorlig akut sygdom ikke modtager rettidig optimal pleje og behandling, blandt andet fordi der ikke kommunikeres mellem læger eller ikke kommunikeres klart og tydeligt. Der træffes således beslutninger, som har alvorlige og dødelige konsekvenser for det akutte behandlings- og udredningsforløb og/eller for patientens umiddelbare tilstand og prognose.

Flere hændelser beskriver forløb, hvor patienten ikke er meldt til akutafdelingen inden ankomst eller hvor man ved modtagelse af patienten ikke følger den sædvanlige procedure for patienter med den type akutte og alvorligt kritiske sygdomme. Blandt hændelserne er endvidere beskrivelser, hvor kritisk syge patienter afvises ved ankomst til modtagelsen og omvisiteres, tilsyneladende uden en lægelig vurdering om end det er uklart, hvad der reelt skete pga. manglende dokumentation.

5.7 Anden utilsigtet hændelse

Der er rapporteret 675 hændelser under hændelsestypen anden utilsigtet hændelse, hvoraf hele 17,2 % er rapporteret med en patientskade. Da der er 17 alvorlige og 9 dødelige hændelser rapporteret under hændelsestypen synes den vigtig at kigge nærmere på denne gang. Erfaringsmæssigt er årsagen til, at en hændelse er placeret som anden utilsigtet hændelse ofte, at sagsbehandleren ikke har omklassificeret hændelser som rapportøren har angivet under denne uspecifikke gruppe. Så spørgsmålet er om det samme er tilfældet for disse konkrete hændelser.

Hovedgruppe	Totalt antal	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Anden utilsigtet hændelse	675	90	17	9
I alt	675	90	17	9

Under *Anden utilsigtet hændelse* peger beskrivelserne i mange retninger. Dog er der en klar overvægt af hændelser, som tilskrives uheldig eller uhensigtsmæssig indretning. Desuden er der en del hændelser, som tilskrives mangelfuld medicinopfølgning, ikke optimal behandling og dårlig eller mangelfuld kommunikation som får alvorlige og dødelige konsekvenser.

Enkelte hændelser beskriver deling af personfølsomme data, og kompromittering af persondataloven. Disse udgør typisk ikke en fare for patientsikkerheden. Derfor er det reelt ikke en UTH. At personfølsomme data håndteres forkert skal tages alvorligt og håndteres, men det skal ikke ske ved rapportering af UTH, hvis det ikke er til fare for patientsikkerheden.

Adskillige hændelser beskriver dødfundne patienter, hvor der iværksættes hjerte-lunge-redning. For flere af disse hændelser er det uklart, om der er tale om en *utilsigtet hændelse*, da det ser ud til, at der er handlet korrekt i forhold til et hjertestop. Det fremgår heller ikke i alle tilfælde tydeligt, hvilken læring og bearbejdning der efterfølgende sættes i værk for personalet.

Som forventet kunne langt de fleste af de alvorlige og dødelige hændelser være placeret i de mere specifikke kategorier. Det gælder bl.a. følgende hændelser:

- 2 hændelser vedr. absentering/rømning fra en institution, dvs. hvor patienten stikker af fra behandlingsstedet.
- 1 hændelse vedr. vold mod medpatienter.
- 1 hændelse, hvor skærmning af en patient fejler, så personalet angribes.
- Flere hændelser vedr. hjertestopbehandling, herunder en hændelse vedr. hjertestopkald, der ikke virker.
- 1 hændelse vedr. mangler i den palliative behandling og pleje. Som tidligere nævnt er der flere UTH som beskriver mangler i forbindelse med den palliative fase, fx vedr. fravalg af genoplivning.
- Hændelser vedr. mangler i den sundhedsfaglige visitation.
- Hændelser vedr. u hensigtsmæssigheder omkring CAVE og opbevaring af medicin m.v.

På den baggrund kan der konstateres et mindre indsatsområde i forhold til at sikre, at sagsbehandlere omklassificerer UTH'er i den uspecifikke kategori. Det har ikke betydning for patientsikkerheden, men betydning for om det er muligt at lære af alle mønstre og tendenser i UTH.

5.8 Beskrivelse af sagsopfølgninger i rapporterede UTH

I kapitel fire og fem ovenfor er der indsat en række cases, der hver især belyser nogle af de gennemgående hændelser, som både patienter, pårørende og sundhedspersonalet har rapporteret. For hver af de rapporterede hændelser er der pligt til at angive et analyseresultat, så det kan sikres, at den læring, der kommer ud af hændelsen deles med Styrelsen for Patientsikkerhed og kan deles internt på hospitaler og mellem sektorerne i Region Midtjylland samt på tværs af regioner. Der er i en del hændelser, særligt de alvorlige og dødelige, angivet rigtig gode handleplaner som følge af en dyberegående analyse eller gennem andre analysemetoder. Men selv i hændelser med en patientskade, dvs. både moderate, alvorlige og dødelige hændelser er det ikke altid angivet, hvilken læring der er sket som følge af hændelsen. Det er på baggrund af de foretagne udtræk derfor 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 rapporteringer 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 at 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 nævnt i indledningen er patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland lokalt forankret på hospitalerne samt i samspil med kommuner og praktiserende læger.

6.1 Lokale bidrag i form af links

6.1.1 Hospitalsenhed Midt

[Årsrapport 2018, arbejdet med utilsigtede hændelser](#)

6.1.2 Infektionshygiejniske område

[Årsrapport 2018 for det infektionshygiejniske område HEV](#)

6.1.3 MRSA-enheden

[årsrapport](#) med en status på enhedens arbejde

6.1.4 Praksissektor

Almen praksis, apotekerne, fysioterapeuter og speciallæger har først godkendte årsrapporter 2018 klar til publicering i løbet af første halvår 2019.

6.1.5 Psykiatrien

[Årsrapporter for patientsikkerhed, 2018](#)

6.1.6 Regionshospitalet Horsens

[Statistisk vedr. utilsigtede hændelser på Regionshospitalet Horsens](#)

6.1.7 Regionshospitalet Randers

Årsrapport 2018: <http://www.randers.intranet.rm.dk/kvalitet/patientsikkerhed/>

6.1.8 Socialområdet

[årsrapport 2018, sikkerhed for borgeren](#)

Bemærk, at links der fører til intranet, kun kan åbnes af ansatte i Region Midtjylland.

6.2 Lokale bidrag i udfyldte skabeloner

6.2.1 Hospitalsapoteket

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
SO/SOP	<p>Hospitalsapoteket har siden oktober 2017 varetaget opgaven med at oprette og vedligeholde standardordinationer (SO) og standardordinationspakker (SOP) på alle hospitaler i Region Midtjylland. Arbejdet varetages af 14 nøglepersoner i klinisk farmaci, fordelt på alle hospitaler, således at der sikres en lokal forankring.</p> <p>Ønsker til nye SO/SOP fremsættes som oftest af klinikerne. For at sikre kvaliteten og patientsikkerheden foretages faglig kvalificering ved en farmaceut, forud for oprettelse af SO/SOP, således at der tages hensyn til: Regionale rekommandationer, gældende behandlingsvejledninger, relevant dosis, relevant administrationsvej, interaktioner og evt. særlige hensyn til følsomme patientgrupper, fx børn eller patienter med nedsat nyrefunktion. Derudover sikres, at de lægemidler der indgår i SO/SOP, også findes på den pågældende afdeling, så plejepersonalet har mulighed for at administrere de lægemidler der indgår i den pågældende SO/SOP. Ved præparatskift, fx ændrede licitationsaftaler eller restordre, sørger Hospitalsapoteket for at ændre præparat i SO/SOP, således at der er overensstemmelse mellem de lægemidler, der er i SO/SOP og de lægemidler der står på hylderne i medicinrummet.</p> <p>Et af formålene, da Hospitalsapoteket overtog opgaven med at oprette og vedligeholde SOP, var at skabe større ensretning. Hospitalsapoteket arbejder derfor med regionale SO/SOP i samarbejde med relevante specialeråd. Regionale SOP kan sikre større ensretning i behandling, understøttelse af nationale og/eller regionale behandlingsvejledninger samt styring af lægemiddelforbruget. Desuden medvirker regionale SOP til, at patienter med samme indikation får samme lægemiddelbehandling, uanset hvor i regionen de behandles. Regionale SOP medfører desuden, at lægerne ordinerer de samme SOP, uanset hvilket sygehus i regionen de arbejder på. Dette øger sikkerheden i ordination og medvirker derved til øget patientsikkerhed.</p> <p>Præparater eller behandlingsregimer, der er svære at finde/ordinere i EPJ kan medføre brist i patientsikkerhed ved ordination i EPJ. Dette kan afhjælpes ved oprettelse af SO/SOP. Klinisk farmaci-personale er derfor med til at foreslå SO/SOP løsninger i klinikken, således at sandsynligheden for evt. brist i patientsikkerheden ved ordination mindskes.</p> <p>Hospitalsapotekets arbejde med SO/SOP er med til at øge patientsikkerheden ved ordination. Opgaven vokser i takt med at flere klinikere ser fordelene og mulighederne med SO/SOP på deres behandlingsregimer. Primo februar 2019 findes der i Midt EPJ ca. 7000 SO og ca. 2500 SOP.</p>	Fortsat implem.	-
Cato samt	I løbet af de seneste år er det elektroniske produktionssystem Cato blevet implementeret i cytostatikaproduktionen, først i	Fortsat	-

Kompleks Medicinering	<p>Hospitalsenheden Vest i maj 2016 og derefter på Aarhus Universitetshospital i maj 2017. I Hospitalsenheden Vest erstattede det elektroniske system de gamle batchjournaler i papir, så her var forskellen markant. På Aarhus Universitetshospital havde man i forvejen to andre elektroniske systemer, som blev erstattet af Cato. Cato har givet mulighed for at have samme stamdata for de to produktionsenheder, så stamdata kun skal vedligeholdes ét sted. Elektronisk lagerstyring, hvor alle varer bliver identificeret ved hjælp af strekkode har nedsat risikoen for menneskelige fejl og forvekslinger. Der er dog stadig stort fokus på, at et elektronisk system ikke er bedre end de data det bliver "fodret" med.</p> <p>I slutningen af 2018 har man gjort klar til at implementere Kompleks Medicinering, som er den del af Den Elektroniske Patientjournal (EPJ), der skal bruges til ordination af komplekse behandlinger som cytostatika. Dette er implementeret i starten af 2019 på mange afdelinger og betyder, at apoteket nu skal se ordinationerne direkte i EPJ. Det forventes at mindske antallet af henvendelser til afdelingerne for at få afklaret ulæselig håndskrift og fejl i beregningerne, som ofte blev set på de gamle flowsheets. Hvis der kommer en dag, hvor EPJ og Cato kan snakke sammen, vil man også kunne nedsætte risikoen for fejl ved manuel overførsel af data. Men allerede nu er man kommet langt idet de elektroniske systemer selv beregner dosis ud fra patientens data.</p>	implem.	
Medicin anamneser	<p>For at øge patientsikkerheden arbejdes der kontinuerligt på at farmakonomer og farmaceuter skal optage medicinamneser på flere afdelinger i Region Midtjylland. Farmakonomers og farmaceuters optagelse af medicinamneser praktiseres i et samarbejde mellem apotek og afdeling med gode erfaringer i forbindelse med blandt andet at mindske doserings- og medicineringsfejl.</p> <p>Optagelse af medicinamnese kan være ressourcekrævende for læger. Hvis de forhåndenværende kilder ikke er opdateret eller mangelfulde, kan det ofte tage et stykke tid at indhente opdaterede og gyldige oplysninger gennem fx Fælles Medicin-kort, medicinliste fra hjemmeplejen, dosispakkeliste fra privat apotek, samtale med patient eller pårørende, telefonsamtale med egen læge osv. Derfor er den anamnese farmakonomer laver ofte grundigere, end den lægerne kan nå at lave.</p> <p>Desuden har farmakonomer og farmaceuter et bredt kendskab til medicin, standardsortimenter og rekommandationslisten. Når farmakonomer laver anamnesen, skal lægen forholde sig til patientens medicinering og herefter godkende den. Lægen sparer en del tid, og anamnesen bliver ofte mere fyldestgørende. Da ordinationerne er tilpasset afdelingens standardsortiment sparer sygeplejersker ligeledes tid, når de administrerer medicinen.</p>	Fortsat implem.	-

<ul style="list-style-type: none"> Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH 'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan) 		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Udfordringer med lægemiddelformer	Under vores daglige arbejde i klinikken har vi observeret flere UTH 'er i forbindelse med forkert håndtering af lægemiddelformer samt forveksling heraf.	Der arbejdes på en kampagneperiode i 2019 med fokus på lægemiddelformer. Kampagnen indeholder et nyhedsbrev, en flyer til frokoststuerne, en plakat til medicinrummene samt en socreative quiz med præmie.
Udfordringer	Der har i 2018 været en del	Der har været adskillige reklamationer på de

med Easypump	udfordringer på afdelingerne med, at Easypumps ikke har fungeret optimalt. Der har været indberettet mange UTH'er på Easypumps både pga. for hurtigt og for langsomt indløb.	<p>elastomeriske pumper (Easypump), som vandt udbud i 2017. For at sikre patientsikkerheden har apotekets produktionsafdelinger i samråd med RM Indkøb og Medicoteknik valgt at skifte elastomeriske pumper og gå tilbage til Folfuser. For at sikre patientsikkerheden er</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cytostatika produktionen skiftet tilbage til Folfuser i uge 46, 2018 - Service produktionen skiftet i løbet af december 2018 i den takt lageret er opbrugt af de forskellige pumpestørrelser (Magnesium-sulfat, Bupivacain, Ropivacain). - Antibiotika produktionen skiftet i slutningen af januar samtidig med indførsel af nyt produktionssystem Cato i Skejby.
--------------	--	--

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
-	-

6.2.2 Hospitalsenhed Midt

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>Udskrivelser til kommuner</p> <p>Udarbejdelse af pixi version af Sundhedsaftalen</p>	<p>På baggrund af UTH'er om forkert/ forsinket varslinger ift. udskrivelser har HE Midt i samarbejde med Viborg kommune udfærdiget en pixi version af sundhedsaftalen – kaldet '<i>Sundhedsaftalen – Pixi udgave vedrørende kommunal forberedelsestid ved varsling af udskrivelse til Viborg, Skive og Silkeborg kommune</i>'. Pixi'en er et let og håndterbart redskab, som kan hjælpe personalet i hurtigt at orientere sig ift. varslingstider. Pixi'en indeholder også et afsnit om medicin og hjælpemidler. Anvendelsen af Pixi-en kan medvirke til at styrke patientsikkerheden og et sammenhængende patientforløb i forbindelse med udskrivelse. Ligeledes kan det bidrage til at opretholde patientflowet i hospitalet.</p> <p>Implementering af pixi'en er blevet et indsatsområde i regi af Sikkert patientflow i 2019. Pixi'en publiceres i e-Dok februar 2019.</p>	<p>Pixi'en har været i test i to afdelinger i HE Midt, som modtog den meget positiv. Efterfølgende i bred høring med positiv feedback.</p>	<p>Midtklyngens risikomanagern etværk og TSN drøfter muligheden for spredning til resten af regionen inkl. publicering i den regionale e-Dok samling</p>
Patientidentifi-	I uge 9 skød HE Midt gang i kampagnen "Sikker	Patientsikkerhe	Kampagnen

kationskam- pagne i uge 9	<p>patientidentifikation på HE Midt". Kampagnen satte fokus på vigtigheden af at huske god og sikker identifikation af alle patienter. Kampagnematerialet bestod af flyers, plakater og små skilte. AL/CL blev opfordret til at sætte 'sikker patientidentifikation' på dagsordenen ved møder og i kollegiale samtaler. Materiale og information om kampagnen blev lagt på Intranettet.</p>	<p>dsnetværket i HE Midt evaluerede efterfølgende kampagneugen, og her var tilbagemeldingerne generelt positive.</p>	<p>kan gentages ved behov</p>
Overblik over de døde Kapelliste i Klinisk Logistik	<p>Flere utilsigtede hændelser har tidligere vist et behov for et mere systematisk overblik over døde på hospitalet. Derfor har en tværgående arbejdsgruppe i samarbejde med Sundheds-it og Kvalitet udviklet en kapelliste til Klinisk Logistik. Implementeringen af kapellisten startede i marts 2018. I juni blev der publiceret en ny retningslinje om kapellisten i e-Dok. Både den tekniske funktionalitet og nye arbejdsgange fungerer fint.</p>	<p>Der er ikke rapporteret UTH'er i 2018 vedr. emnet.</p>	<p>Indsatsen er evalueret og afsluttet</p>
Review af UTH arbejdet	<p>Der blev i slutningen af 2017 igangsat et review af arbejdet med utilsigtede hændelser på HE Midt. Formålet er at tilrettelægge arbejdet, således at læring og vidensdeling har større effekt og forhåbentlig vil afspejle ændrede tendenser i utilsigtede hændelser. Det går formentlig i retningen af højere grad af prioriterede, fokuserede indsatsområder på hospitalsniveau med udgangspunkt i forbedringsmodellen.</p> <p>Det var planen, at en justeret tilrettelæggelse af arbejdet med UTH ville blive afprøvet i løbende i 2018, men indsatsen har været stillet i bero pga. flere skift på risikomanager posten i 2018.</p>		<p>Indsatsen genoptages i 2019.</p>
Patientsikkerhed og risikovurdering i "patientforløb på tværs i nye rammer"	<p>Styregruppen for patientforløb på tværs i nye rammer besluttede primo 2018, at der skulle være en særlig indsats omkring patientsikkerhed og risikovurdering i forbindelse med flytning til nyt akuthus. Formålet med indsatsen er at sikre patientforløbene i de nye rammer samt reducere risikoen for UTH'er.</p> <p>Indsatsen omkring patientsikkerhed og risikovurdering i forbindelse med flytning er nu indlejret i både i de flyttende afdelingers simulationstræninger samt i tværgående indsatser vedr. hjertestopkald, traume- og AMT kald.</p> <p>Afdelingernes arbejde med forberedelser til flytning og herunder fokus på patientsikkerhed og risikovurdering understøttes af et team bestående af en ekstern organisationskonsulent, en intern uddannelseskonsulent og HE Midts risikomanager.</p>		<p>Indsatsen fortsætter i 2019 og indtil alle flytninger er afsluttede.</p>

<p>1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund))</p> <p>2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)</p>		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Fordelingen af utilsigtede hændelser på DPSD hovedgrupper viser, at der er flest UTH'er vedr. medicinering. Det er både interne UTH'er og UTH'er i sektorovergange.	UTH'er	Medicineringsrådet i HE Midt har besluttet, at der laves medicineringsrunder i 2019 med deltagelse af HL for at øge opmærksomheden på sikker medicinering.
Fejl vedr. rekvisition og mærkning af patologiprøver	UTH'er	Opgørelser fra Patologi med fejlprocenten på rekvisitioner og mærkning af patologiprøver viser, at der fortsat er udfordringer i forhold til målopfyldelse. Derfor fastholdes fokus på at holde fejlprocenten på rekvisition og mærkning af patologiprøver på under 1 %. Kvalitet sender fortsat den månedlige fejlliste fra Patologi videre til afdelingsledelserne, så disse har mulighed for at følge op. Endvidere følges udviklingen ift. UTH'er og effekten af integrationen af PatoWeb i MidtEPJ.

6.2.3 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
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	Der har i 2017 og 2018 været patientsikkerhedsrunder med HL med fokus på Dokumentation. I 2018 har der været staff-meetings på begge matrikler med temaet på dagsorden. Der er prøvehandling i gang på flere afdelinger, og de steder, hvor det lykkes er de glade for det. Der er stadig praktiske udfordringer med for få PC-borde eller PC'er, manglende batterilevetid m.m., men de løses hen ad vejen	Rådet af Ledende Overlæger er ved at lave en handleplan, så læger selv dokumentere konklusion og plan og gør det hændelsesnært og tidstro
Patientsikkerhedsrunder med HL	Patientsikkerhedsrunderne har evalueres hvert halve år, og pt. er det besluttet, at de kører videre i 2019. De vil dog have en anden	Evalueringen af runderne siger, at patientsikkerhedsrunderne er en god måde at sætte fokus på bestemte patientsikkerhedsmæssige temaer, samt at det giver HL	

	form, hvor det kun er en HL-repræsentant, der deltager. Det opleves, at det skaber en vis distance, når der er for mange mennesker med.	en god lejlighed til at komme tættere på den kliniske hverdag.	
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	I forløbet har der vist yderligere udfordringer, bl.a. i forhold til præmedicin. Der arbejdes derfor stadig med emnet.

<p>1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund))</p> <p>2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)</p>		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Manglende eller sen samtale med patienter og pårørende om aftalt behandlingsniveau	Temaet har vist sig i flere dyberegående analyse som et delelement, og er desuden identificeret i audit af hjertestopforløb	Resultater fra DANARREST og audit af hjertestopforløb præsenteres på Kvalitetsråd med anbefaling af en indsats for at få samtalen med patienten taget tidligere.
Second victims	Dels som udløber at konkrete dyberegående analyser, hvor de involverede personer har været meget påvirket, sættes der fokus på håndtering af langtidsreaktioner hos second victims i Hospitalsenheden Vest	Temaet har været drøftet på temaeftersmiddag for patientsikkerhedsnøglepersoner og drøftet uformelt i arbejdsmiljøorganisationen. Der er planlagt separate fokusgruppeinterviews med ledere og med berørte medarbejdere for at afdække hvordan håndteringen i Hospitalsenheden Vest sker og hvordan vi kan gøre det bedre. Dernæst skal der ud fra de resultater laves en handleplan.
Flytning til Gødstrup	Flytning til nyt sygehus	Som forberedelse til indflytning i nye rammer afvikles Voksdug-konceptet med alle afdelinger løbende. Afdelingen har selv produceret patientcases, hvor også patientsikkerhedsaspekter inddrages og under afviklingen af selve casen på voksdugen opstår drøftelse af nye mulige patientsikkerhedsrisici, som opsamles og behandles i afdelingen. Når byggeriet er færdigt i RHG besøges disse af patientsikkerhed-, arbejdsmiljø og

		<p>hygiejneorganisationen mhp. identifikation af kritiske risici inden indflytningen.</p> <p>Alle flyttekoordinatorer og patientsikkerhedsnøglepersoner arbejder sammen om risikoscreening af afdelingens nye rammer både før, under og efter flytningen. Og erfaringer fra AUH anvendes i form af de udarbejdede tjeklister.</p> <p>Under afvikling af dyberegående analyser drøftes hvor det er relevant, hvorvidt besluttede tiltag er indtænkt i RHG.</p>
--	--	---

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status

6.2.4 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
Samarbejde i overgange, implementering af DEPT	DEPT er implementeret i efteråret 2018	Der ses endnu ingen resultater, men det forventes, at resultatet bliver mere smidige overgange til hospitalerne som følge af et fælles sprog. Implementeringen af DEPT kan dermed være med til at skabe endnu bedre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet	En evalueringsproces er igangsat primo 2019.
Hjertestop uden for hospitalsmatrikler. Der er i gangsat et arbejde med revidering af det relevante kapitel om vejrtrækningsproblemer i Dansk Indeks, med inddragelse af speciallægekompetencer.	Stadig i proces	Revideringen igangsættes primo 2019, og der ses endnu ingen effekt.	
Medicinering i overgange	Stadig i proces	Denne problematik er endnu ikke løst, og vil fortsat være i fokus i	

		2019.	
--	--	-------	--

1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund)) 2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
Vejrtrækningsproblemer	UTH'er	Der vil igennem 2019 blive sat fokus på vejrtrækningsproblemer. Dette vil bl.a. ske igennem; <ul style="list-style-type: none"> • Undervisning af AMK-personale. Undervisningen vil fokusere på det at kunne høre forskel i telefonen på forskellige typer af vejrtrækning – dyspnøisk kontra hyperventilation. • Revidering af vejrtrækningskapitlet i Dansk Indeks
CBRNE-hændelser	UTH'er	Alt personale i AMK undervises i beredskabsplanen igennem planspil. Der vil være fokus på beredskabets sikkerhed og nysgerrighed på uafklarede problemer.
Behandling af børn med feberkræmper	UTH'er/henvendelser	Der igangsættes et arbejde med at udarbejde et nyt e-læringsprogram målrettet det præhospitale personale.
Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?		
Tidligere handleplan	Status	
Revidering af procedurer og arbejdsgange omkring Præhospitalets håndtering af døde samt ved fravalg af genoplivning.	Retningslinjen om håndtering af døde er implementeret i 2017. Ny regional retningslinje vedr. <i>kommunikation om fravalg af genoplivning i sektorovergange</i> forventes udgivet og implementeret i første halvår 2019.	
Fokus på tydelighed i kommunikation mellem aktører internt i Præhospitalet	Stadig i proces	

6.2.5 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
Patientsikkerhedskultur I 2018 blev der gjort en særlig indsats i forhold til udvikling og patientsikkerhed på Regionshospitalet Randers. - der blev gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de ansatte på de kliniske afdelinger i forhold til måling af patientsikkerhedskultur - Der er gennemført patientsikkerhedsrunder (både ved HL og AL), medicinrunder samt gået 'I patientens fodspor' i de kliniske afdelinger.	I starten af 2018 blev der lavet en patientsikkerhedskulturmåling blandt alle ansatte. Der blev sendt spørge-skemaer ud til alle ansatte og ca. 30 % besvarede det (376 besvarelser).	Qua den lave deltagelse var det ikke muligt at konkludere på undersøgelsen, men der blev afdækket mulige trends.	Det er planen at undersøgelsen skal gentages, for at se om der er sket en udvikling.
	De første patientsikkerhedsrunder blev gennemført med repræsentation af hospitalsledelsen. Efterfølgende har afdelingsledelserne selv gennemført patientsikkerhedsrunder i egne afdelinger.	Det vurderes at patientsikkerhedsrunderne har bidraget til at synliggøre ledelsen og har hjulpet med at sætte fokus på patientsikkerheden.	Patientsikkerhedsrunderne fastholdes.
	2 Medicinrunder har været gennemført med den lægefaglige direktør.	Det har givet anledning til drøftelser af praksis omkring medicinering.	Medicinrunderne fastholdes.
	I Patientens fodspor har været forsøgt gennemført, men har vist sig lidt svært at gennemføre, idet fokus har været for snævert.	-	Konceptet for 'I Patientens Fodspor' skal revideres og gøres mere bredt for at give mening.
Lighed i sundhed kræver ulige indsatser <ul style="list-style-type: none"> • Fremskudt behandler • Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse 	Fremskudt behandler er blevet en fast stilling, der finansieres af hospitalet samt de fire optagekommuner (ud fra en fordelingsnøgle per indbyggerantal) Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse er	Den fremskudte behandler vurderes at have en stor effekt i at skabe sammenhæng på tværs af afdelinger og sektorer. Der er udarbejdet en evalueringsrapport, med de samlede resultater.	Den tværsektorielle indsats er blevet yderligere forstærket ved at der er oprettet et nyt mødeforum for rusmiddelcentre og hospital, der er med til at skabe brobygning på tværs af sektorer. På baggrund af de gode resultater er den fremskudte behandler

	implementeret.		inviteret til en national konference af Alkohol og Samfund, for at fortælle om indsatsen.
--	----------------	--	---

<p>1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund))</p> <p>2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)</p>		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>Blodtransfusion</p> <p>De beskrevne arbejdsgange omkring blodtransfusion og dokumentation er ikke kendt af alle relevante parter.</p>	UTH	<p>De ansvarlige for blodtransfusioner blev samlet med henblik på at udarbejde en lokal tilføjelse i forhold til ensartet dokumentation.</p> <p>På mødet kom det frem at den regionale retningslinje var ved at blive opdateret inklusiv ny SFI til dokumentation.</p> <p>Den regionale retningslinje er blevet opdateret pr. 16. januar 2019.</p>
<p>Valg af kørsel til hospitalet</p> <p>Der har været eksempler på, at der ikke er rekvireret den mest hensigtsmæssige kørsel til hospitalet.</p>	UTH	<p>Der er indskrevet i visitationsmanualen, at Visitationen gerne må anbefale egen læge hvilken type kørsel der bør vælges ud fra patientens tilstand og DEPT.</p>
<p>Dødsregistrering i MidtEPJ</p> <p>Arbejdsfordelingen vedr. registrering af dødsfald var uklar.</p>	UTH	<p>Den fælles retningslinje for omsorg for afdøde er opdateret og arbejdsopgaverne er nu inddelt efter faggruppe, mhp. at gøre det mere overskueligt for personalet.</p>
<p>Overdragelse af patienter ved intern transport</p> <p>Når patienter hentes eller afleveres i forbindelse med fx en undersøgelse, skal der ske en mundtlig overdragelse mellem serviceassistent og plejepersonale. Når der er travlt kan det være svært at få fat i det relevante personale.</p>	UTH	<p>Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har opdateret og præciseret retningslinjen, så den afspejler de muligheder der er.</p>

6.2.6 Aarhus Universitetshospital

Hvilke af de tiltag, I beskrev i sidste årsrapport, har I fået implementeret, og hvad har effekten været?			
Tiltag	Status på implementering	Effekt	Yderligere tiltag
Vi skal flytte og omstrukturere – og samtidigt fastholde den gode behandlingskvalitet og patientsikkerheden	<p>AUH's "patientsikkerheds-flyttepakke" er nu blevet anvendt af afdelinger, der er flyttet til Skejby matriklen.</p> <p>Patientsikkerhedsflyttepakken indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En risikovurdering før indflytning ▪ Flyttetjeklisten ▪ Sikkerhedsbriefings hver vagt eller hver dag ▪ Patientsikkerhedsrunde efter indflytningen <p><i>Risikovurderinger:</i></p> <p>Risikoteamet har især lavet risikovurderinger i hospitalets operations- og bedøvelsesafdelinger men også i flere sengeafsnit og klinikker inden flytning til Skejby.</p> <p><i>Flyttetjeklisten:</i></p> <p>Tjeklisten er anvendt i alle afdelinger både lige op til og umiddelbart efter flytningen.</p> <p><i>Sikkerhedsbriefings:</i></p> <p>Det er primært Akutafdelingen, der har anvendt sikkerhedsbriefinger. Personalet "tjekker ind" i hver vagt og sætter fokus på potentielle akutte situationer, der kunne blive patientsikkerhedskritiske.</p>	<p>Det er umiddelbart svært at måle effekten af de forskellige tiltag.</p> <p>Men oplevelsen er, at tiltagene er med til at flytte fokus på et proaktivt perspektiv frem for først at få øje på de patientsikkerhedskritiske situationer, når det er gået galt.</p> <p>En oversygeplejerske, der har deltaget i en <i>risikovurdering</i> udtaler følgende:</p> <p>"Det er et brugbart redskab, der giver ro, systematik og overblik over områder, der skal være styr på inden indflytningen".</p> <p>Flere identificerede risici går igen i de forskellige risikovurderinger, så som nye måder at alarmere for hjertestop og brand og nye måder at arbejde og samarbejde på i afdelingerne.</p> <p>En patientsikkerheds-koordinator udtaler, at <i>flyttetjeklisten</i> er let at anvende, giver et godt overblik og fastholder fokus på, hvilke patientsikkerhedskritiske områder, afdelingerne skal have styr på.</p>	Indsatsen fortsætter i foråret 2019, indtil alle afdelinger er flyttet til Skejby.

	<p><i>Patientsikkerhedsrunder</i></p> <p>Runderne forventes at blive afholdt i de første uger efter flytningen. Dem har vi ingen erfaring med endnu.</p> <p><i>I patientens fodspor:</i></p> <p>Tiltaget er her brugt i de afdelinger, hvor patienten har lang vej fra parkeringspladsen til afdelingen. Her er skiltningen tjekket for at sikre, at patienten kan finde vej til afdelingen</p>		
Forkert hjertestopmelding medførte forsinket udrykning af det centrale hjertestophold	<p>Følgende er implementeret:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forenklet alarmerings-procedure ▪ Påsætning af label med den fulde hjertestop-alarmering på personalets ID-kort ▪ Skilte med den fulde hjertestopmelding ved alle fastnettelefoner ▪ Alle afdelinger har fået udleveret "Hjertestop-flyttemappen" med relevant information omkring hjertestopbehandlingen samt besøg af hjertestopkoordinatoren ▪ I hospitalsvisitationen er der arbejdet med struktureret kommunikation, herunder closed loop og anvendelse af fonetisk alfabet ▪ Optagelse af telefonsamtalerne ved alarmering mhp. læring ▪ Orienteringsløb for hjertestopholdene <p>Der har ikke været rapporteret alvorlige UTH vedr. hjertestopalarmering i 2018.</p>	<p>Antallet af UTH rapporter om hjertestopalarmeringen er reduceret; men der er stadig enkelte hændelser, der omhandler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ forkert hjertestop-alarmering ▪ forsinket udrykning af hjertestopholdet ▪ tekniske problemer med telefoner ved alarmering ▪ Manglende varsel om overgang til nødtelefoni til hjertestopholdet 	<p>Indsatsen fortsætter i 2019, indtil alle afdelinger er flyttet til Skejby.</p> <p>Ibrugtagning af hjertestopknapper (trykknop til udløsning af hjertestopkald), når Carecall kan præsentere en løsning med en hurtig kvittering for modtagelse af hjertestopkaldet.</p>
Minimal rapportering og samarbejde på tværs af tværsektorielle	<p>Planen om tværsektoriel temaeftermiddag er udskudt indtil videre, da fokus har været på</p>	<p>Antallet af rapporter fra de forskellige sektorer er desværre faldet yderligere.</p>	<p>Emnet for en ny temaeftermiddag skal grundigt overvejes med input fra klinikere og</p>

UTH'er med minimal/ingen eller moderat skade	<p>flytningen til Skejby.</p> <p>Vores ønske er, at praksissektoren også deltager i en kommende temaeftermiddag.</p> <p>I 2018 har der været afholdt flere tværsektorielle kerneårsagsanalyser.</p>		<p>personale i primær sektoren og praksissektoren.</p> <p>Forventes drøftes i foråret 2019</p>
Sikkert patientflow	<p>Der er implementeret:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tavlemøder i alle afsnit ▪ fælles kapacitetskonferencer ▪ retningslinje for håndtering af sengekapacitet, hvor der indgår handlings-skema ved forskellige belægningsgrader, håndtering af interne medicinske patienter og principper for ferie nedlukning 	<p>Der er en oplevelse af, at vi styrer hospitalet på bedre vis og bidrager til gode og sikre patientforløb.</p> <p>I den forgangne juleferie har vi for første gang kunnet kalde os et patientsikkert hospital, hvor vores kapacitet har passet til efterspørgslen – det vil sige, at stort set ingen afdelinger har haft overbelægning. Vi har, ved at følge vores fælles principper for ferie nedlukning, opnået, at den rigtige patient har ligget i den rigtige seng, på det rigtige tidspunkt.</p>	<p>Vi forsætter en dybde implementering af vores tiltag. Derfor er vi i samarbejde med Aarhus Kommune ved at fokusere på sikre overgange fra udskrivelse til hjem</p>

<p>1. Hvilke problemstillinger har I identificeret i 2018 (både problemer fra UTH'er, men også problemstillinger, der er opdaget ad anden vej, fx klager/erstatningssager (baggrund))</p> <p>2. Hvad planlægger I at gøre ved disse problemstillinger (handleplan)</p>		
Problemstilling	Baggrund	Handleplan
<p>Mange UTH'er vedrørende hospitalets nye opgavesystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienterne bliver ikke hentet af portører til tiden ▪ Undersøgelser bliver aflyst, fordi patienten ikke møder op rettidigt 	<p>Et nyt system er implementeret på hele hospitalet.</p> <p>Det er en ny måde at bestille undersøgelser, blod og andet på for alle ansatte. Transporterne er lange og tager dermed længere tid for portørerne.</p>	<p>Flere tiltag er iværksat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Undervisning i systemet ▪ Strammere prioritering af transporterne (patienter til operation prioriteres først) ▪ Ansættelse af flere portører
<p>Mange UTH'er vedrørende sterilgods:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manglende instrumenter ▪ Forkerte instrumenter ▪ Urene instrumenter ▪ Aflyste operationer på grund af manglende 	<p>Hospitalet har implementeret et nyt sterilkoncept</p>	<p>En særlig indsats er iværksat med en dybdegående analyse af hele sterilkonceptet samt ansættelse af mere personale og indkøb af flere instrumenter.</p>

instrumenter		
I marts skal Kvalitetsrådet godkende indsatser på patientsikkerhedsområdet.		

Hvordan har I fulgt op på tidligere indsatser/handleplaner? Hvilke indsatser har opfyldt målet, hvilke har ikke og hvorfor?	
Tidligere handleplan	Status
Rettidig reaktion på prøvesvar	<p>Enkelte afdelinger er endnu ikke nået i mål i forhold til AUH's målsætning:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indlagte patienter: Ingen ikke godkendte prøvesvar, der er mere end 24 timer gamle ▪ Ambulante patienter: Ingen ikke godkendte prøvesvar, der er mere end 7 døgn gamle <p>Der planlægges forbedringsindsats i disse afdelinger.</p>

7. Bilag

Bilag 1: Kriterier for dataudtræk

Når der trækkes data til Den Regionale Patientsikkerhedsårsrapport gennemføres først et udtræk på hændelser *rapporteret* i 2018 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 3¹². Dette viser noget om *rapporteringskulturen* på de enkelte områder. I forbindelse med opgørelsen af hændelsestyper og alvorlighedsgraden af hændelser i 2018 trækkes data imidlertid kun for de sager, der er færdigbehandlet, dvs. *afsluttet* i 2018¹³. 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.

¹² Rapporterede UTH trækkes via udtrykket "opret dato" i DPSD.

¹³ Afsluttede UTH trækkes via udtrykket "første sagsafslutningsdato" i DPSD.

Bilag 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser

Der blev rapporteret 12.567 hændelser i 2018, inkl. slettede og afviste UTH. Andelen af slettede/afviste UTH er 5,93 %, hvilket svarer nogenlunde til tidligere år. Typiske årsager er fx, at en hændelse rapporteres flere gange eller mangler de nødvendige informationer for at sagen kan behandles. Variationen i andelen af slettede/afviste UTH er imidlertid stor mellem hospitalerne og de øvrige regionale områder fra lige over 3 % til næsten 15 %.

Erfaringsmæssigt har variationen ikke altid være lige så stor som i 2018. I marts 2019 har slettede/afviste UTH i 2018 været gennemset og revurderet. Det er sket på baggrund af en mediesag, der medførte, at STPS ønskede en redegørelse fra regionerne. Se nærmere ovenfor i afsnit 3.9 om vurderingerne og de fremadrettede tiltag for at sikre, at der kun slettes rapporteringer, der ikke er en UTH og rapporteringer, hvor andre årsager retfærdiggør en sletning/afvisning.

I tabellen herunder ses en fordeling af rapporterede hændelser på sektorer og lokationer, dvs. hospitaler og øvrige regionale områder.

Tabel I

Rapporterede UTH og slettede/afviste UTH 2018			
Sektorer/Lokationer		Rapporterede UTH	Heraf slettet/afvist
Hospitaler	Ukendt ¹⁴	2	1
	Somatiske hospitaler	8018	512
	Psykiatrien	894	36
	Service og administrative funktioner (IT-afdeling) ¹⁵	34	0
Øvrige regionale områder	Apoteker	132	8
	Praksissektoren ¹⁶	1244	113
	Præhospital og ambulancer	237	11
	Regionale botilbud	2010	64
I alt		12571	745

¹⁴ Ud af de 2 hændelser med *ukendt* hospital er den ene slettet, fordi rette sted at behandle hændelsen ikke kunne findes. Den sagsbehandlede hændelse handler om en prøve, der var modtaget uden navn, cpr.nr. eller rekvirerende afdeling. Dermed kunne patologien ikke identificere rette hospital og afdeling for hændelsen.

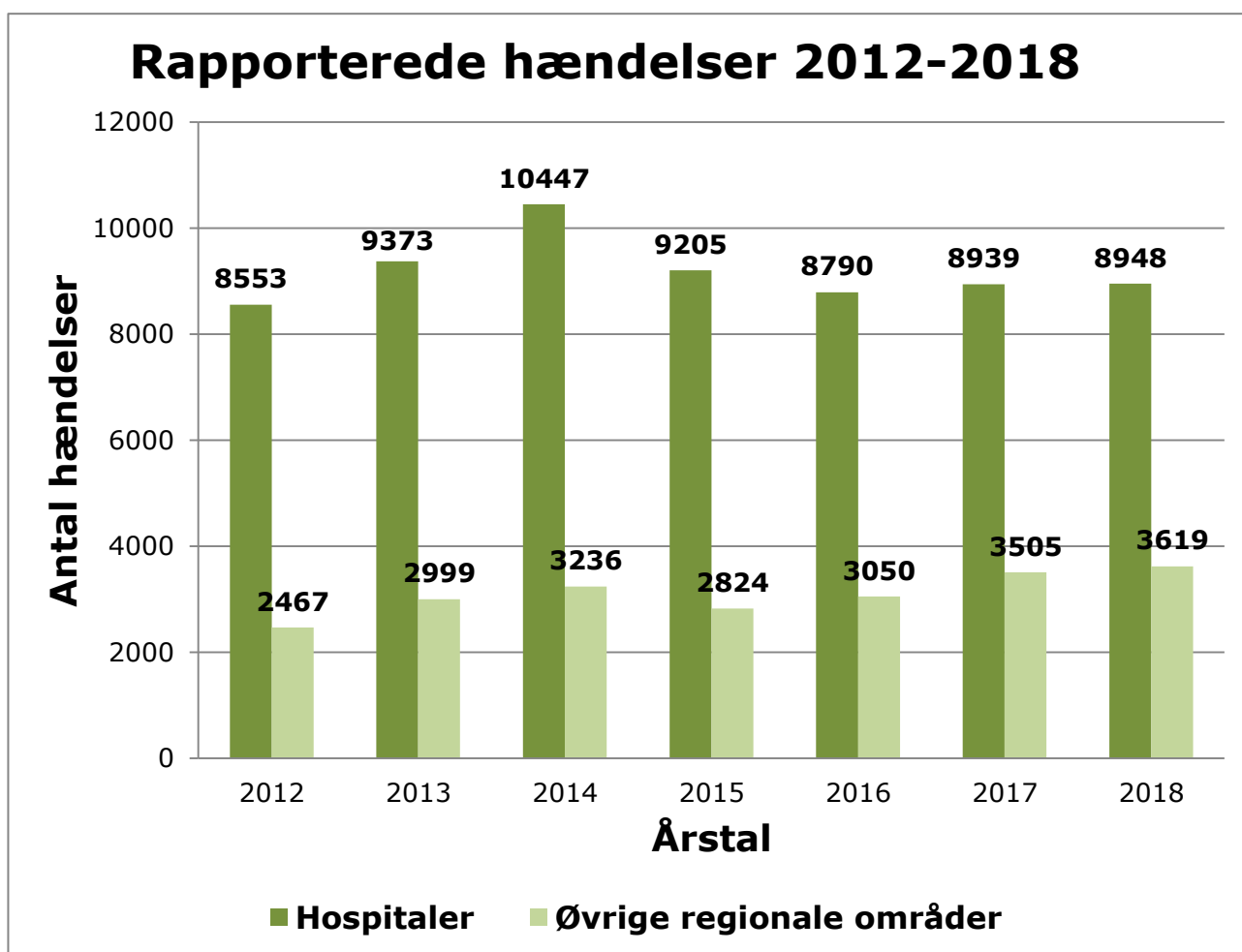
¹⁵ It-afdelingen er placeret under *service og administrative funktioner – Hospital* i DPSD. It-afdelingen har modtaget alle de 34 hændelser, der er rapporteret under denne kategori.

¹⁶ 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

Diagrammet herunder viser udviklingen i antallet af UTH fra 2012 til 2018 fordelt på henholdsvis hospitaler og øvrige regionale områder. Det er vigtigt at bemærke, at antallet af rapporterede UTH kun siger noget om *rapporteringskulturen*. Man kan ikke konkludere om patientsikkerheden er blevet værre eller bedre ved at se på rapporterede UTH, da vi ikke ved, hvor mange hændelser, der *ikke rapporteres*. At der rapporteres mange UTH er snarere et udtryk for, at *patientsikkerhedskulturen* trives, fordi mange afdelinger og områder ser nytteværdien af at se nærmere på de ting, der sker og lære af dem.

Diagram I



Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser var i en årrække kraftigt stigende, men i 2015 faldt antallet for første gang for både hospitaler og øvrige regionale områder. Siden da er udviklingen på hospitalerne stagneret og har stabiliseret sig på lidt under 9000 rapporterede hændelser årligt. Det kunne tyde på, at hospitalerne har fundet en fornuftig tilgang til rapportering af UTH, hvor der måske kun rapporteres de hændelser, der skønnes at give læring.

Udviklingen er stadig let stigende fra år til år for de øvrige regionale områder. Her var det frem til 2017 bl.a. de praktiserende læger, der rapporterede flere og flere hændelser, men i 2018

har der for første gang været et fald i antallet af rapporterede hændelser om de praktiserende læger. Faldet er markant, idet der er rapporteret 22 % færre hændelser i 2018 sammenlignet med 2017. Årsagerne kan findes, hvis man kigger på hvem der rapporterer hændelserne til almen praksis.

Generelt rapporteres der flere hændelser fra andre sektorer til almen praksis i forhold til, hvor meget almen praksis rapporterer om sig selv. Men i 2018 har andre sektorer rapporteret hele 219 færre hændelser til almen praksis svarende til et fald på 29 %. For hændelser rapporteret af almen praksis om sig selv, er faldet kun på 33 hændelser svarende til 8,6 %. Det kan dermed konstateres, at det i højere grad er andre sektorer, der er holdt op med at rapportere hændelser om almen praksis. Men der er alligevel grund til at holde øje med om der også næste år er et fald i antal UTH selvrapporterede UTH om almen praksis, når der i år er et fald i stedet for en stigning.

Til gengæld er der en stigning på 300 hændelser for de regionale botilbud svarende til 17,5 %. De regionale botilbud har således i 2018 rundet de 2000 rapporterede hændelser på et år. Derfor er de hovedsageligt årsag til stigningen i antal UTH på de *øvrige regionale områder*. Da der også i 2017 var en markant stigning i antallet af rapporteringer på de regionale botilbud, er spørgsmålet om det risikobaserede tilsyn har været medvirkende til, at de regionale botilbud har fået øjnene op for behovet for forbedringer vedr. medicinbehandling og journalføring, hvor der var kritikpunkter. Her kunne UTH være medvirkende til at holde fokus på forbedringsmulighederne.

Apoteker står for en lille svag stigning fra år til år. På praksisområdet, har der hidtil også kun været svage stigninger for vagtlægeordningen og speciallæger, men de sidste par år har stigningen været større. I 2018 er der således rapporteret 11 % flere hændelser til vagtlægeordningen mens der til speciallægerne er rapporteret lidt mere end 30 % flere hændelser. For speciallægerne ser det ud til, at hele 69 % af hændelserne er rapporteret af speciallægerne selv, hvis man skal tro tallene, da disse hændelser ikke har en involveret part angivet som kunne være rapportøren. For vagtlægerne er det noget mindre, idet omkring 42 % tilsyneladende er rapporteret af vagtlægerne selv.

Bilag 4: Fordelingen af afsluttede utilsigtede hændelser på hændelsestyper

Tabellen herunder viser fordelingen af afsluttede hændelser på hændelsestyper i 2018. Den hændelsestype, der hyppigst gav anledning til rapportering af en UTH i 2018, er markeret med rødt i tabellen. De 4 næsthøypigste er markeret med gult. Disse fem hændelsestyper er ligesom i 2017 angivet ved lige under 75 % af alle behandlede UTH i 2018. I lighed med øvrige år var ca. 1/3-del af hændelserne i 2018 angivet som: *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-klassifikation - Hændelsestyper fordelt på afsluttede sager i 2018		
Hændelsestyper (Afsluttede sager: 11487)	Antal UTH	I %
Anden utilsigtet hændelse	675	5,9%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	29	0,3%
Behandling og Pleje	1152	10,0%
Blod og Blodprodukter	64	0,6%
Gasser og luft	43	0,4%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	909	7,9%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	186	1,6%
Infektioner	62	0,5%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	175	1,5%
Medicinering herunder væsker	3921	34,1%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	402	3,5%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	1244	10,8%
Patientidentifikation	349	3,0%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	529	4,6%
Præhospital behandling	20	0,2%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1325	11,5%
Selvskade og selvmord	95	0,8%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	284	2,5%
Teknisk disponering	23	0,2%
Totalt antal klassifikationer	11487	100,0%

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 antal og procent. Andelen af moderate, alvorlige og dødelige hændelser er en smule lavere end sidste år, idet 15,8 % af hændelserne har givet anledning til en patientskade mod 18 % sidste år¹⁷. Det samlede antal hændelser, der blev behandlet i 2018 afviger ikke meget fra 2017. Det betyder, at der generelt er rapporteret færre hændelser med en patientskade i 2018. Der kan derfor være grund til at have mere fokus på, at få de mere alvorlige hændelser rapporteret. Da også færdigbehandlede hændelser ofte klassificeres forkert, kan det i stedet være et tegn på, at sagsbehandlerne er blevet bedre til at klassificere hændelsernes alvorlighed korrekt, så de afspejler den faktuelle skade.

Tabel IV

Alvorlighedsgrader 2018 (Antal afsluttede sager: 11487)		
Alvorlighedsgrader	Antal	Procent
Ingen skade	7023	61,1%
Mild	2652	23,1%
Moderat	1461	12,7%
Alvorlig	279	2,4%
Dødelig	72	0,6%
I alt	11487	100,0%

¹⁷ 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.