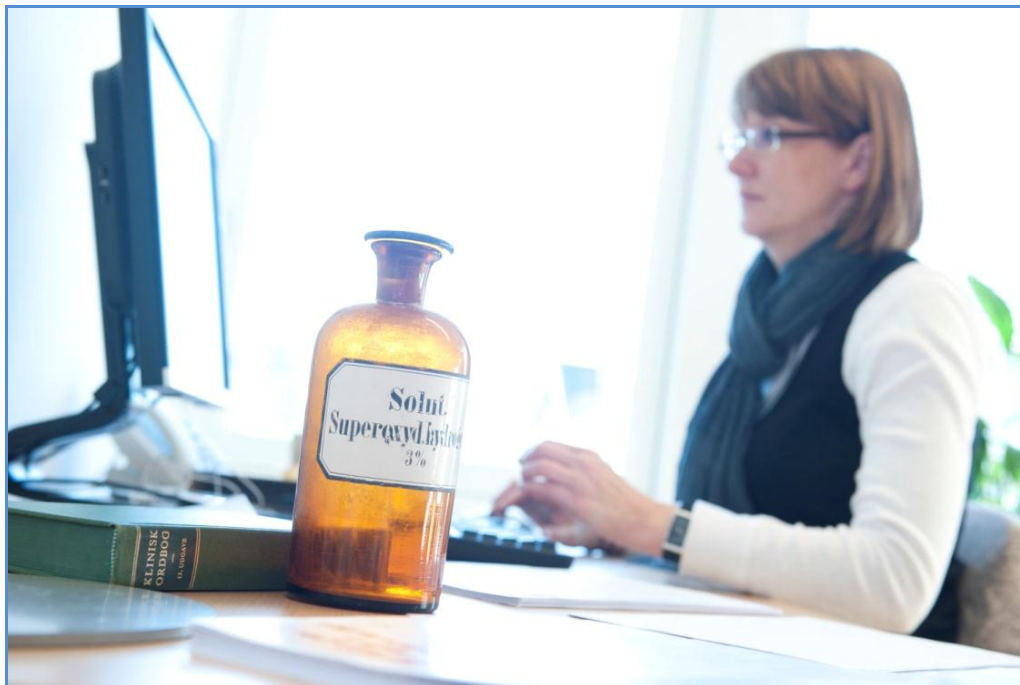


Patientombuddet



Årsberetning 2011

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Titel: Årsberetning 2011, Dansk Patientsikkerhedsdatabase

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Om Patientombuddet	5
2 Rapporteringer	6
2.1 Fordeling af rapporter fra hospitaler, private, regioner og kommuner	8
2.2 Fordeling af hændelsestyper efter WHO's Internationale Klassifikation ..	10
2.3 Fordeling af de utilsigtede hændelsers alvorsgrad.....	12
2.4 Fordeling af rapporter fra sundhedspersoner, patienter og pårørende...	13
2.5 Fordeling af hændelser efter standarder i Den Danske Kvalitetsmodel ..	15
3 Samarbejde	17
4 Udvalg og grupper	19
4.1 Nationalt Forum.....	19
4.2 Koordineringsudvalget.....	19
4.3 Partnerskaber og forskningsstøtte.....	20
5 Undervisning og publikationer	21
5.1 Undervisning.....	21
5.2 Publikationer.....	21
6 Bidrag fra regioner, kommuner og private sygehuse	27
Bilag	28

Forord

De første utilsigtede hændelser blev rapporteret af sygehusvæsenet til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) tilbage i 2004. Det er nu syv år siden, og i den periode er der sket meget med både antallet af rapporter og rapporteringsmulighederne.

1. september 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til ud over sygehusvæsenet også at omfatte praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område. 1. september 2011 blev patientsikkerhedsordningen udvidet på ny, så patienter og pårørende også kan rapportere en utilsigtet hændelse.

Udvidelserne giver mulighed for, at der sker en systematisk læring af utilsigtede hændelser, der rapporteres indenfor alle sundhedsvæsenets sektorer, samt hændelser set fra et patientperspektiv.

Samtidigt med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen blev der etableret et nyt elektronisk rapporteringssystem (DPSD-2) med en ny hændelseskategorisering og en ny kategorisering af hændelsens alvorlighed.

Der er i alt rapporteret 98.669 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase i 2011, og der blev der indsendt 78.038 færdigbehandlede rapporter fra regioner, kommuner og private sygehuse til Patientombuddet. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser er mere end fordoblet fra 2010 til 2011. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på, at antallet af hændelser ikke afspejler det virkelige antal hændelser i praksis. Undersøgelser har vist, at det reelt kun er 1 ud af 10-20 hændelser, der bliver rapporteret.

Lokalt, regionalt og nationalt er de rapporterede utilsigtede hændelser blevet analyseret med henblik på at identificere problemområder og forbedringspotentialer i forhold til patientsikkerhed.

Dansk Patientsikkerhedsdatabase er en dynamisk database. Det betyder, at det ikke er muligt at 'låse' hændelserne, imens data til årsrapporten bliver lavet. Tallene i årsrapporten kan derfor variere en smule i både tabellerne og figurerne.

Patientombuddet overtog per 1. januar 2011 den centrale administration af rapporteringssystemet, som Sundhedsstyrelsen har varetaget siden 2004. DPSD-årsberetningen 2011 er således den første, som udarbejdes af Patientombuddet.



*Jørgen Hansen,
overlæge i Patientombuddets Læringsenhed*

1 Om Patientombuddet

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft.

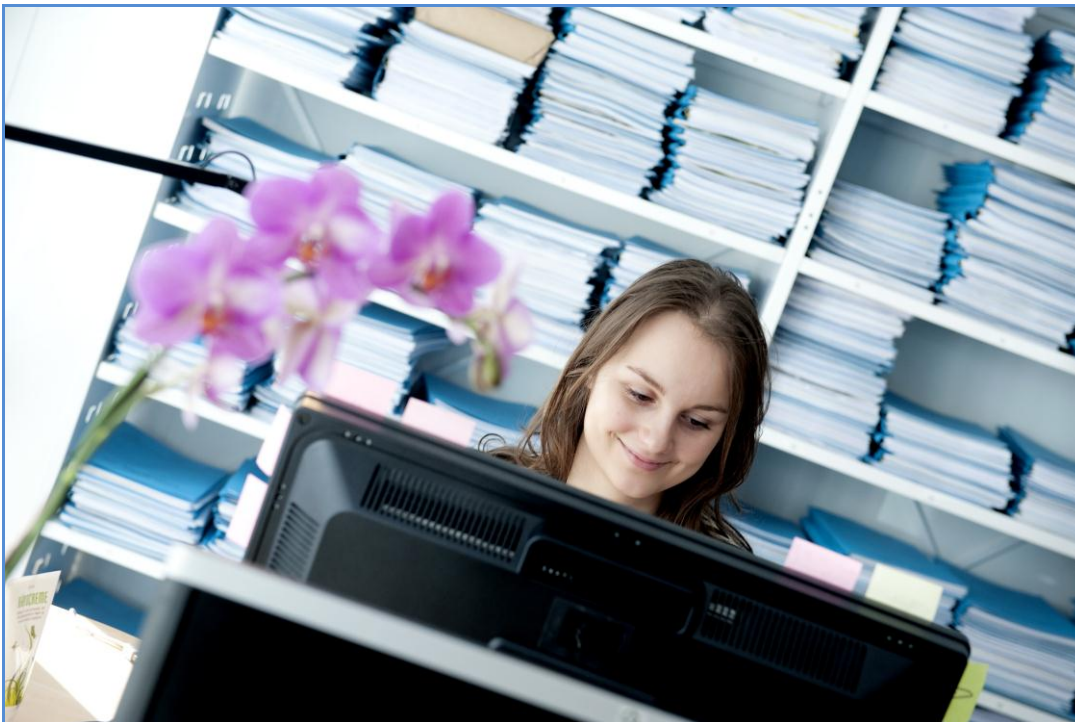
Formålet med det nye patientklagesystem er at styrke patienternes retsstilling ved at give patienterne bedre klagemuligheder, lettere klageadgang og mulighed for en hurtigere afgørelse af klagesager. Samtidig skal det nye patientklagesystem understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Som et led i det nye patientklagesystem blev Patientombuddet oprettet som en ny statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Patientombuddet overtog sekretariatene for det tidligere Patientklagenævn og Patientskadeankenævn samt den del af Sundhedsstyrelsen, der varetog driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Samtidig flyttede enheden International Sygesikring fra departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Patientombuddet.

Med samlingen af både patientklager, anker i erstatningssager og rapporter om utilsigtede hændelser i Patientombuddet kan der skabes ét centralt overblik over den viden, der ligger i klagesystemet, erstatningssystemet og rapporteringssystemet. Patientombuddet får således en central rolle med at videreformidle den viden og læring, som kan uddrages af patienternes henvendelser og rapportering af utilsigtede hændelser, med henblik på at læring omsættes til bedre kvalitet i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne.

Etableringen af Patientombuddet har ikke ændret ved, at det fortsat er Sundhedsstyrelsen som den øverste sundhedsfaglige myndighed, der har ansvaret for at vejlede sundhedspersoner, sygehuse, regioner, kommuner med videre.

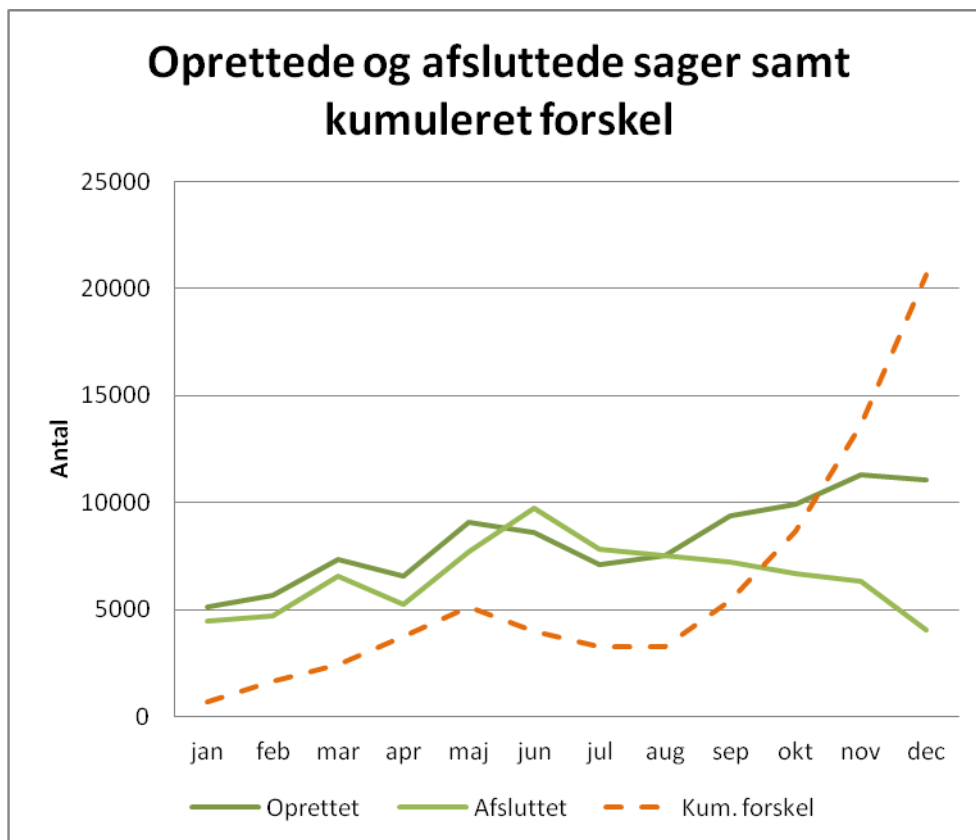


2 Rapporteringer

Der er i alt rapporteret 98.669 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase i 2011. Samme år er 78.036 hændelser færdigsagsbehandlet samt afsluttet i regioner og kommuner og videresendt til Patientombuddet.

Der er tale om en meget kraftig stigning i forhold til 2010, hvor der i alt blev rapporteret 41.501 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase og 34.418 hændelser færdigsagsbehandlet samt afsluttet og videresendt til Sundhedsstyrelsen. Stigningen kan især forklares med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen i september 2010 til også at omfatte praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apoteker og det præhospitale område.

Figur 1 herunder viser en støt stigning i rapporteringen af nye utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase gennem 2011.

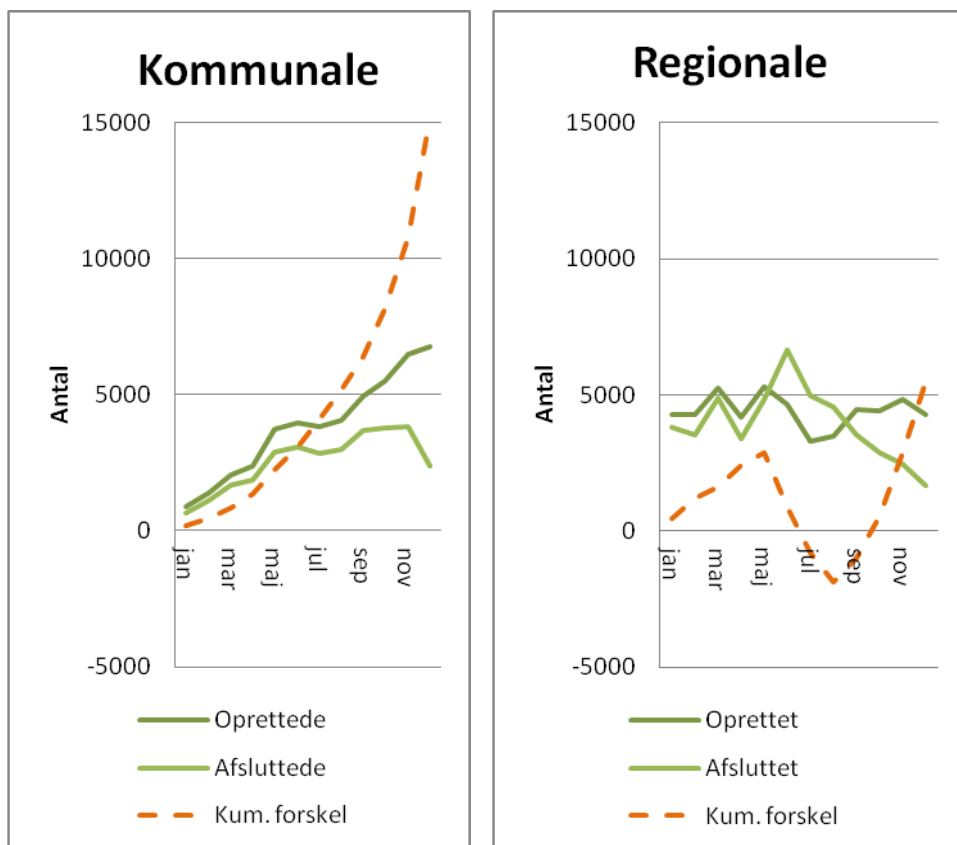


Figur 1: Samtlige oprettede og afsluttede sager i regioner og kommuner i 2011.

Det samlede antal af oprettede og afsluttede sager fulgtes ad med et beskedent eftersløb af afsluttede sager frem til maj 2011, mens antallet af afsluttede sager i regioner og kommuner oversteg antallet af oprettede sager i juni og juli.

Antallet af afsluttede sager per måned toppede med næsten 10.000 afsluttede sager i juni måned. Herefter har antallet af afsluttede sager per måned været faldende måned for måned, mens antallet af oprettede sager har været stigende siden juli. Dette har resulteret i et betydeligt efterslæb af uafsluttede sager (kumuleret forskel) på i alt 20.600 sager i 2011.

Figur 2 nedenfor viser antallet af oprettede og sagsbehandlede sager samt 'efterslæbet' i sagsbehandlingen.



Figur 2: Udviklingen i de kommunale og regionale sager i 2011.

Udviklingen af de kommunale og regionale sager i 2011 har været forskellig.

For de kommunale sager har der igennem hele 2011, måned for måned, været en konstant kraftig stigning i rapporterede hændelser. Antallet af oprettede kommunale rapporter oversteg i november og december de regionale med over 2.000 rapporter per måned.

I en sådan konstant stigende rapporteringssituation vil det alene på grund af sagsbehandlingstiden ikke være muligt at undgå et efterslæb med uafsluttede sager.

Selv om kommunerne konstant øgede deres månedlige antal af afsluttede sager til et niveau på cirka 3.700 sager i efteråret, så havde de alligevel et samlet efterslæb på omkring 15.000 sager ved årets udgang. Det svarer til cirka en tredjedel af de cirka 46.000 kommunale sager oprettet i 2011 – og det svarer igen til fire måneders sagsbehandling på niveau med den maksimale sagsbehandling i efteråret.

Antallet af rapporterede regionale sager har året igennem ligget meget konstant på lige under 5.000 sager per måned, med et dyk i sommerferien. Sagsbehandlingen toppede i juni med cirka 6.700 sager, og lå over antallet af oprettede sager i juni, juli og august.

Antallet af afsluttede sager per måned er dog faldet støt og ganske betydeligt siden juni til et niveau på omkring 1.700 sager i december og har ligget betydeligt under antallet af rapporterede sager siden september.

Der er derfor regionalt oparbejdet et efterslæb på cirka 5.000 sager i 2011, svarende til omtrent en ellevtedel af de cirka 53.000 regionale sager oprettet i 2011.

Årsagen til den faldende sagsbehandling siden juni kendes ikke, men hænger tidsmæssigt sammen med, at regioner og sygehusene den 1. juni 2011 overgik til det nye rapporteringssystem (DPSD 2).

2.1 Fordeling af rapporter fra hospitaler, private, regioner og kommuner

I det følgende er data for overskuelighedens skyld opdelt i fire områder:

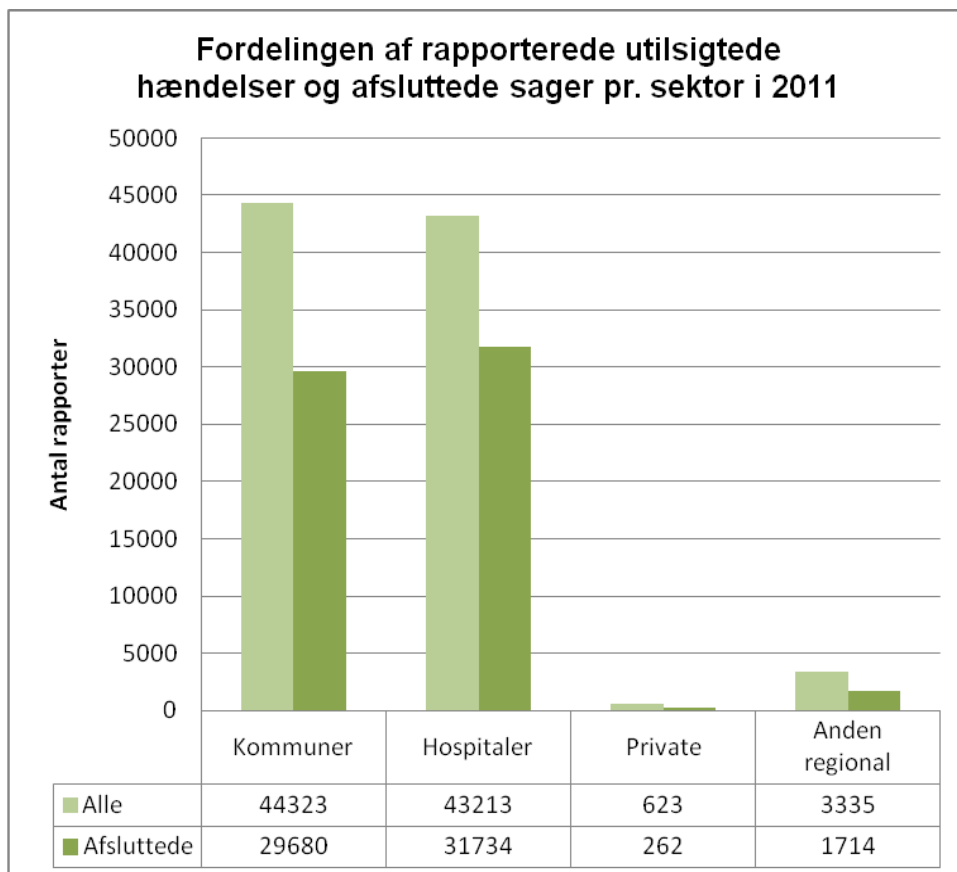
Hospitaler omfatter offentlige sygehuse.

Private omfatter privathospitaler og hospice.

Anden regional omfatter praktiserende læger (almen praksis), vagtlægeordningen, præhospital og ambulancer, praktiserende speciallæger, terapeuter og kiropraktorer, tandlæger og tandplejere, regionale botilbud, praktiserende jordemoder, psykologer og apoteker.

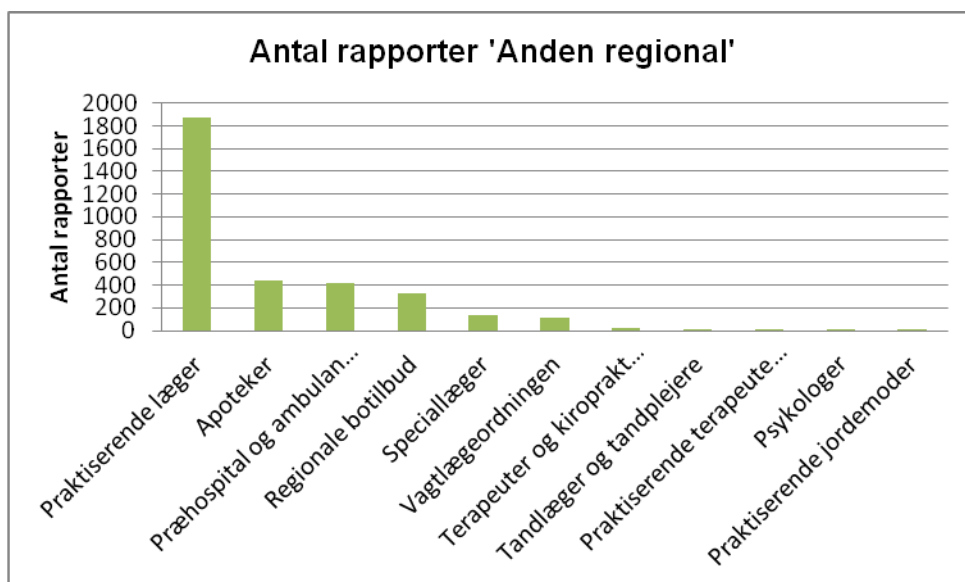
Kommuner omfatter den kommunale tandpleje, forebyggelsescentre, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, kommunelæger, misbrugsbehandling, plejebolig, sociale botilbud, sundheds- og sygeplejecentre, sundhedsplejersker, tilbud til borgere med handicap, træning og andet.

Figur 3 på næste side viser, at størstedelen af rapporterne kommer fra kommuner og hospitaler.



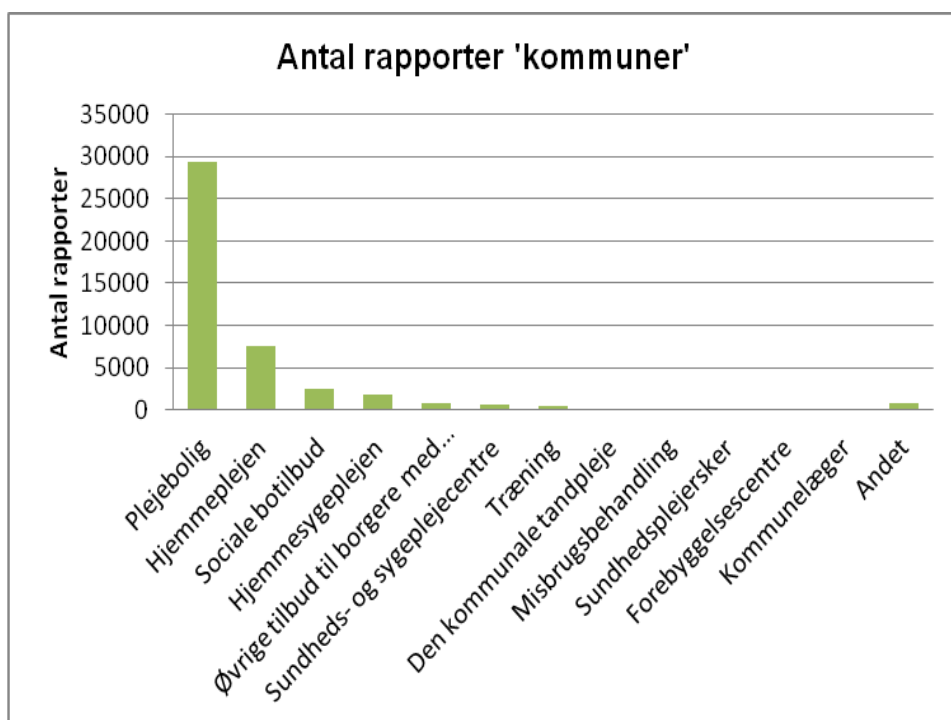
Figur 3: Fordelingen af rapporterede utilsigtede hændelser og afsluttede sager for hver sektor i 2011.

Blandt 'Anden regional' er der flest læger, der har rapporteret utilsigtede hændelser.



Figur 4: Antal rapporter fra gruppen 'Anden regional' 2011.

Blandt kommunerne er det primært utilsigtede hændelser i plejeboliger, som rapporteres.



Figur 5: Antal rapporter fra gruppen 'Kommuner' 2011.

2.2 Fordeling af hændelsestyper efter WHO's Internationale Klassifikation for Patientsikkerhed (ICPS)

Alle hændelser, der rapporteres til DPSD skal klassificeres efter ICPS – WHO's Internationale Klassifikation for Patientsikkerhed – i forbindelse med sagsbehandlingen og inden indsendelse til Patientombuddet. Andelen af hændelser, der bliver klassificeret, er imidlertid langt fra de krævede 100 procent. I den private sektor er det kun 42 procent, der bliver klassificeret, og den højeste andel af klassificerede hændelser er på 83 procent i 'Andet regional'-regi.

Det er af afgørende vigtighed, at alle hændelser bliver klassificeret af hensyn til den efterfølgende tværgående analyse og nationale læring. Det er især på baggrund af ICPS klassifikationen, at lignende sager kan fremsøges, således at fx mønstre og tendenser kan identificeres.

Tabellen på næste side viser hændelsestypers fordeling i procenter for hver sektor.

WHO klassifikation	Kommuner	Hospitaler *	Private	Anden regional
Ikke klassificerede hændelser	41.1 %	36.7 %	57.8 %	16.9 %
Klassificerede hændelser	58.9 %	63.3 %	42.2 %	83.1 %
Procentfordelingen af anvendelsen af de 13 ICPS-hovedkategorier i de klassificerede hændelser.				
Administrative processer	2.0 %	19.4 %	8.3 %	25.0 %
Blod og blodkomponenter	0,0 %	1.1 %	0,0 %	1.2 %
Bygninger og infrastruktur	0,2 %	0,9 %	0,0 %	0,2 %
Gasser og luftarter	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Individ-team-organisation	0,3 %	2.1 %	0,0 %	0,8 %
Infektion	0,8 %	0,3 %	0,5 %	0,1 %
Kliniske Processer	1.0 %	18.2 %	7.1 %	27.8 %
Kommunikation og dokumentation	1.9 %	18.2 %	20.9 %	19.9 %
Medicinering	72.0 %	22.7 %	42.7 %	23.3 %
Medicinsk udstyr	0,3 %	4.6 %	5.9 %	0,6 %
Patientuheld	19.7 %	8.4 %	13.5 %	0,5 %
Selvskade og selvmord	0,2 %	0,6 %	0,0 %	0,1 %
Anden utilsigtet hændelse	1.5 %	3.2 %	1.2 %	0,4 %

Tabel 1: WHO klassifikationen fordelt på kommuner, hospitaler, private og anden regional. Jo mørkere grøn, jo højere procent. Tallene er baseret på sager fra 2011, som er afsluttet og indsendt til Patientombuddet.

***)Sygehusene rapporterede i perioden januar til maj i den tidligere version af DPSD. Disse rapporter er ikke medtaget, da disse rapporter er klassificeret efter en anden klassifikation.**

Procentfordelingen af anvendelsen af ICPS's hovedkategorier er vist i den nederste del af tabel 1. Det fremgår, at det især er fem kategorier, der anvendes: 'Administrative processer', 'Kliniske Processer', 'Kommunikation og dokumentation', 'Medicinering' og 'Patientuheld'. Anvendelsen af de fem kategorier varierer en del imellem de fire sektorer.

I kommunerne er det stort set kun kategorierne 'Medicinering' og 'Patientuheld', der anvendes. Forskellene afspejler formentligt, at de utilsigtede hændelser er meget forskellige i de fire sektorer, men nok også et forskelligt fokus på hvilke typer af hændelser, der rapporteres, og hvilke hændelsestyper, der efter sundhedsloven skal rapporteres.

Det er kendt, at 'Kommunikation og dokumentation' ofte indgår som en del af problemet i medicineringshændelser. Kategorien 'Medicinering' udgør 72 procent af de an-

vendte kategorier i de kommunale hændelser. Alligevel anvendes kategorien 'Kommunikation og dokumentation' kun sjældent. Dette skyldes en uheldig og måske misforstået praksis, som gælder alle de fire sektorer, nemlig at hver hændelse oftest kun klassificeres med én hændelseskategori.

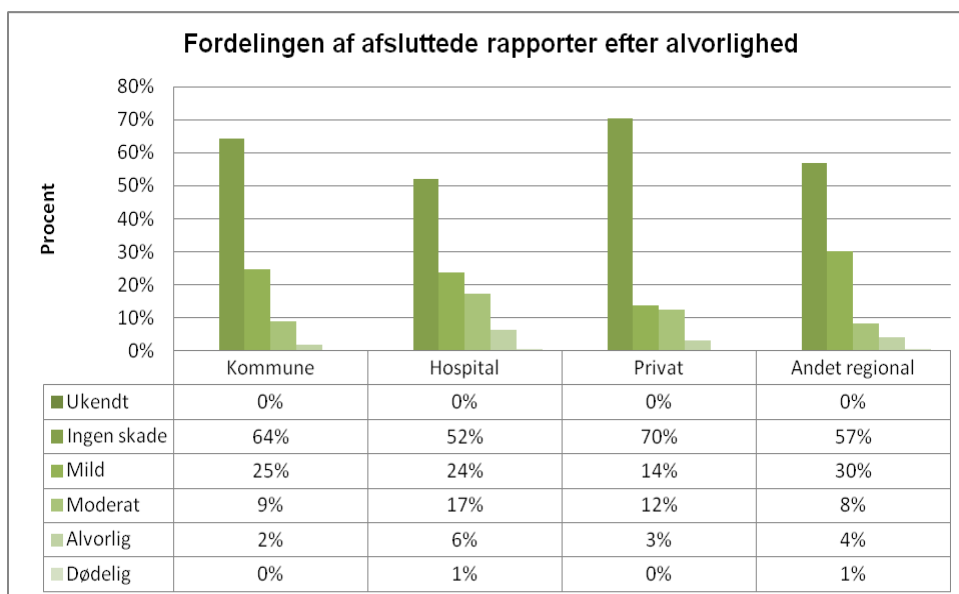
Enhver hændelse skal klassificeres med mindst en eller flere af ICPS-klassifikationens hovedgrupper og eventuelle undergrupper. For eksempel skal en hændelse, hvor en patient falder som følge af fejlmedicinering opstået på baggrund af en fejlkommunikation, klassificeres efter tre hovedkategorier - kommunikationsfejl, medicinhændelse og patientuheld, og dette uanset hvad der i den aktuelle situation menes at være den centrale hændelse. Alle fakta i hændelsesrapporten, inklusiv eventuelle supplerende oplysninger og analyseresultater, skal klassificeres udtømmende. Gisninger eller logiske slutninger om årsagsforhold, som ikke er dokumenteret, skal derimod ikke klassificeres.

2.3 Fordeling af de utilsigtede hændelsers alvorlighedsgrad

Sagsbehandlerne i regioner, kommuner og private systemer skal klassificere alle hændelsers faktuelle konsekvens efter alvorsskalaen vist nedenfor.

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

Det er rapportøren, der angiver alvorligheden, men sagsbehandleren har mulighed for at ændre alvorligheden i forbindelse med sagsbehandlingen. Figur 6 nedenfor viser alvorsvurderingen fordelt på kommuner, hospitaler, private og andre regionale områder.



Figur 6: Fordelingen af afsluttede rapporter efter alvorlighed.

Som figur 6 viser, vurderes langt de fleste hændelser som 'Ingen skade' og 'Mild'. Overordnet klassificeres henholdsvis 60 procent og 25 procent, som 'Ingen skade' og 'Mild'. Det er således forholdsvis få, nemlig 15 procent af alle hændelser, der klassificeres som 'Moderat', 'Alvorlig' og 'Dødelig'.

Der rapporteres procentvist fire til fem gange flere dødelige samt to til tre gange flere alvorlige hændelser på hospitalsområdet og 'Andet regionalt' i forhold til kommunerne. På det private område er der ikke rapporteret hændelser med dødelig udgang. Med hensyn til rapportering af alvorlige hændelser ligger det private område procentvist på linje med det kommunale område.

Mange hændelser klassificeres med en større alvorlighed, end hvad definitionen på alvorlighed tilskriver. Det kan muligvis skyldes, at der er mange sagsbehandlere, der endnu ikke har vænnet sig til den nye alvorlighedsklassifikation i DPSD-2. Patientombuddet arbejder aktuelt med at finde en løsning til sagsbehandlingen i DPSD, som skal gøre alvorlighedsklassifikationen lettere og mere sikker at anvende.

2.4 Fordeling af rapporter fra sundhedspersoner, patienter og pårørende

Fordelingen af rapporter mellem sundhedspersoner, patienter og pårørende fremgår af nedenstående tabel, som viser afsluttede sager i 2011. Her kan man se, at langt størstedelen af rapporteringerne sker fra sundhedspersoner.

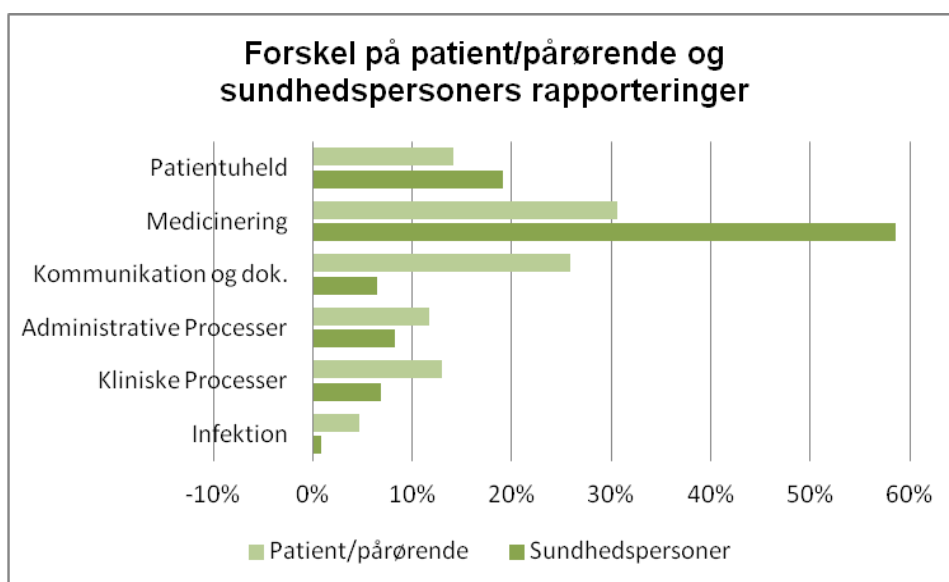
DPSD rapportører i perioden september til december 2011	Antal rapporter	Antal afsluttede
Sundhedspersoner	39.897	31.105
Patienter	536	209
Pårørende	157	46

Tabel 2: Fordelingen af rapporter mellem sundhedspersoner, patienter og pårørende.

Patienter og pårørende har først haft mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser fra 1. september 2011. Disse rapporter fra både patienter og pårørende er steget fra måned til måned fra september til december 2011.

Utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende rapporteres på to nye skemaer, der er etableret i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. De utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende sagsbehandles på samme måde, som når en utilsigtet hændelse rapporteres af en sundhedsperson. Den eneste forskel er, at sundhedspersoner har rapporteringspligt og skal rapportere en hændelse inden syv dage. Patienter og pårørende har naturligvis ikke rapporteringspligt, ligesom der ikke er fastsat nogen forældelsesfrist for rapporteringen.

Figur 7 herunder viser den procentvise fordeling af de seks hyppigste hændelser blandt de 13 overordnede hændelsesklassifikationer, opgjort særskilt for rapporter fra patient/pårørende og fra sundhedspersoner.



Figur 7: Fordelingen af de seks hyppigste kategorier af patient/pårørende og sundhedspersoners rapporteringer.

Hvis man ser nærmere på de knap 700 rapporter om utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende, danner der sig et billede af, at der er et forskelligt fokus i de hændelser, henholdsvis patienter og sundhedspersonale rapporterer.

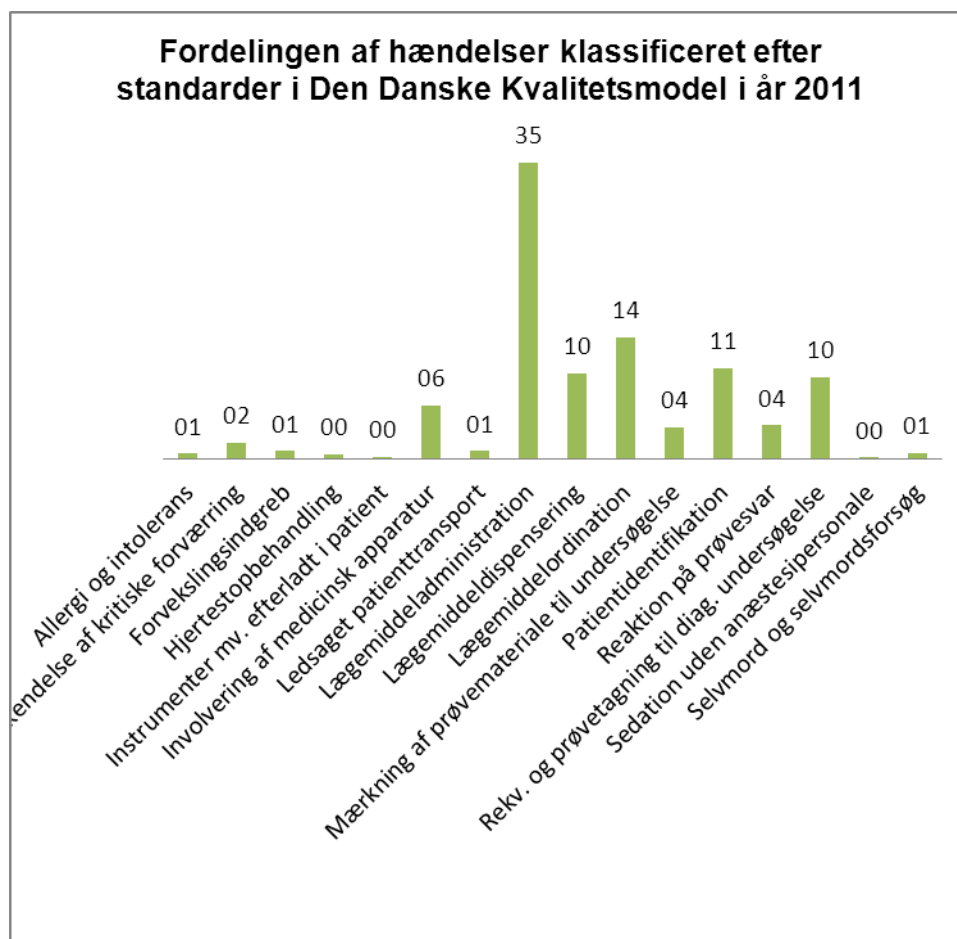
Patienter og pårørende har langt mindre fokus på medicineringshændelser, end sundhedspersoner har. Patienter og pårørende har til gengæld større fokus på infektioner og hændelser, der involverer kommunikation. Hændelser, der involverer kommunikation udgør over 25 procent af alle rapporter fra patienter og pårørende, mens de kun udgør 6 procent af rapporterne fra sundhedspersonalet.

For både patienter og pårørende og for sundhedspersoner udgør patientuheld cirka en sjettedel af de rapporterede hændelser.

2.5 Fordeling af hændelser efter standarder i Den Danske Kvalitetsmodel

16 standarder i den danske kvalitetsmodel for sygehuse version 1 indeholder krav om monitorering af utilsigtede hændelser. Det har derfor med det nye rapporteringssystem (DPSD 2) været muligt at klassificere hændelser efter hvilke standarder i modellen, som hændelsen kan relateres til.

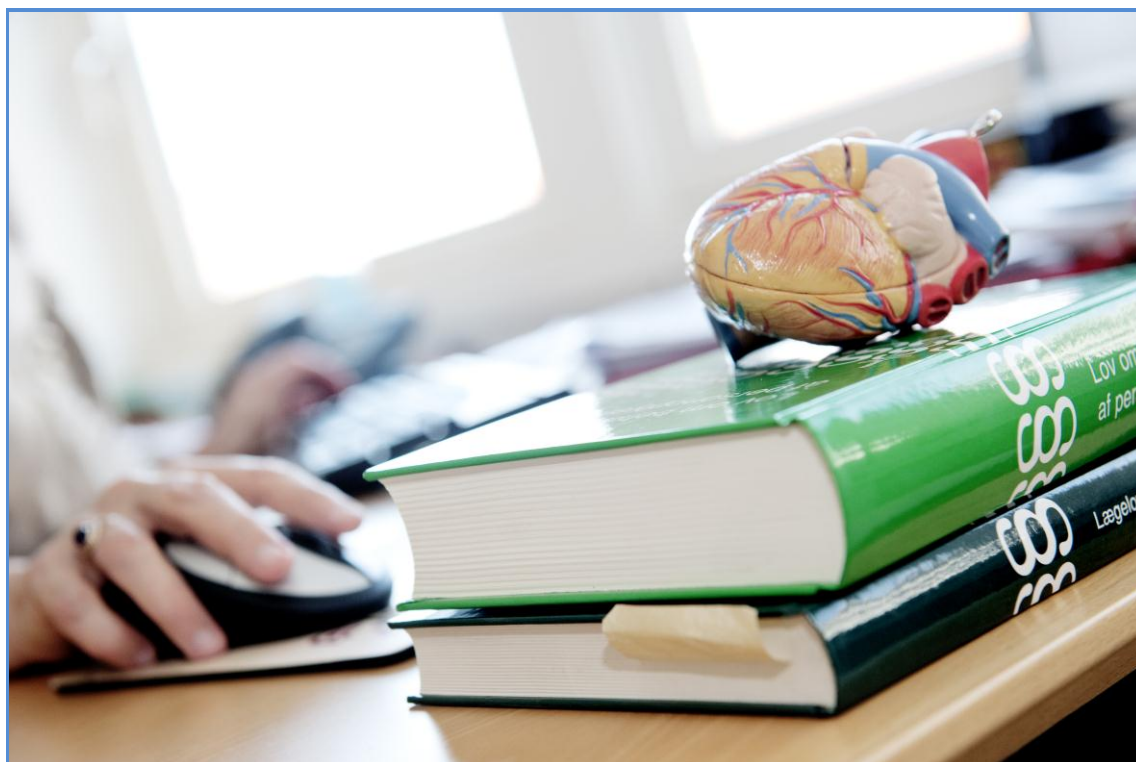
Figur 8 nedenfor viser fordelingen mellem klassifikationerne i procent.



Figur 8: Fordelingen af hændelser klassificeret efter standarder i Den Danske Kvalitetsmodel for 2011.

I alt er 12.514 hændelser fra sygehuse klassificeret efter de 16 standarder. 37.803 hændelser fra sygehuse er ikke klassificeret, hvilket enten skyldes, at hændelsen ikke kan relateres til standarden, eller at hændelsen ikke er klassificeret af sagsbehandleren.

Grafen viser, at hændelser, der kan relateres til standarder om 'Medicin', udgør cirka 60 procent af hændelserne. 'Patientidentifikation' og 'Rekvirering og prøvetagning til diagnostiske undersøgelser' udgør tilsammen mere end 20 procent af resten af hændelserne.



3 Samarbejde

Et af formålene med det nye patientklagesystem er at understøtte læring til hele sundhedsvæsenet. Denne opgave varetages af flere instanser og organisationer, herunder også Patientombuddet. Denne læring sker blandt andet gennem samarbejde på tværs af sundhedsmyndighederne i Danmark.

Patientombuddet har i 2011 haft følgende nationale samarbejder:

- **Lægemiddelstyrelsen**
Lægemiddelstyrelsen og Patientombuddet deltager begge med repræsentanter i Koordineringsudvalget og i Nationalt Forum. Der er ligeledes en del ad hoc-henvendelser både fra Lægemiddelstyrelsen til Patientombuddet og fra Patientombuddet til Lægemiddelstyrelsen. Forespørgsler fra os kunne handle om, hvorvidt de har yderligere informationer om for eksempel medicinsk udstyr, når vi støder på sådanne mønstre i UTH. Samtidig adviserede vi også Lægemiddelstyrelsen, når vi kom med udmeldinger, der har en fælles snitflade.
- **Statens Institut for strålebeskyttelse**
Statens Institut for strålebeskyttelse får udtræk fra DPSD vedrørende hændelser med stråler og røntgen.
- **Sundhedsstyrelsen**
Sundhedsstyrelsen deltager også i både Koordineringsudvalget og Nationalt Forum. Det er Sundhedsstyrelsen, der kan udsende officielle vejledninger om, hvordan man håndterer problemer på det sundhedsfaglige område. Patientombuddet og Sundhedsstyrelsen samarbejder om at få sat fokus på de rette emner, der kan gavne patientsikkerheden. Patientombuddet giver således baseret på viden om konkrete mønstre i utilsigtede hændelser forslag til officielle vejledninger til Sundhedsstyrelsen.

Patientombuddet arbejder også sammen med internationale organisationer vedrørende patientsikkerhed:

- **WHO Patient Rights And Safety**

Der er følgende fire fokusområder mellem WHO og Patientombuddet:

- 1) Sygehuserhvervede infektioner
- 2) Blodtransfusioner
- 3) Håndhygiejne
- 4) Kommunikation ved overførsler

WHO og Patientombuddet arbejder med at bygge bro mellem patientsikkerhed og patientrettigheder ved at involvere patienter mere i deres forløb for dermed at øge sikkerheden.

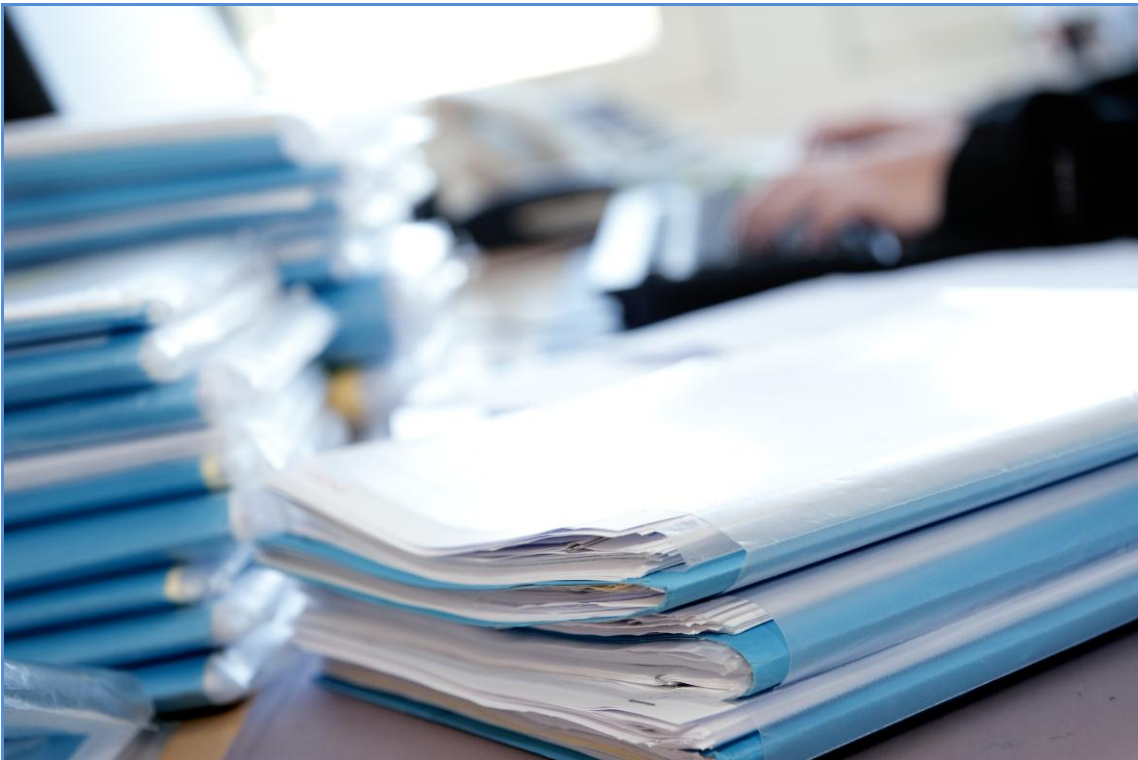
- **OECD**

OECD har arbejdsgrupper og projekter på tværs af landene. Fra Danmark deltagere blandt andre Patientombuddet.

- **Database over rapporteringssystemer (udløber af EUNetPAS)**

EUNetPAS var fra 2008 til 2010 et projekt med deltagelse af EU-medlemslandene. Formålet med projektet var at fremme sikkerhedskulturen og rapporterings- og læringssystemer samt forbedre vidensdeling og samarbejde om patientsikkerhed på EU-niveau.

Projektet er afsluttet, men Patientombuddets læringsenhed har i samråd med de andre deltagende lande besluttet at fastholde en database over de i alt 37 forskellige rapporteringssystemer, der bliver brugt i EU-landene. Denne database skal blandt andet give overblik over, hvordan de forskellige rapporteringssystemer fungerer, hvem der har ejerskabet samt hvorvidt systemet er baseret på lovgivning i det pågældende land. Ideen er, at lande uden et rapporteringssystem kan bruge databasen og ud fra den foretage et kvalificeret valg om, hvordan de vil iværksætte eget rapporteringssystem.



4 Udvalg og grupper

4.1 Nationalt Forum

Patientombuddets vision er at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Det er en vision, vi arbejder målrettet for at opfylde. Derfor er det også utrolig vigtigt, at det arbejde, vi udfører for at sikre patientsikkerhed bliver modtaget og opfattet som både relevant og vedkommende af både det kliniske personale og af de beslutningstagere, der har ansvaret for at følge op på Patientombuddets udmeldinger.

Derfor vil vi i Patientombuddet sikre relevansen af vores læringsaktiviteter ved blandt andet at indgå strategiske partnerskaber med centrale aktører i sundhedsvæsenet.

Formålet med det Nationale Forum er at skabe en samarbejdsorganisation, der på et overordnet strategisk niveau kan koordinere læring på tværs af rapporterings-, erstatnings- og klagesystemet og samtidig inddrage erfaringerne fra dialogordningen og de regionale patientvejledere.

Det Nationale Forums opgaver er blandt andet:

- at bistå Patientombuddet med faglig sparring på det strategiske niveau
- at virke som debat- og udviklingsforum for Patientombuddets strategi og visioner på læringsområdet
- at drøfte fokusområder for læring og udviklingsinitiativer
- at foreslå særlige indsatsområder for Patientombuddets udmeldinger

Medlemmer i Nationalt Forum er udpeget blandt de centrale aktører i sundhedsvæsenet. Sammensætningen af Nationalt Forum fremgår af bilag 2.

4.2 Koordineringsudvalget

Patientombuddet tog i 2011 initiativ til indledende møder om et Koordineringsudvalg mellem de centrale myndigheder på sundhedsområdet. Koordineringsudvalget har blandt andet til opgave at sørge for en ensartet linje i de offentlige udmeldinger på patientsikkerhedsområdet.

Det er Koordineringsudvalgets opgave at sikre, at disse udmeldinger bliver udarbejdet til fælles gavn samt at offentliggørelsen er koordineret med de involverede parter.

Koordineringsudvalget består af de centrale myndigheder på sundhedsområdet, og udvalget arbejder tæt sammen om konkrete indsatser og udmeldinger på patientsikkerhedsområdet. Dette samarbejde er en vigtig præmis for at sikre den mest effektive udnyttelse af viden fra de samlede klage- og erstatningssager samt rapporter om utilsigtede hændelser. Koordineringsudvalgets sammensætning fremgår af bilag 3.

4.3 Partnerskaber og forskningsstøtte

Patientombuddet indgår partnerskaber med andre aktører på patientsikkerhedsområdet.

4.3.1 Partnerskaber

Formålet med partnerskaber er bedre at kunne drage nytte af Patientombuddets viden og data. Aktørerne kan bidrage med kompetencer og ressourcer, som vi ikke er i besiddelse af, mens vi kan stille data til rådighed. På den måde vil Patientombuddets viden kunne medvirke til at skabe bedre produkter, for eksempel tegne bedre patientforløb samt opnå bedre arbejdsgange og sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet.

Hensigten med partnerskaber og en koordinering af indsatser mellem aktørerne i sundhedsvæsenet er at give Patientombuddets aktiviteter mere gennemslagskraft.

Patientombuddets læringsenhed har partnerskaber med blandt andre:

- Gigtforeningen vedrørende utilsigtede hændelser i forbindelse med brugen af methotrexate i sygehusvæsenet. Aftale med apotekerforeningen om medinddragelse i forbindelse med publikationer om medicinering
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed vedrørende analyse af utilsigtede hændelser på nationalt niveau. Blandt andet undersøges, hvorvidt de nye labels på medicinglas fra SAD mindsker forekomsten af utilsigtede hændelser.
- Vi deltager i en arbejdsgruppe med Kræftens Bekæmpelse, hvor Patientombuddet udleverer udtræk om de utilsigtede hændelser, hvor det er gået galt i kræftforløb. Disse hændelser bliver analyseret, og Kræftens Bekæmpelse undersøger, hvor en indsats mod det specifikke problem vil gøre størst nytte. Derefter er det arbejdsgruppens opgave at arbejde videre med, hvordan formidlingen af den viden skal ske.

4.3.2 Forskningsstøtte

Forskningsstøtte betragtes af Patientombuddet som ad hoc-partnerskaber, og vil typisk være af relativ begrænset varighed og koncentreret omkring en specifik og ofte kortvarig problemstilling. Det kunne for eksempel være et samarbejde med større patientforeninger til belysning af særlige problemstillinger for en bestemt patientgruppe eller samarbejde med forskere, der ønsker at benytte Patientombuddets data som del af deres forskning.

Patientombuddet kan indgå en aftale om at levere data til et partnerskab, når der foreligger en konkret og detaljeret projektbeskrivelse. Det er en betingelse, at vi får mulighed for at publicere slutproduktet på vores hjemmeside, efter det har været offentliggjort.

5 Undervisning og publikationer

5.1 Undervisning

Som en del af videreformidlingen af den viden og læring, som vi uddrager af patienternes henvendelser og rapportering af utilsigtede hændelser, har vi i Patientombuddets læringsenhed i 2011 deltaget som oplægsholdere på mange kurser og konferencer. Oplæggene har primært handlet om:

- Patientombuddets opgaver, ansvar og organisation
- Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- Risikostyring, herunder analyse og opfølgning af utilsigtede hændelser, klager og erstatningssager
- Brugerinvolvering

Patientombuddets læringsenhed holdt i 2011 omkring 50 foredrag. Foredragsstederne har blandt andet været de fem regioner, kommuner, privathospitaler, Syddansk Universitet, Dansk Sygeplejeråd, Lægemiddelstyrelsen, WHO og patientforeninger.

Der er som udgangspunkt et sted mellem 20 og 200 sundhedsfaglige tilhørere, når vi holder oplæg, og responsen er oftest rigtig god.

5.2 Publikationer

Baseret på rapporter om utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase udsender Patientombuddets læringsenhed nyhedsbreve, temarapporter, OBS-meddelelser, advarsler, informationspjecer og en årsberetning. Denne årsberetning er den første, som bliver udsendt fra Patientombuddet.

Alle publikationer er udarbejdet i samarbejde med rådgivere eller andre med særlig viden indenfor de relevante områder.

Målgruppen er oftest læger, sygeplejersker og andet klinisk personale, herunder risikomanagere.

Alle 2011-publikationer fra Patientombuddets læringsenhed samt alle faglige udmeldinger fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase kan man læse på hjemmesiderne www.dpsd.dk og www.patientombuddet.dk.

5.2.1 Nyhedsbreve

Fire gange om året udsender Patientombuddet et nyhedsbrev vedrørende Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Nyhedsbrevene bliver publiceret elektronisk på hjemmesiderne www.dpsd.dk og www.patientombuddet.dk. Herudover sendes nyhedsbrevene til de personer, der har tilmeldt sig distributionslisten på www.dpsd.dk.

Nyhedsbrevene henvender sig primært til frontlinje sundhedspersoner, altså det fagpersonale, som har den direkte patientkontakt så som læger, sygeplejersker, plejepersonale, sosu-assistenten.

Der er udsendt følgende nyhedsbreve i 2011:

- **Nyhedsbrev 0, februar 2011**

I nyhedsbrevet er der en kort omtale af det nye elektroniske rapporteringssystem og af den nye kategorisering af hændelser. Derudover er der en oversigt over de til Sundhedsstyrelsen rapporterede hændelser i 2010.

I en rapport er beskrevet, at en patient fik administreret adrenalin intravenøst i en høj dosis. På grund af travlhed besluttede afdelingen at fremstille en større blanding af adrenalin, end de plejede. I forbindelse hermed blev der begået en regnefejl, således at koncentrationen af adrenalin kun var halvt så stor som ordineret. Patientens blodtryk faldt drastisk.

- **Nyhedsbrev 1, juni 2011**

En introduktion til Patientombuddets nye nyhedsbrev.

I første kvartal af 2011 blev der rapporteret 14.161 utilsigtede hændelser til Patientombuddet. 0,4 procent var dødelige (53), 1,9 procent blev klassificeret som alvorlige, og 13 procent havde moderate konsekvenser.

- **Nyhedsbrev 2, august 2011**

Det introduceres, at patienter og pårørende fra 1. september får mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Fordelingen af de klassificerede hændelser indsendt i andet kvartal 2011 viste, at langt de fleste hændelser var relateret til medicinering (60 procent) og patientuheld (16 procent).

- **Nyhedsbrev 3, oktober 2011**

I dette nyhedsbrev omtales blandt andet en hændelse rapporteret fra hjemmeplejen omhandlende en patient med fodsår. I forbindelse med brusebad blev bandagen våd. Den våde bandage blev ikke skiftet, og patienten udviklede blodforgiftning (sepsis) og blev indlagt på hospital, hvor behandlingen varede to uger.

5.2.2 Temarapporter

Patientombuddets Læringsenhed udsender temarapporter, når det gennem analyser viser sig, at der sker den samme type hændelse i det sundhedsfaglige virke i Danmark. Læringsenheden undersøger, om der er tale om specifikke mønstre, man ved få ændringer i arbejdsrutinerne kan bryde for dermed at øge patientsikkerheden.

I 2011 udsendte Læringsenheden tre temarapporter, hvoraf rapporten om meningitis blev den første, hvor der udover rapporter om utilsigtede hændelser også blev trukket data fra både patientklager og erstatningssager.

Der er udsendt følgende temarapporter i 2011:

- **Faktor 10-fejl ved medicinering**

Rapporterede medicineringsfejl handler hyppigst om forkert dosis. Blandt overdoseringer er hændelser relateret til 10 gange for høj dosis karakteristisk. I temarapporten gennemgås systemproblemer i relation til 11 alvorlige medicineringsfejl af denne type. Hændelserne har fundet sted på sygehuse. Rapporten fører til en række overvejelser om læringspotentialet på det kliniske niveau.



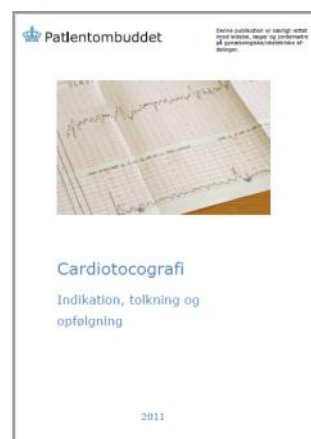
- **Meningitis**

Temarapporten inddrager både utilsigtede hændelser, klager og erstatningssager rejst over for Patientforsikringen. Rapporten viser, at der fortsat er problemer med rettidig diagnostik af bakteriel meningitis/meningococcygdom, og forsinket handling, efter diagnosen er stillet. Erstatningssagerne viser, at der kan være alvorlige men efter forsinket diagnostik og behandling.



- **Cardiotocografi**

Temarapporten er foranlediget af, at der jævnligt rapporteres alvorlige utilsigtede hændelser til DPSD vedrørende overvågning af fødsler med cardiotocografi. Ligeledes behandles der jævnligt klager og rejses krav om erstatning med tilsvarende baggrund. Rapporten bygger på data fra DPSD, klagesystemet og Patientforsikringens erstatningssager. Resultaterne fra dataanalysen understøtter, at et nationalt projekt til styrkelse af lægers og jordemødres kompetencer i relation til fosterovervågning ved fødslen bliver iværksat.



5.2.3 OBS-meddelelser og advarsler

OBS-meddelelser og advarsler bliver udsendt, når Patientombuddets læringsenhed bliver opmærksom på nye alvorlige utilsigtede hændelser, som vurderes at kunne forekomme på andre afdelinger og institutioner.

En advarsel fra Patientombuddet udsendes, når videregivelse af informationen om en hændelse ikke kan afvente en nærmere undersøgelse. Advarsler indeholder derfor kun en beskrivelse af hændelsen og eventuelt umiddelbare anbefalinger.

En OBS-meddelelse indeholder samme oplysninger som en advarsel, men er oftest blevet vurderet af eksperter eller sagkyndige.

OBS-meddelelser og advarsler udsendes til de relevante officielle postkasser og publiceres på www.dpsd.dk og på www.patientombuddet.dk. Det vil fremgå af følgebrevet, til hvilke områder eller specialer meddelelsen er målrettet.

Disse OBS-meddelelser og advarsler er udsendt i 2011:

OBS-meddelelser:

- **Fejl i C-PAP-udstyr på neonatalafdelinger**

I 2010 blev der rapporteret syv hændelser til DPSD vedrørende børn på afdelinger for nyfødte, hvor der var tekniske problemer med det anvendte udstyr. Børnene blev behandlet i respirator. I alle tilfælde var der problemer med lufttilførslen. Enten blev der ikke fugtet, eller den tilførte luft var for kølig. I alle tilfældene var der ingen alarm fra alarmsystemet.

Det er vigtigt af hensyn til den nærmere efterforskning, at fejl ved det tekniske udstyr også rapporteres til Lægemiddelstyrelsen.

- **Forveksling af Truxal med anden medicin**

To patienter fik udleveret forkert medicin fra apoteket på grund af utydelig håndskrift på recepten. I et tilfælde blev ordination af Imurel forvekslet med Truxal. Det andet tilfælde blev ordination af Truxal forvekslet med Imurel.

Siden 2004 blev der rapporteret 325 utilsigtede hændelser, hvor Truxal var medvirkende årsag til hændelserne. 55 af hændelserne omhandlede medicindispensering, hvor Truxal blev forvekslet med anden medicin, såkaldt 'look-a-like'-medicin.



- **Forbrændinger efter brug af varmegpuder**

I perioden 2005-2001 blev der rapporteret 36 hændelser, hvor patienter fik forbrændinger i forbindelse med brug af varmetæpper eller varmegpuder. I cirka halvdelen af hændelserne kunne patienterne ikke mærke eller reagere på høj

varme. For eksempel 13 kvinder, som havde fået spinal eller lokal anæstesi eller patienter, som var bedøvede under operation.

Advarsler:

- **Ild i dyne efter to minutters brug af el-varmetæppe**

En hændelse på en plejebolig handlede om en beboer, der som supplement til smertebehandling fik tilbudt et elektrisk varmetæppe. Efter to minutters brug opstod der ild i beboerens sengetøj. Der blev brugt et meget gammelt varmetæppe, som blev fundet frem fra et depot. Ifølge Sikkerhedsstyrelsen skal elektriske varmetæpper udskiftes efter 10 år.

5.2.4 Informationspjecer

I 2011 udgav Patientombuddets Læringsenhed en række pjecer og plakater til de nye sektorer i sundhedsvæsenet, der har fået rapporteringspligt samt til patienter og pårørende, som har fået rapporteringsret. Det drejer sig om følgende:



Sundhedsvæsenet:

Pjece: Til dig der skal rapportere en utilsigtet hændelse i:

- sundhedsvæsenet
- praksissektoren
- apotekssektoren
- det præhospitale område
- kommunalt regi

Patienter og pårørende:

Plakat: Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Pjece: Hjælp os med at lære, hvis noget er gået galt

Plakat: Hjælp os med at lære, hvis noget er gået galt



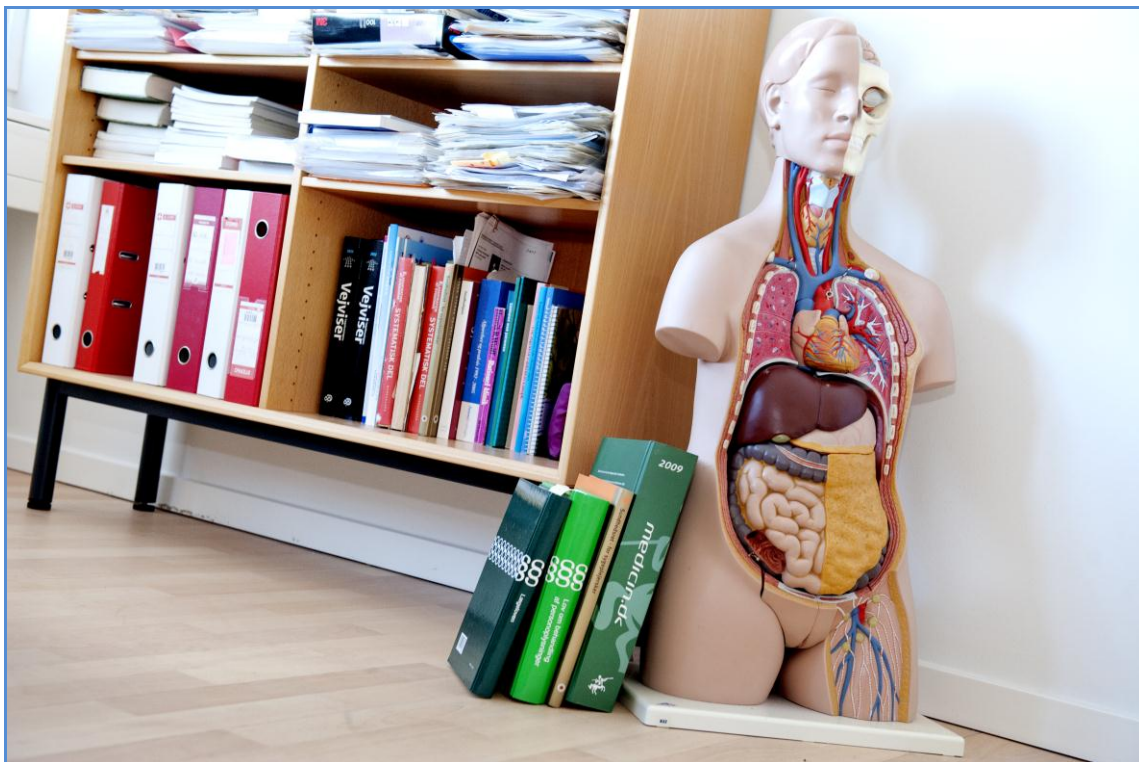
Pjecerne kan hentes på www.dpsd.dk under menuen publikationer.

6 Bidrag fra regioner, kommuner og private sygehuse

Alle regioner, kommuner og private sygehuse er blevet bedt om at indsamle oplysninger om rapporterede utilsigtede hændelser, udarbejdede handlingsplaner samt faglige udmeldinger fra 2011.

Oplysningerne samles i en national rapport, som vil blive udsendt i forbindelse med DPSD's årsberetning. Denne rapport skal give et overblik over hvilke patientsikkerhedstiltag, der arbejdes med forskellige steder i sundhedsvæsenet. Derudover er meningen, at den fremadrettet skal medvirke til at give inspiration til patientsikkerhedsarbejdet.

Den nationale rapport vil blive offentliggjort på både Patientombuddets og DPSD's hjemmeside.



Bilag

Bilag 1

Patientsikkerhedsordningen

I patientsikkerhedsordningen er en utilsigtet hændelse defineret som en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler.

Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder.

Rapporteringspligtige personer er autoriserede sundhedspersoner og de, der handler på disses ansvar samt ambulancebehandlere, apotekere og apotekspersonale.

Rapporteringspligtige personer *skal* rapportere de utilsigtede hændelser, som de observerer i forbindelse med, at hændelsen finder sted, herunder både de hændelser, som de selv er impliceret i og hændelser, som de observerer hos andre.

Rapporteringspligten omfatter også de hændelser, som de efterfølgende bliver opmærksomme på i forbindelse med udøvelsen af deres faglige gerning.

Rapporteringspligten omfatter ikke utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med personlig pleje eller ADL (Almindelig Daglig Levevis, dvs. praktisk hjælp). Kendte komplikationer og bivirkninger skal heller ikke rapporteres som en utilsigtet hændelse.

Bivirkninger, og fejl på 'medicinsk udstyr' skal anmeldes til Lægemiddelstyrelsen. Der er et link til på www.dpsd.dk. Under menuen 'rapporter hændelse'.

Fejl på 'medicinsk udstyr' skal også rapporteres som en utilsigtet hændelse.

I de forskellige sektorer er rapporteringspligten med hensyn til hændelseskategorier udformet forskelligt (se næste afsnit). Men i alle sektorer er det muligt at rapportere alle hændelser.

Afhængigt af hvor hændelsen sker, skal den rapporteres til enten regioner, kommuner eller private sygehuse, som skal registrere samt analysere hændelserne og videregive dem i anonymiseret form til Patientombuddet.

Patientombuddet har en formidlingspligt og skal, på baggrund af de rapporterede hændelser samt andre informationskilder, vejlede sundhedsvæsenet om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, herunder om særligt ofte forekomne risikosituationer til støtte for de involverede aktørers varetagelse af de sundhedsfaglige opgaver.

Rapporteringsystemet er et fortroligt system. Dette betyder, at viden om en eventuelt rapporterende sundhedsperson kun må gives videre til de personer i samme region, kommune eller på samme private sygehus, som arbejder med modtage, registrere og analysere hændelsen. Kontaktoplysningerne til den rapporterende person slettes inden rapporten videregives til Patientombuddet. Der er mulighed for at rapportere anonymt.

Rapporteringsystemet er ikke-sanktionerende dvs., at personer, som rapporterer en utilsigtet hændelse, ikke som følge af rapporteringen kan underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger fra ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner fra domstolene.

Man kan læse mere om patientsikkerhedsordningen samt rapportere utilsigtede hændelser på hjemmesiden www.dpsd.dk.

Udvidelse af patientsikkerhedsordningen i 2011

Patientsikkerhedsordningen blev 1. september 2011 udvidet til udover at omfatte rapporteringspligten for sundhedspersoner, også at omfatte en frivillig rapporterings mulighed for patienter og pårørende.

Adgangen for patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser vil yderligere understøtte patientsikkerhedsarbejdet i sundhedsvæsenet, da patienter og pårørende ofte har et samlet overblik over hele behandlingsforløbet, og derfor i nogle tilfælde vil kunne opdage utilsigtede hændelser, som sundhedspersonalet ikke er opmærksom på.

Rapporteringspligtige hændelser

I vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet mv. af 3. januar 2011 er rapporteringspligten for de forskellige sektorer udformet således:

Sygehusvæsenet:

Alle utilsigtede hændelser er rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.

Praksissektoren og den præhospitale indsats:

Alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange og anvendelse af medicinsk udstyr er rapporteringspligtige. Derudover er infektioner rapporteringspligtige.

Regionale botilbud:

Alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med medicinering og sektorovergange, er rapporteringspligtige. Derudover er patientuheld og infektioner rapporteringspligtige.

Den kommunale sundhedssektor:

Alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med medicinering og sektorovergange er rapporteringspligtige. Derudover er patientuheld og infektioner rapporteringspligtige.

Apotekssektoren:

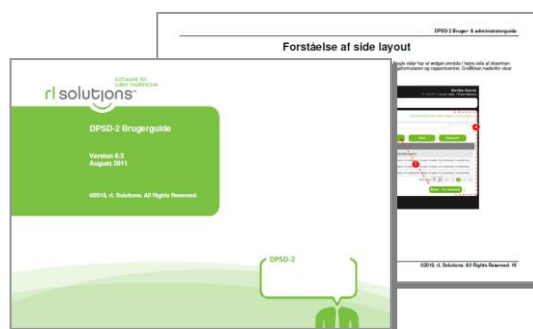
Alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange er rapporteringspligtige.

I praksissektoren og den præhospitale indsats, den kommunale sundhedssektor samt apotekssektoren er utilsigtede hændelser i de øvrige kategorier rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er, at;

1. patienten dør eller
2. patienten får varige funktionstab eller
3. der skal ske lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet eller
4. der for flere patienter er øget plejeburde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet.

Brugervejledninger til DPSD

Patientombuddet har udgivet en brugerguide til DPSD sagsbehandling.



Bilag 2

Sammensætningen af Nationalt Forum

Jette Dam-Hansen Jensen,
Lægeforeningen

Dorte Steenberg,
Dansk Sygeplejeråd

Lars Tanderup,
Region Hovedstaden

Thilde Lydixen,
Kommunernes Landsforening

Ulla Rosenkvist,
FOA

Mia Fruergaard,
Gladsaxe Kommune

Anna Louise Stevnhøj,
Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Hanne Jensen,
Brancheforeningen for Privathospitaler

Hans Peder Graversen,
Region Midtjylland

Bente Larsen,
Sønderborg Kommune

Connie Zigler,
Danske Patienter

Karen-Inger Bast,
Patientforsikringen

Mads Hyldgaard,
Danske Patienter

Steffen Egesborg Hansen,
Patientombuddet

Lena Graversen,
Sundhedsstyrelsen

Peter Bak Mortensen,
Patientombuddet

Henrik G. Jensen,
Lægemiddelstyrelsen

Jørgen Hansen,
Patientombuddet

Marlene W. Würzler,
Danske Regioner

Martin E. Bommersholdt,
Patientombuddet

Bilag 3

Sammensætningen af Koordineringsudvalget

Karen-Inger Bast, direktør,
Patientforsikringen

Carsten Engel, direktør,
Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Lena Graversen, overlæge,
Sundhedsstyrelsen

Henrik G. Jensen, kontorchef,
Sundhedsstyrelsen

Jørgen Hansen, overlæge,
Patientombuddet

Martin E. Bommersholdt, oversygeplejerske,
Patientombuddet

Pia Knudsen, farmaceut,
Patientombuddet