



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 24-11-2020
Enhed: SUNDJUR
Sagsbeh.: DEPCBO
Sagsnr.: 2015895
Dok. nr.: 1457107

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 27. oktober 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 105 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 105:

” Kan ministeren bekræfte, at der har været 38 dødelige utilsigtede hændelser og 35 alvorlige utilsigtede hændelser, der har relation til Covid-19? ”

Svar:

Jeg henviser til min samtidige besvarelse af SUU spørgsmål nr. 104 (Alm. del).

Det fremgår af Styrelsen for Patientsikkerheds overordnet gennemgang af visse utilsigtede hændelser med relation til COVID-19, at styrelsen har gennemgået de rapporterede alvorlige og dødelige hændelser ud fra en sundhedsfaglig vurdering. Gennemgangen omfatter utilsigtede hændelser med relation til COVID-19 rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) i perioden 1. januar 2020 til 1. august 2020.

Gennemgangen viser, at der i perioden 1. januar 2020 til 1. august 2020 var rapporteret 127 alvorlige eller dødelige utilsigtede hændelser. 80 var klassificeret som alvorlige og 47 som dødelige. Styrelsen for Patientsikkerhed har læst samtlige hændelser og vurderet, at det faktiske tal for de rapporterede dødelige utilsigtede hændelser var 38, mens der var rapporteret 35 alvorlige utilsigtede hændelser.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Charlotte Beierholm Olsen

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 24-11-2020
Enhed: SUNDJUR
Sagsbeh.: DEPCBO
Sagsnr.: 2015895
Dok. nr.: 1456925

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 27. oktober 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 104 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 104:

” Vil ministeren sende udvalget en redegørelse om rapport om utilsigtede hændelser under Covid-19? ”

Svar:

I forbindelse med temadag om sikkerhed for patienter og sundhedspersonale under COVID-19 den 17. september 2020 udgav Styrelsen for Patientsikkerhed en vidensopsamling om erfaringer fra COVID-19. Herudover har styrelsen i forbindelse med en aktindsigt udarbejdet en overordnet gennemgang af visse utilsigtede hændelser med relation til COVID-19.

Styrelsen for Patientsikkerhed har oplyst til ministeriet, at styrelsen planlægger at samle erfaringer fra utilsigtede hændelser under COVID-19 i en rapport eller lignende.

. / . Vidensopsamlingen samt den overordnede gennemgang af visse utilsigtede hændelser med relation til COVID-19 vedlægges til udvalgets orientering.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Charlotte Beierholm Olsen



Sikkerhed for sundhedspersoner er sikkerhed for patienter

En vidensopsamling
om erfaringer fra COVID-19

Indholdsfortegnelse

3 Indledning

4 **Utilsigtede hændelser under COVID-19 – hvad har vi lært?**

4 Om utilsigtede hændelser og Dansk Patientsikkerhedsdatabase

4 Utilsigtede hændelser relateret til COVID-19

4 Risikoområder relateret til COVID-19

5 **Udredning, behandling og pleje under COVID-19**

6 **COVID-19-test og prøvetagning**

7 **Smitterisiko**

8 **Indlæggelse/udskrivelse**

9 **Medicinering**

9 **Udlånt personale, nye COVID-afsnit og ændrede arbejds gange**

10 **Sikkerhed for personalet under COVID-19 – beretninger fra det danske sundhedsvæsen**

11 Tillid og teamånd i beredskabet

12 Fra kræftsygeplejerske til COVID-beredskab med skiftende vagter

13 Ledelse og organisering i en krisetid

14 Det psykosociale beredskab i Region Nordjylland

16 Tryghed i krisesituationer gennem systematisk evaluering og makker-ordninger

17 **Sikkerhed for patienter under COVID-19-pandemien – beretninger fra det danske sundhedsvæsen**

18 Straksanalyser, hurtig læring og formidling

19 Da de svageste pludselig skulle være de stærkeste

20 Fokus på hygiejne og systematisk forebyggelse af tunnelsyn

21 Forebyggelse af tryksår – erfaringer fra et pandemiafsnit

22 Infektionshygiejne under COVID-19

24 Telemedicin – er det for alle?

Indledning

COVID-19 har sat alle, ikke mindst patienter og sundhedspersonale verden over, i en ekstraordinær situation. Det har krævet hurtig omstilling i sundhedsvæsenet at håndtere denne helt ukendte sygdom, der pludselig ramte os. Selvom coronakrisen endnu ikke er forbi, har vi allerede gjort os mange erfaringer. Dem skal vi lære af, så vi sammen står stærkere i håndteringen af COVID-19.



Lena Graversen, enhedschef
Styrelsen for Patientsikkerhed

Sikkerhed for sundhedspersoner er sikkerhed for patienter

WHO's Internationale Patientsikkerhedsdag 17. september

Den 17. september er det WHO's Internationale Patient-sikkerhedsdag. Med denne vidensopsamling og en temadag om sikkerhed for patienter og sundhedspersonale under COVID-19 ønsker vi at støtte op om WHO's initiativ og være med til globalt at sætte patientsikkerhed på dagsordenen. Temadagen bliver livestreamet 17. september, ligesom oplæggene bliver tilgængelige som video efterfølgende – begge dele på stps.dk/live.

I lyset af COVID-19 har WHO valgt at have særligt fokus på sundhedspersoners sikkerhed under COVID-19 med overskriften: *"Safe Health Worker – Safe Patients"*, eller på dansk *"Sikkerhed for sundhedspersoner er sikkerhed for patienter"*.

Det fokus har vi valgt at følge i vores markering af dagen, og i denne vidensopsamling med samme titel sætter vi fokus på sikkerheden for både patienter og sundhedspersonale fra krisen begyndte til nu.

Arbejdet med COVID-19 har stillet store krav til både sundhedsvæsenet i sin helhed og de enkelte sundhedspersoner. Det er vigtigt at være opmærksom på sundhedspersonalets psykiske og fysiske sundhed og sikkerhed. Både den øgede arbejdsbelastning, uforudsigelige arbejdsdage og smitte-risiko er belastende for sundhedspersonalet.

Utilsigtede hændelser under COVID-19 – hvad har vi lært?

Samtidig med, at sundhedspersonalet har opretholdt den daglige drift og håndteret alle de nye udfordringer, er der også blevet rapporteret utilsigtede hændelser. Det har betydet, at de benspænd og uforudsete begivenheder, der løbende er opstået, har kunnet bruges til at forbedre patienternes sikkerhed.

Det er vigtigt at huske på, at rapportering af utilsigtede hændelser gøres med henblik på læring – også i særlige situationer.

Styrelsen for Patientsikkerhed, kommuner og regioner har løbende fulgt og monitoreret utilsigtede hændelser med relation til COVID-19. Det har været et unikt afsæt for hurtigt at reagere og organisere sig i en krisetid. I vidensopsamlingen kan du læse om de mønstre og tendenser, der har vist sig i utilsigtede hændelser relateret til COVID-19-situationen. Her beskriver vi en række risikoområder og giver indblik i nogle af de løsninger, som sundhedsvæsenet har iværksat for at løse udfordringerne.

Sikkerhed for personalet under COVID-19

Samtidig med behandlingen af patienter har sundhedsvæsenet måttet oprette taskforces, uddanne medarbejdere til nye opgaver og arbejdet med at skabe et så trygt og sikkert arbejdsmiljø for personalet som muligt. Det kan du læse om i afsnittet "Sikkerhed for personalet under COVID-19 – beretninger fra det danske sundhedsvæsen".

Sikkerhed for patienter under COVID-19

I afsnittet "Sikkerhed for patienter – beretninger fra det danske sundhedsvæsen" kan du læse om de mange aspekter, arbejdet med patientsikkerhed under COVID-19 indebærer. Patientsikkerhed kan fx både være hurtig sagsbehandling af utilsigtede hændelser, at sikre, at patienter med andre sygdomme end COVID-19 får den rette diagnose og behandling, og at patienter med COVID-19 ikke får tryksår under indlæggelse.

Vi håber, at vidensopsamlingen vil inspirere og bidrage til arbejdet med sikkerhed for både personale og patienter.

Utilsigtede hændelser under COVID-19 – hvad har vi lært?

Om utilsigtede hændelser og Dansk Patientsikkerhedsdatabase

En utilsigtet hændelse i sundhedsvæsenet er, når noget ikke går, som det skulle, i forbindelse med behandling eller pleje af en patient eller borger. Det er en begivenhed, som medfører konsekvenser eller risiko for konsekvenser for patienten/borgeren. Når sundhedspersoner oplever utilsigtede hændelser, skal de rapportere dem til den elektroniske database Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Det primære formål med rapporteringsordningen er læring: Ud fra både enkelte hændelser og overordnede risikomønstre og tendenser kan de enkelte behandlingssteder igangsætte initiativer, som kan forebygge, at de samme typer hændelser sker igen lokalt. Når de utilsigtede hændelser er sagsbehandlet og analyseret lokalt, indsendes de i anonymiseret version til Styrelsen for Patientsikkerhed, som undersøger, om der skal igangsættes nationale initiativer på baggrund af hændelserne.

Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser bidrager således med vigtig viden om, hvor noget ikke er gået, som det skal, og hvordan sundhedsvæsenet kan tage ved lære og arbejde med forbedringer for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed, kommuner og regioner har løbende fulgt og monitoreret utilsigtede hændelser med relation til COVID-19. Det har været et unikt afsæt for hurtigt at reagere og organisere sig i en krisetid, og i det følgende kan du læse om de mønstre og tendenser, der har vist sig i utilsigtede hændelser relateret til COVID-19-situationen.

Utilsigtede hændelser relateret til COVID-19

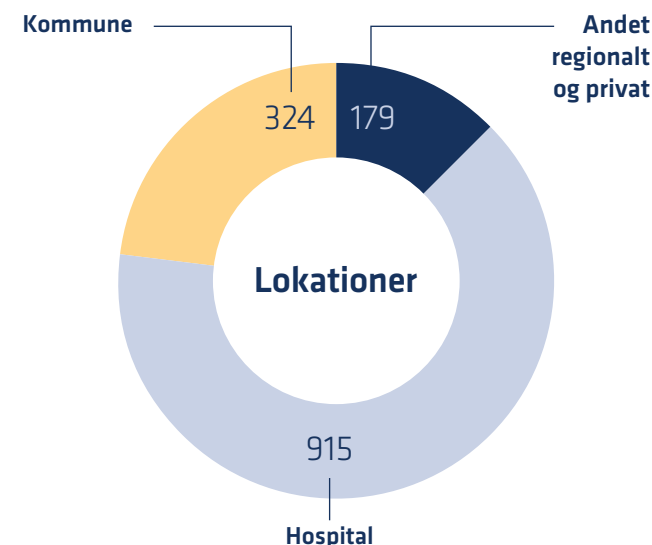
Beskrivelsen af utilsigtede hændelser i denne vidensopsamling tager udgangspunkt i utilsigtede hændelser med relation til COVID-19¹ fra perioden 1. februar 2020 til 13. juli 2020.

Figuren til højre viser, hvordan de utilsigtede hændelser med relation til COVID-19 fordeler sig mellem hospitaler, kommuner og det, vi kalder "andet regionalt og privat", som bl.a. dækker over praktiserende læger, speciallæger, regionale botilbud, vagtlægeordningen, præhospitale enheder, ambulancer og privathospitaler. Når man rapporterer en utilsigtet hændelse, skal man angive, om hændelsen har haft konsekvenser for patienten. Det er vigtigt at forstå, at det ikke nødvendigvis er den utilsigtede hændelse alene, der er årsag til den konsekvens, rapportøren har angivet. Der kan være andre ting, der spiller ind, fx andre samtidige sygdomme. På grafen til højre kan man se, hvordan de COVID-19-relaterede hændelser fordeler sig på alvorlighed².

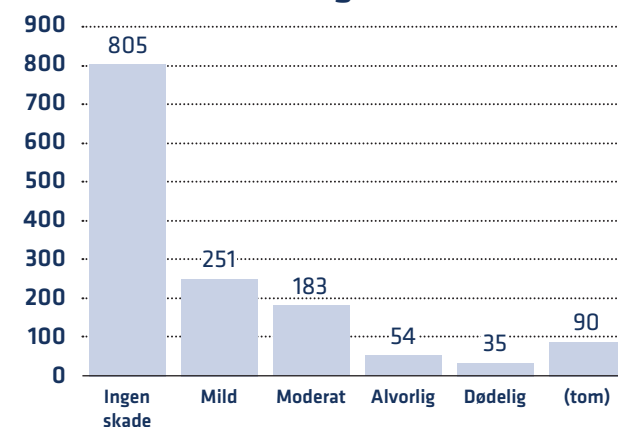
Risikoområder relateret til COVID-19

I hændelserne fremgår det tydeligt, at sundhedsvæsenet har haft en omfattende opgave i forhold til at behandle COVID-19-patienter, forebygge smittespredning og håndtere udbrud på de enkelte enheder. De utilsigtede hændelser fortæller om behov for hurtige analyser og lærings- og forbedrings-tiltag, som er iværksat på baggrund af hændelserne. Det kan fx være implementering af nye, lokale retningslinjer eller ændringer i eksisterende retningslinjer, ændrede arbejdsgange og undervisning af eller information til personale. Nedenfor er en overordnet beskrivelse af utilsigtede hændelser relateret til COVID-19 inden for en række overordnede risikoområder:

- Udredning, behandling og pleje under COVID-19
- COVID-19-test og prøvetagning
- Smitterisiko for patienter og medarbejdere
- Indlæggelse/udskrivelse
- Medicinering
- Udlånt personale, nye COVID-afsnit og ændrede arbejdsgange



Alvorlighed



- 1) Utilsigtede hændelser med relation til COVID-19 er identificeret vha. feltet "Er hændelsen relateret til COVID-19-situationen?" i DPSD og via søgeord i fritekstfelterne.
- 2) Kategorien "(tom)" refererer til hændelser rapporteret i et andet rapporteringsskema, som indgår i et pilotprojekt, der afprøver en ny ordning for rapportering af utilsigtede hændelser, herunder en anden måde at klassificere alvorlighed på.

Udredning, behandling og pleje under COVID-19

I de utilsigtede hændelser relateret til COVID-19 beskrives forløb med forsinket udredning og/eller behandling samt forlængelse af behandling og/eller indlæggelse.

Diagnosticering af andre sygdomme under COVID-19

Det store fokus på COVID-19 har i nogle tilfælde skygget for andre diagnoser med den konsekvens, at en patients diagnose ikke er blevet stillet eller først er blevet stillet sent. Andre hændelser beskriver forsinket start af behandling, da der ikke foretages en tilstrækkelig systematisk gennemgang af patientens almene tilstand. I kommunerne ses det desuden, at en del ældre borgere har haft atypiske symptomer, såsom tab af gangfunktion eller nedsat appetit, som de eneste symptomer på COVID-19, hvilket har resulteret i forveksling med andre tilstande.

Der beskrives i de utilsigtede hændelser forskellige forbedringstiltag til forebyggelse af manglende eller sen diagnosticering af andre sygdomme. Der er fx iværksat ændrede arbejdsgange, hvor en speciallæge altid skal konsulteres inden hjemsendelse fra sygehus, alle skal have målt vitale værdier minimum to gange, og der er indført særligt fokus på dokumentation i journal, epikrise og udskrivelsespapirer til kommunen.

Telemedicin

Mange ydelser i hele sundhedsvæsenet har under COVID-19 været konverteret til enten digitale eller telefoniske ydelser. I de utilsigtede hændelser ses, at de digitale og telefoniske ydelser ikke er uden udfordringer.

Eksempelvis har nogle borgere kunnet benytte sig af digitale træningstilbud, som ikke har været tilstrækkelige, fordi en forudgående fysisk vurdering af borgeren har vist sig at være nødvendig. Der ses eksempler på, hvordan borgere over længere tid har udført øvelser forkert med en forværring til følge, fordi det har været vanskeligt for sundhedspersonalet at observere og korrigere over skærm.

Nogle hjemmebesøg hos og/eller modtagelse af patienter/borgere i lægepraksis/lægevagten har været erstattet af telefonkonsultation ved mistanke om COVID-19. I forbindelse med den ændrede praksis er der set utilsigtede hændelser, der handler om, at borgere i eget hjem (både med og uden COVID-19-symptomer) ikke er blevet fysisk tilset af en læge efter henvendelse til fx praktiserende læge eller vagtlæge. Konsekvenserne af dette har i nogle tilfælde været, at der er sket en forværring af sygdom/symptomer som følge af manglende sygdomserkendelse og dermed også manglende/ forsinket start af relevant behandling.

Behandling aflyst, udskudt eller ændret

For at allokere ressourcer til COVID-19-beredskabet blev mange behandlinger, operationer mv. aflyst eller udskudt. Dette har medført, at nogle somatiske og psykiatriske patienter har oplevet forværring af deres tilstand, nogle gange med alvorlige følger. Lukning af fx ambulatorier har medført utilsigtede hændelser, hvor vigtige prøvesvar ikke er blevet set eller handlet på.

Tab af fysisk funktionsniveau eller forværring af kronisk sygdom er rapporteret som en følge af pausering eller ændring af fx kommunale træningstilbud til fx diabetikere, hjertepatienter eller nyopererede borgere. Både kommuner og hospitaler har lavet forbedringstiltag og nye retningslinjer for at sikre en individuel vurdering og plan for hver enkelt patient.

Isolation og værnemidler tager tid

Når en patient indlægges med COVID-19, skal det være på en isolationsstue, som er klar og rengjort. Denne forberedelsesproces tager tid, og patienter har derfor i flere tilfælde måttet vente, hvorved vigtig behandling er blevet forsinket. Derudover omhandler nogle utilsigtede hændelser forsinket tilsyn af akut dårlige patienter, fordi de sundhedsfaglige medarbejdere har skullet iføre sig værnemidler, inden de kunne hjælpe patienten.

Lejring og tryksår

Meget syge COVID-19-patienter er ofte i langvarig respiratorbehandling og er efterfølgende svage og immobile. Dét øger risikoen for tryksår på kroppen. Lejring af disse patienter i fx bugleje kræver nye kompetencer, erfaring og godt teamarbejde. Et af de forbedringsforslag, der er rapporteret til DPSD, er, at man danner et sundhedsfagligt team med specifikt ansvar for lejring og forebyggelse af tryksår hos respiratorpatienter.

High Flow (fx NIV og CPAP)

Nogle af de patienter, der normalt er i hjemmebehandling med *High Flow* (fx ekstremt overvægtige, KOL-patienter eller patienter med anden respiratorisk sygdom), er ved indlæggelse med COVID-19 ikke automatisk blevet givet deres vanlige *High Flow*-behandling. En af de angivne årsager er, at brug af *High Flow* nogle steder ikke har været anbefalet til COVID-19-patienter, fordi behandlingen medfører en øget forekomst af viruspartikler i luften i omgivelserne og dermed øger risikoen for smitte.

COVID-19-test og prøvetagning

En stor del af de utilsigtede hændelser relateret til COVID-19 omhandler COVID-19-test. Udfordringerne er i mange tilfælde de samme, som der normalt rapporteres om i forbindelse med andre prøvetagninger, eksempelvis prøver, der bliver væk, mærkes forkert, har forkerte patientdata, bliver byttet om mv. Der er dog en række hændelser, der specifikt vedrører COVID-19-pandemien – dem beskriver vi nedenfor.

Omfanget af test

I starten af COVID-19-udbruddet blev der rapporteret om, at der ikke blev testet i tilstrækkelig grad fx i forbindelse med udredning, indlæggelse, overflytning eller udskrivelse af patienter. Efter at der blev indført retningslinjer om øget testning, ses utilsigtede hændelser, hvor retningslinjerne for test ikke er blevet fulgt, hvorved de øvrige patienter og medarbejdere blev udsat for smitterisiko.

Afventning af testsvar

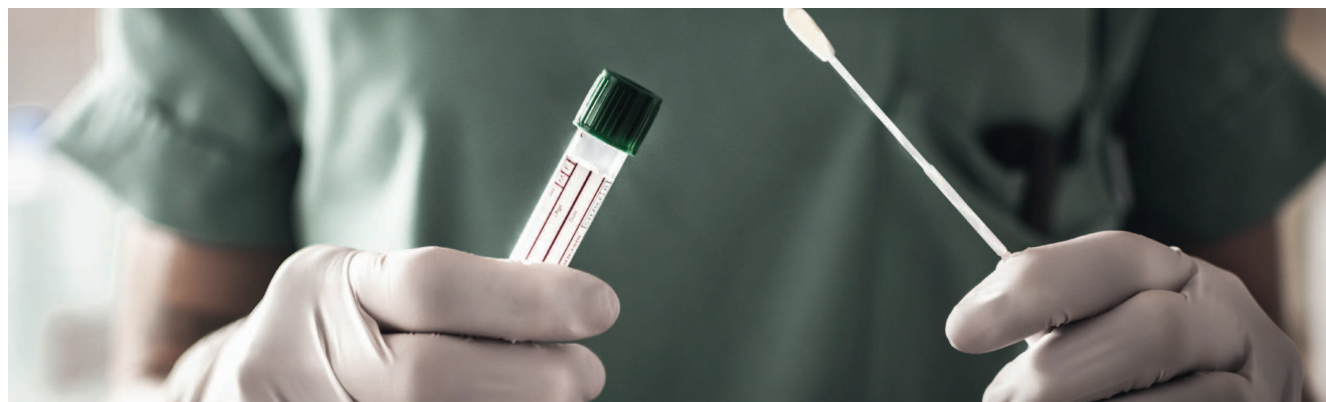
Det har haft betydning for patienters behandling og forløb, at man under COVID-19 har skullet afvente svar på COVID-19-test, før der kunne træffes beslutning om, hvilken behandling en patient skulle have, hvornår denne skulle opstartes, og hvilken afdeling patienten skulle tilknyttes. Det kan fx betyde, at en patient har måttet forblive i akutafdelingen indtil testsvar, og behandlingsplanen først herefter har kunnet lægges. Ventetiden har i nogle tilfælde haft alvorlige konsekvenser for patienter med COVID-19, men også for patienter med andre alvorlige diagnoser, fx andre infektioner.

Krav om negativt testsvar

Kravet om negativt testsvar forud for planlagte undersøgelser, udredning, undersøgelse, behandling, indlæggelse og overflytning har i nogle tilfælde medført forsinket udredning og behandlingsstart, når testsvaret ikke har været klar til tiden – ofte til stor frustration for patienten.

Prøvetagning på laboratorie

Andre prøvetagninger på laboratorie blev en udfordring, da flere sygehuse akut indførte obligatorisk tidsbestilling for at sikre, at der ikke kom for mange patienter på én gang. Ikke alle patienter blev orienteret om dette, så de mødte op, som de plejede, og blev afvist. Det var fx patienter, der skulle have taget blodprøver inden operation eller startes i medicinsk behandling. Desuden opstod der flere steder en udfordring med at have tider nok. Der er eksempler på patienter i cancerforløb, der ikke har kunnet få tid til blodprøver, og patienter, der måtte køre mange kilometer til et andet hospital for at få taget prøver. Flere beskriver i de utilsigtede hændelser, at de for at afhjælpe problemet har lavet informationsindsatser og indført, at patienter med vigtige prøver alligevel kan få taget blodprøver uden om den obligatoriske tidsbestilling.



Smitterisiko

En stor del af de rapporterede utilsigtede hændelser omhandler smitterisiko. Det beskrives i hændelserne, hvordan håndteringen ved mistanke om eller påvist smitte med COVID-19 har betydet, at personale og patienter/borgere kan have været udsat for smitterisiko.

Kommunikation

Overlevering af information om formodet eller påvist smitte har været en udfordring på tværs af patientforløb, men også internt i kommuner og på sygehuse. Nogle hændelser omhandler manglende overlevering af information til eksempelvis portører, røntgen, den præhospitale enhed, laboratoriet og hjemmeplejen. Andre rapporterede hændelser beskriver, at skiltning af smitterisiko på døren til patientstuen har manglet eller været ukorrekt. Det har medført, at personalet har udført deres opgaver uden værnemidler, og/eller at patienterne er blevet transporteret til undersøgelser uden mundbind på.

Der har i både kommuner og på hospitaler været stort fokus på denne problematik. Der er derfor blevet undervist, ændret arbejdsgange og retningslinjer, sat nye og tydelige felter ind i patientjournalen mv.

Falsk negativ

Falsk negativ er udtryk for et negativt COVID-19-testsvar, hvor en efterfølgende test af samme patient viser sig at være positiv. Ofte er det halspodningerne, der kommer ud som negative, men ved efterfølgende trakealsugning er patienten COVID-19-positiv.

Der ses fx hændelser, hvor en patient fjernes fra COVID-19-isolation pga. negativt testsvar, selvom patienten stadig har symptomer. Herefter gentages testen, fx fordi patienten er blevet tiltagende dårlig, og den nye test viser sig at være positiv. Både medpatienter og medarbejdere har i den mellemliggende tid været i smitterisiko. En region har på baggrund af dette indført begrebet "klinisk COVID", som anvendes hos patienter, der er testet negative, men som fortsat har COVID-19-symptomer. Hos disse patienter skal man fortsat følge de hygiejniske retningslinjer, som gælder for COVID-19-patienter.

Anvendelse af værnemidler

Værnemidler har ikke altid været anvendt korrekt i de situationer, hvor medarbejdere er i kontakt med en smittet patient/borger. Hygiejniske retningslinjer om fx korrekt brug af værnemidler er beskrevet i nationale retningslinjer og i lokale instrukser. De nationale retningslinjer har kontinuerligt ændret sig, og det har været en udfordring at få informeret om disse ændringer til personalet på såvel sygehuse som i kommunerne. I kommunale utilsigtede hændelser er det beskrevet, at der hovedsageligt har været tale om manglende opdateret viden om korrekt anvendelse, men i nogle tilfælde også om decideret mangel på værnemidler. Også på sygehuse har der i nogle tilfælde været mangel på værnemidler, ligesom nogle værnemidler har vist sig ikke at leve op til gældende sikkerhedskrav. Både i regioner og kommuner er der blevet arbejdet med undervisning af sundhedspersonale i infektionshygiejne og brug af værnemidler, hvor samarbejdet med hygiejneorganisationen har været meget vigtig.

Uvis smittekilde

I nogle kommuner har man oplevet det som en udfordring i forbindelse med smitteopsporing, når smittekilden ikke har været kendt. Inden teststrategien blev ændret til, at alle beboere og medarbejdere på enheder med påvist smitte kunne blive testet uanset symptomer, var det flere steder en udfordring for personalet at foretage smitteopsporing, når en borger blev konstateret smittet.

Det har ikke altid været muligt for personalet at kortlægge beboernes adfærd, oftest pga. beboeres nedsatte kognitive funktion. Dermed blev det vanskeligt at identificere smittekilden og nære kontakter, og det var usikkert, hvilke tiltag der var nødvendige for at begrænse smitterisikoen. Dette har fx resulteret i unødigt isolation af beboere og overdreven anvendelse af værnemidler hos både personale og beboere, hvilket har haft betydning for beboernes psykiske og fysiske velbefindende.

Karantæne-, afstands- og besøgsregler

Der ses eksempler på, at det har været vanskeligt at overholde karantæne- og afstandsregler for borgere med nedsat kognitivt funktionsniveau, som bor på plejecentre og botilbud. De har, ligesom andre borgere, ret til at forlade deres hjem, men skal støttes særligt i fx at holde afstand og holde god håndhygiejne. Det er tydeligt, at der for mange enheder har været en særlig udfordring i at forebygge smitte blandt disse borgere, som kan have svært ved at udvise hensigtsmæssig adfærd og forstå reglerne. Flere steder har man sørget for faste vagter og ekstra pædagogisk personale for at sikre ro og motivere beboeren til ikke at forlade matriklen eller sin bolig. Der er eksempler på, at demente eller psykisk syge beboere har forladt deres bolig og efterfølgende er blevet testet COVID-19-positive.

Nogle borgere har oplevet store psykosociale konsekvenser ved besøgs- og afstandsrestriktionerne. Det gælder fx beboere på bosteder, som i en periode ikke har måttet få besøg af udefrakommende, og hvor aktiviteter på bostedet samtidig har været aflyst. Dette har for nogle medført forværring af psykiske symptomer, udadreagerende og truende adfærd og isolation. Også for borgere i plejecentre og borgere, som benytter andre kommunale tilbud, har aflyste ydelser og manglende besøg medvirket til ensomhed og tab af livskvalitet. Der er eksempler på forværring af depressive symptomer, dyb tristhed og tab af forskellige sociale færdigheder hos borgerne.

Indlæggelse/udskrivelse

Nogle utilsigtede hændelser relateret til COVID-19 vedrører visitation, indlæggelse og udskrivelse – faktorer, som har betydning for hele patientforløbet såvel som for risikoen for smitte blandt sundhedspersonale og patienter/borgere.

Indlæggelse og visitation

Omstillingen af sundhedsvæsenet i forbindelse med COVID-19-pandemien betød bl.a., at der blev oprettet nye afdelinger, der skulle varetage behandlingen af COVID-19-patienter. Dette har nogle gange medført, at patienter ikke er blevet visiteret til COVID-enhed, rigtige specialafdeling eller udekørende testfunktion, men i stedet er blevet henvist til fx vagtlæge eller direkte til afdelingen.

Nogle patienter har oplevet at blive kørt frem og tilbage mellem afdelinger eller hospitaler, hvilket forsinkede behandlingsstart og udgjorde en øget smitterisiko, men også var forvirrende og utrygt for patienterne. Patienter, som selv havde transporteret sig til hospitalet, har haft svært ved at finde ud af, hvor de skulle henvende sig, og nåede at bevæge sig gennem hospitalet, på trods af at der var mistanke om, at de kunne være smittet med COVID-19. Der er også eksempler på, at vagter på hospitalet ikke har været sikre på, hvor de skulle sende patienterne hen, eller hvordan de skulle håndtere syge patienter, der henvendte sig uden henvisning. Kommunikation, undervisning og retningslinjer har derfor været nogle af de tiltag, der er blevet indført for at forebygge dette.

Udskrivelse

Ved udskrivelse af en patient med formodet eller bekræftet COVID-19 er der eksempler på mangelfuld kommunikation og/eller dokumentation, eksempelvis manglende udfyldelse af smittestatus, funktionsstatus, medicinstatus, behandlingsplan og genoptræningsplaner. Dét har medført smitterisiko for øvrige beboere og personale på fx plejecentre samt manglende genoptræning og/eller behandlingsopfølgning.

En anden udfordring har været for tidlig udskrivelse, hvor patienterne på kort tid er blevet kritisk dårlige og genindlagt. For at forebygge dette har man fx afholdt tværsektorielle samarbejds møder, hvor nye arbejdsgange er blevet aftalt, ligesom man har sørget for tydeligere kommunikation omkring eventuel smitterisiko.

Udslusning af indlagte psykiatriske patienter har desuden været en udfordring pga. karantæne regler eller aflysning/ændring af kommunale tilbud, der har betydet, at nogle patienter har måttet forblive indlagt.

Besøgsrestriktioner

De indførte besøgsrestriktioner har også haft betydning for patientforløbet. Fx er nogle demente eller afatiske patienter blevet indlagt uden følge af familie, pårørende eller hjemmepleje. Det har i nogle tilfælde medført, at anamnesen er blevet mangelfuld eller med fejl. Der er også rapporteret hændelser, hvor patienter, som er blevet udskrevet uden følgeskab af pårørende eller hjemmepleje, har glemt eller ikke forstået de informationer, der er blevet givet i forbindelse med udskrivelsen.



Medicinering

Nye arbejdsgange og forholdsregler omkring medicinering har givet udfordringer på flere områder og beskrives i utilsigtede hændelser som medvirkende til medicineringshændelser. Generel travlhed og forstyrrelser pga. ændrede arbejdsforhold er også en del af billedet.

Dispensering og administration

På nogle sygehuse er der ikke en fast elektronisk medicin-enhed på stuerne, hvorfor personalet har måttet medbringe den elektroniske medicin-enhed til stuerne i forbindelse med medicinadministration. Pga. smitterisiko har dette ikke været muligt under COVID-19, og personalet har derfor ikke haft mulighed for at dobbelttjekke medicinen, hvorved dokumentationen ikke bliver udført tidstro og risikerer at blive glemt.

Travlhed og manglende erfaringer hos udlånt personale har medført medicineringshændelser med fx manglende patientidentifikation, at medicinen ikke er blevet givet, at IV-medicin er blandet forkert op, eller at der er sket forveksling mellem depot og almindelig medicin. Der har derfor været ekstra fokus på undervisning i medicin-håndtering.

I kommunerne er der rapporteret hændelser, hvor medicinen ikke er blevet givet, borgere har taget forkert dosis, eller medicinen er givet på et forkert tidspunkt. Årsagerne til dette er bl.a. aflyste eller ændrede tider for medicinadministration, ydelser der er blevet ændret eller pauseret fx pga. isolation og/eller smittefare, eller hvor den telefoniske/digitale støtte ikke har været en tilstrækkelig indsats for borgeren.

Smertebehandling hos isolerede patienter har nogle gange ikke været tilstrækkelig. Hver gang den isolerede patient skal tilses, skal personalet iklæde sig værnemidler, hvilket er tidskrævende, og det har i nogle tilfælde medført, at det ikke har været muligt at tilse den isolerede patient hyppigt nok til at opnå tilstrækkelig smertebehandling.

Udlånt personale, nye COVID-afsnit og ændrede arbejdsgange

Da sundhedsvæsenet på rekordtid omstillede sig til COVID-19-pandemien, blev nogle afdelinger flyttet eller lukket, nye COVID-19-afdelinger blev oprettet, og medarbejdere blev overflyttet fra deres vante rammer til nye afdelinger. Det har resulteret i utilsigtede hændelser knyttet til ændrede arbejdsgange og manglende erfaring i forbindelse med varetagelse af uvante opgaver.

Arbejdsgange

Generelt ses det, at nogle arbejdsgange, som normalt er fast rutine, er blevet påvirket af omorganiseringerne. Der ses fx tilfælde, hvor de ansatte ikke har vidst, hvor udstyret var placeret i det nye afsnit, hvilket har medført forsinkelser i arbejds-gangene. Rutineopgaver, som fx opfyldning af hjerte-stopvognen, er også nogle steder blevet glemt.

Udlånt personale og vikarer

Udlånt personale og vikarer har været en stor hjælp under COVID-19-pandemien. Det udlånte personale har været under oplæring og uddannelse, men der er rapporteret hændelser, hvor udlånt personale ikke har haft den tilstrækkelige viden eller de rette kompetencer til fx at behandle, passe og pleje

svært syge COVID-19-patienter og respiratorpatienter, at administrere IV-medicin eller at følge gældende udskrivnings-procedure. Vikarer i kommunerne har ikke altid haft kendskab til rutiner og vante procedurer, hvilket har medvirket til utilsigtede hændelser, hvor fx medicin ikke er blevet givet, dosis er forkert, eller medicinadministrationen ikke dokumenteret. Derfor har man flere steder iværksat forbedringstiltag med ændret fordeling af arbejdsopgaver, så det udlånte personale fx ikke har ansvar for særlige områder, eller hvor arbejdsop-gaverne varetages i teams, så nye medarbejdere aldrig står alene med ansvaret, ligesom man har indført fast sidemandso-plæring og haft øget fokus på gennemgang af dagsplaner.

Sikkerhed for personalet under COVID-19

Beretninger fra det danske sundhedsvæsen

I det følgende vil der være fokus på, hvordan det har været at være sundhedspersonale under COVID-19-pandemien indtil nu – og hvordan sundhedspersonalets sikkerhed bedst kan sikres. Vi har talt med nogle af de ansatte i sundhedsvæsenet, der har måttet se deres arbejdsdag ændre sig radikalt som følge af pandemien. Du kan læse om læge Louise Lauridsen og kræftsygeplejerske Bell Møllers oplevelser, da de begge blev en del af coronaberedskabet.

Charlotte Fuglesang er plejefaglig direktør på Regionshospitalet Nordjylland og fortæller om, hvordan de i ledelsen på hospitalet over få dage måtte oprette taskforces og uddanne over 600 medarbejdere. Herefter fortæller Christina Mohr Jensen, som er psykolog i Region Nordjylland, om deres psykosociale beredskab, og til sidst kan du læse om overlæge Thomas Bech Lunen, som med systematiseret evaluering og buddy-ordninger vil øge trygheden blandt medarbejderne på Køge Sygehus.



Tillid og teamånd i beredskabet

Louise Lauridsen var en af de mange sundhedspersoner, som trådte til i en midlertidig stilling, da COVID-19 gjorde sit indtog i Danmark. Hun oplevede at blive mødt med en fantastisk teamånd og en stor tillid til hendes faglighed, men anbefaler blandt andet, at man prioriterer personaletrivslen højt i en krisesituation.



Louise Lauridsen, 1. reservelæge
Region Hovedstaden

Louise arbejder som 1. reservelæge i Region Hovedstaden, Enhed for Hospitalsplanlægning, og er snart færdig som speciallæge i samfundsmedicin. Da COVID-19-pandemien tog fat i Danmark, blev Louise ansat som klinisk læge i Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital.

Ugen midt i marts startede som en helt normal uge for Louise Lauridsen, der er 1. reservelæge i Region Hovedstaden – lige indtil det blev onsdag. Herefter blev det meste af hendes afdeling omrokket til det nyoprettede coronaberedskab. Louise skulle have sin første vagt i vurderingsenheden på Bispebjerg Hospital om fredagen. Hun mødte spændt op: Havde hun nu de rette kompetencer? Hvilke patienter ville hun møde, og hvor dårlige var de? Og hvad gik den visiterende funktion egentlig ud på?

Louises bekymringer blev hurtigt manet til jorden, for i vurderingsenheden blev Louise mødt med en fantastisk teamånd, og det faglige bagland var altid klar til sparring og støtte.

"I starten kendte vi ikke så meget til sygdommen, som vi gør nu", fortæller Louise, "Og det kunne være svært at vide, hvordan sygdommen ville udvikle sig for den enkelte, hvilket er vigtigt, når man skal vurdere, om patienten skal indlægges eller må gå hjem. I den første tid var der endvidere mangel på testkits, men da vores ledelse udtrykte fuld tillid til vores faglige vurdering, var det ikke et problem."

"I starten kendte vi ikke så meget til sygdommen, som vi gør nu. Og det kunne være svært at vide, hvordan sygdommen ville udvikle sig for den enkelte, hvilket er vigtigt, når man skal vurdere, om patienten skal indlægges eller må gå hjem"

Givende at kunne træde til

For Louise har det været både spændende, givende og tilfredsstillende at kunne hjælpe i en krisetid. Louise pointerer, at en af de gode ting i håndteringen af pandemien har været, at sundhedsvæsenet var i god tid – forstæet på den måde, at man var lynhurtige til at omlægge og gøre klar. Så skulle krisen udvikle sig til "italienske tilstande", var det danske sundhedsvæsen beredt.

Vigtige pointer at tage med videre

Louise peger på en række områder, som er vigtige at tage højde for i en lignende situation i fremtiden:

- *De nationale retningslinjer* og de mange løbende ændringer heri kan være udfordrende. Som læge er det vigtigt, at de faglige argumenter fremgår tydeligt, så man på en forståelig måde kan videreformidle det til patienterne.
- *Pas på personalet* – de lægger familie og fritid til side. Man kan ikke blive ved med at holde til det, og nogle har måske slet ikke mulighed for at stå til rådighed 24/7 og aldrig være sikre på, om de inden for få timer skal på arbejde eller ej.
- *Tydlig ledelse* er rigtig vigtigt – både i forhold til arbejds-tilrettelæggelse og trivsel blandt medarbejderne.
- *Det store fokus på COVID-19* kan medføre, at andre sygdomme ikke bliver diagnosticeret.

Fra kræftsygeplejerske til COVID-beredskab med skiftende vagter

Bell Møller er kræftsygeplejerske, men flyttede midlertidigt til et nyåbnet COVID-19-afsnit i foråret 2020. Her genfandt hun sin basale sygepleje og mødte en hel skare af dygtige, dedikerede medarbejdere, men hun fandt de skiftende vagter og uvisheden hård.



**Bell Møller, sygeplejerske
Københavns Kommune**

Bell Møller er uddannet sygeplejerske i 1993. Hun har primært arbejdet inden for kræftområdet og har både børneonkologisk og voksenonkologisk erfaring. Aktuelt har hun været ansat 8 år i Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune, som varetager ambulante kræftrhabilitering.

Som mange andre danskere blev medarbejderne i Center for Kræft og Sundhed sendt på hjemmearbejde midt i marts. For Bell Christina Møller, der er sygeplejerske, var det ikke nogen stor omvæltning – hun var vant til at have meget telefonisk kontakt til de 50-70 borgere, hun er kontaktperson for, og hendes normale opgaver såsom sygeplejesamtaler og patientundervisning kunne i overvejende grad varetages hjemmefra.

Men da Københavns Kommune efterspurgte sundhedspersonale til COVID-19-beredskabet, meldte Bell og to andre kolleger fra centret sig. Deres centerchef skulle lede et nyoprettet COVID-19-afsnit, der skulle tage sig af de patienter, som ikke længere var hospitalskrævende, men som heller ikke var raske nok til at komme hjem. Bell og hendes kolleger skulle her fungere som social- og sundhedsassistenter.

Kan det have indflydelse på min familie?

Knapheden på værnemidler i starten af pandemien og den daglige kontakt til smittede patienter gjorde, at Bell bekymrede sig for, om hun kunne beskytte sig tilstrækkeligt mod smitte. Selvom de blev udstyret med kirurgiske masker, var Bell usikker på, om det var tilstrækkeligt – *”Det havde man, på det tidspunkt, ikke viden nok om”*. Bell var fx bange for at komme til at smitte sin mand og søn, som på det tidspunkt begge så ud til at være i øget risiko for et kompliceret forløb ved smitte med COVID-19.

Ikke alene bekymringen over at blive smittet fyldte i Bells bevidsthed. Også nye skiftende arbejdstider påvirkede Bells privatliv, som blev ændret fra den ene dag til den anden. Det var svært at have tre hjemmeboende børn og samtidig have skiftende vagter og et helt nyt arbejde, hvor Bell skulle genfinde den basale sygepleje. Alle ressourcer og al energi gik til det nye arbejde.

Nye kolleger og patienter

Bell beskriver, at det var dejligt at opleve et godt samarbejde med de øvrige ansatte på afsnittet og at alle var indstillet på at få det bedste ud af situationen. For mange var det flere år siden, at de havde været ude i plejen, men så var der heldigvis andre, som kom fra hjemmesygeplejen og akutplejeenheder, som kunne hjælpe.

Vigtige pointer at tage med videre

Bell fortæller, at åbenhed over for, hvad man egentlig kan, og at man som kolleger supplerer hinanden, er af stor betydning. Det er vigtigt at finde støtten både hjemme og hos nye kolleger. Derudover er det vigtigt at gå til den nye situation med ydmyghed og engagement og samtidig kunne grine lidt af sig selv og på den måde lette svære situationer sammen med patienter og kolleger.

Ledelse og organisering i en krisetid

Da COVID-19 ramte Danmark, nedsatte man på Regionshospital Nordjylland på få dage krisetaskforces og uddannede over 600 ansatte til at kunne håndtere nye, særlige opgaver. De håndterer situationen med tydeliggjorte arbejdsflows, et godt sammenhold og hyppig kommunikation.



**Charlotte Fuglesang, plejefaglig direktør
Regionshospital Nordjylland**

Charlotte Fuglesang er plejefaglig direktør på Regionshospital Nordjylland, der har 1.800 ansatte og består af sygehusene i Hjørring og Frederikshavn samt Neuroenhed Nord og Skagen Gigt- og Rygcenter.

"Vi forberedte os på en tsunami," fortæller Charlotte Fuglesang, der er plejefaglig direktør på Regionshospital Nordjylland, om det forår, hvor COVID-19 for første gang viste sig i Danmark. De lagde ud med et "war room", hvor få mennesker fik lavet de overordnede rammer for den kamp, de forudså snart skulle kæmpes. De nedsatte tre små mobile taskforces af fire-fem personer, som havde hver deres specifikke opgaver. Én taskforce sikrede kapacitet og faglighed, en anden koncentrerede sig om personalesituationen mht. samarbejde og arbejdsmiljø, mens den tredje taskforce tog sig af det praktiske med hurtigt at få etableret et COVID-afsnit på hospitalet. De små taskforces gjorde, at de nemmere kunne bevare overblikket.

Uddannelse, workshops og samarbejde

For at skabe mere tryk i forhold til arbejdsopgaverne i den nye situation og de nye opgaver afholdt Regionshospital Nordjylland workshops i mindre grupper og over video og udarbejdede bl.a. flowdiagrammer, der beskrev processen i nye opgaver.

I løbet af få dage fik man også uddannet 630 ansatte fra forskellige faggrupper i alt fra påføring af værnemidler til et specialiseret plejeniveau af patienter på intensivt afsnit.

For at lave så enkle arbejdsgange som muligt besluttede ledelsen derudover at parre forskellige afdelinger med hinanden og give dem mulighed for selv at løse opgaverne i samarbejde. Fx blev kardiologi og akutområdet sat til at samarbejde og dække ind hos hinanden, hvis fx den ene afdeling var presset på ressourcer. Det viste sig at være en genistreg, som har fået det hele til at gå op – og som personalet er glade for.

At have blå blink i hatten og samtidig gå med lige skridt

Ledelsesmæssigt har det bl.a. været en udfordring at leve op til regelsæt og rettigheder, som fx arbejdstidsregler, og samtidig være i beredskab.

"Det er en mental udfordring at gå med blå blink i hatten, samtidig med at man får at vide, at man skal gå lige på banen," som Charlotte beskriver det. Det er noget, der skal evalueres – både internt på Regionshospital Nordjylland og nationalt, mener Charlotte.

Derudover har det været en svær balance at varetage en ekstraordinær opgave og samtidig sikre, at det ikke går for meget ud over hospitalets normale drift. Fremover vil det være en vigtig opgave at sørge for kapacitet til at håndtere COVID-19 uden samtidig at skulle foretage store omlægninger af ressourcer med udsættelser og aflysninger af behandlinger til følge.

Hvad kan tages med videre?

Samarbejde og kommunikation er de helt store overskrifter på, hvad ledelsen på Regionshospital Nordjylland har lært og vil holde fast i fremover.

Det gode sammenhold, der har udviklet sig, bør fastholdes. Man vil også fremover gøre mere ud af de faglige fællesskaber og arbejde for, at alle er informeret om seneste retningslinjer, arbejdsgange osv.

Det tætte samarbejde med regionens kommuner vil også fortsætte. Fx har hospitalet siddet med i kommunernes taskforces, hvor der er blevet udvekslet viden og materialer, og hvor man i fællesskab fx har forventningsafstemt og planlagt patientforløb.

Og så er der kommunikationen. Under krisen har ledelsen lært, hvor vigtigt det er med hyppig og tydelig kommunikation. Der har været daglig kommunikation til de ansatte gennem dagbog på intranettet, daglige nyhedsbreve m.m. *"Det er vigtigt hele tiden at kommunikere om, hvad der sker, så medarbejderne føler sig trygge og inddraget i, hvad der sker lige nu og her,"* fortæller Charlotte. Ledelsen har derfor taget sin normale kommunikationsstrategi op til overvejelse og vil fremover fortsætte med at informere hyppigt.

Det psykosociale beredskab i Region Nordjylland

I Region Nordjylland nedsatte man tidligt i pandemien et psykosocialt beredskab, hvor medarbejdere fra alle faggrupper kunne få hjælp i tilfælde af psykiske reaktioner på COVID-19-situationen.



**Christina Mohr Jensen, psykolog og lektor
Region Nordjylland/Aalborg Universitet**

Christina er psykolog, ph.d., og til dagligt tilknyttet børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland. Derudover er Christina forsker og ansat som lektor i klinisk psykologi ved Aalborg Universitet.

Allerede tidligt i coronakrisen var der fra den regionale krise-stab i Region Nordjylland et ønske om at sikre en støtte til regionens ansatte i forhold til de psykiske belastninger, krisen eventuelt måtte medføre. For at udvikle og implementere et tilbud arbejdede bl.a. psykolog og ph.d. Christina Mohr Jensen sammen med en række andre personer fra regionens forskellige organisationer og lokationer sammen om at beskrive og iværksætte et psykosocialt COVID-19-beredskab til at løfte denne opgave. Christina Mohr Jensen forklarer, at netop det at være sundhedsprofessionel under en epidemi er særligt krævende. Selvom sundhedsprofessionelle er vant til at håndtere svære og nogle gange også traumatiske hændelser, er en epidemi noget andet, i og med at personalet ikke kun er i en stresset situation i en kort afgrænset periode. I den kinesiske provins Wuhan, hvor pandemien startede, så man tilfælde af traumatiske stressreaktioner samt symptomer på angst og depression hos sundhedspersonalet.

Personalet skal være i stand til at håndtere nye situationer, nye redskaber, indgå i nye teams osv. De mange krav og forandringer presser det grundlæggende menneskelige behov for tryghed og stabilitet og kan påvirke evnen til at præstere, huske og planlægge samt skabe mistrivsel.

Det kan i sidste ende resultere i sygemeldinger, fejl og opsigelser. Christina og Jan Mainz, professor og direktør for Kvalitet og Patientsikkerhed i Psykiatrien i Region Nordjylland, tog bl.a. deres viden om krisestøtte og deres viden om epidemiers indflydelse på sundhedsansatte med ind i den fælles regionale arbejdsgruppe, der skulle forberede et psykosocialt beredskab for medarbejderne i Region Nordjylland.

Etablering af det psykosociale beredskab

En tværfaglig arbejdsgruppe bestående af bl.a. psykologer og arbejdsmiljørepræsentanter formulerede en strategi, og 1. april 2020 var det psykosociale beredskab oppe at køre.

Helt fra starten var strategien, at beredskabstilbuddet skulle gælde alle medarbejdere – ikke blot dem, der var direkte involveret i behandlingen af patienter med COVID-19. Ordningen skulle gælde alle medarbejdere fra lægesekretæren, der skulle ringe og aflyse aftaler, over laboranten, det administrative personale, portøren til rengøringspersonalet. ►►

”Jeg håber, at det psykosociale beredskab bliver en lige så central og naturlig del som det somatiske beredskab – og at man måske i højere grad vil tænke psykologien ind i krisestyring og -håndtering i fremtiden.”

Det psykosociale beredskab i Region Nordjylland (fortsat)

Sådan fungerer ordningen i praksis

Kontakten til beredskabet fungerer ved, at lederen henviser sin medarbejder til det psykosociale COVID-19-beredskab eller tager kontakt for at få støtte og sparring ift. sig selv og/eller sin afdeling. I de fleste tilfælde har der været tale om henvisning af enkeltpersoner, som beredskabet har tilrettelagt et individuelt forløb for.

Ud over individuelle samtaler kommer beredskabet også ud og taler med små eller store grupper af medarbejdere. Her handler det om, hvordan man typisk reagerer i pressede situationer, hvad der er normalt og forventeligt, hvilke signaler man skal holde øje med, og ikke mindst, hvordan man passer på sig selv og hinanden.

Reaktionerne kommer forsinket

En af de ting, som Christina ser som en vigtig pointe, er, at de psykiske reaktioner ofte kommer forsinket. Henvendelserne til beredskabet peakede først, efter at pandemi-afsnittet lukkede i slutningen af foråret 2020.

"Der er stadig en følelse af alarmberedskab, for kommer der en stigning i smittetallet? Hvornår? Og bliver det ligesom sidst? – det er en stressende tilstand at være i, og meget udmattende over tid. I tillæg hertil skal vi også huske, at mange af dem, der har været involveret, i forvejen har haft et langt forløb, og også, at det tager tid at "lade batterierne op igen", forklarer Christina og fortsætter, "sådan en tilstand af usikkerhed og travlhed kan man ikke blive ved med at være i – så vores opgave er at hjælpe de ansatte til at mestre situationen og arbejde for, at rammerne giver så meget vished, horisont og tryghed som muligt".

Vigtige pointer

Hvis Christina skal pege på de vigtigste pointer at give videre, bliver det:

- *Det er relevant at tænke bredt* – en psykisk reaktion kan ramme alle, hele organisationen er ekstra belastet under en epidemi.
- *De psykiske reaktioner* stiger og falder ikke med antallet af patienter – det er usikkerheden og mængden af belastninger for den enkelte, der er vigtig; fx om man udover at stå med truslen fra en smitsom sygdom også skal håndtere fx nye kolleger, nyt fagområde, om man har skullet have pasning og undervisning af børn hjemme til at gå op med arbejdet, om man har oplevet afstandtagen og stigmatisering fra omgivelserne, ift. om man er smittebærer som sundhedsperson mv. Det er typisk ikke én belastning, men summen for den enkelte, der har indvirkning på trivslsen.

- *Den psykosociale indsats* strækker sig over længere tid end selve pandemien.
- *Den almindelige gode ledelse og arbejdsmiljøindsats* skal sikres og intensiveres: Lederen skal være synlig, medarbejderen skal have indflydelse på sit vagtskema og kende det et godt stykke tid i forvejen samt sikres fridage og vide, hvor længe man er udsendt i beredskab.
- *Forebyggelse og løbende støtte er afgørende* – derfor skal medarbejderne også klædes på i forhold til opmærksomhedsområder, hvordan man passer på sig selv og hinanden mv.

"Jeg håber, at det psykosociale beredskab bliver en lige så central og naturlig del som det somatiske beredskab – og at man måske i højere grad vil tænke psykologien ind i krisestyring og -håndtering i fremtiden," afslutter Christina.



Tryghed i krisesituationer gennem systematisk evaluering og makker-ordninger

Thomas Bech Lunen er fra sit arbejde i helikopterteam vant til at evaluere de situationer, han oplever i løbet af sin arbejdsdag. Den erfaring blev pludselig højrelevant, da COVID-19 ramte Danmark, og han så sine kolleger på anæstesiaafdelingen i Køge blive pressede og bange.



**Thomas Bech Lunen, overlæge
Sjællands Universitetshospital**

Thomas Bech Lunen har de sidste tre år været ansat som overlæge på anæstesiaafdelingen på Sjællands Universitetshospital i Køge. Samtidig har han en konsulentfunktion hos Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning, også kaldet "Den lille gule helikopter".

Thomas Bech Lunen er overlæge på anæstesiaafdelingen i Køge og konsulent hos Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning, som tager ud til kritisk dårlige patienter. Når helikopterteamet har været ude, er det en fast del af rutinen, at turen evalueres. Her bliver det italesat, hvad man har oplevet både før, under og efter en udrykning. Og det har en stor betydning for, hvordan man håndterer oplevelserne efterfølgende, fortæller han: *"De oplevelser, man har, når man akut rykker ud til kritisk syge patienter, kan give ar på sjælen og rive op i egne erfaringer. Derfor er det vigtigt at få det bearbejdet"*. Thomas' erfaring med evaluering i helikopterteamet blev pludselig toprelevant i løbet af marts og april 2020, da COVID-19 ramte Danmark, og han så nogle af sine kolleger blive mere og mere pressede – og bange. For selvom de på afdelingen endnu ikke havde patienter med COVID-19, fyldte uvisheden og frygten for egen sikkerhed hos mange. For Thomas blev det tydeligt, at der skulle gøres noget hurtigst muligt. *"Hvis man er bekymret for sin egen sikkerhed, mens man er på arbejde, så er det ikke sikkert, at man kan performe lige så godt, som man normalt plejer at gøre,"* fortæller han. Han mente derfor, at det var essentielt at få skabt nogle rammer, hvor folk følte sig trygge, selvom situationen var uvant og presset.

Tryghed på teamplan

Hospitalet havde allerede etableret et krisepsykologisk beredskab, men Thomas så behov for at skabe en løsning helt ned på teamplan. Han tog kontakt til en krisepsykolog, som nævnte "buddy-ordningen", hvor man opretter små enheder, der kan snakke sammen om dagens oplevelser og bekymringer, både undervejs og ved afslutning af vagten – altså en lille gruppe af medarbejdere, der tager hånd om hinanden. Krisepsykologen nævnte, at det bl.a. kunne være særligt relevant for både de meget unge kolleger med mindre erfaring, som kan være usikre på, om de slår til, og for de ældre, erfarne kolleger, som kan være bekymrede over den nye situation,

hvor de ikke kan trække på deres rutiner, og hvor situationen evt. også kan aktivere tidligere, bekymrende oplevelser.

Lavpraktisk og med hensyn til den enkelte

Sammen med en lille gruppe kolleger blev der lagt en plan. Det skulle være helt lavpraktisk og ladsiggørligt: *"Idéen er, at når vi starter vagten, mødes vi alle sammen og kigger hinanden i øjnene og drøfter, hvad det kan betyde for de forskellige medarbejdere, hvis der kommer en patient med COVID-19. Er der nogen kolleger, vi skal være særligt opmærksomme på, og skal vi sammensætte teamet på en særlig måde ud fra det? Er der nogen, der har sygdomme, som kunne gøre det ekstra farligt for dem at blive smittet?"*

Thomas og kollegerne har indtil videre afprøvet det et par gange, og her gav det en stor ro hos medarbejderne. For det gjorde, at det blev italesat, at der var nogle, som havde bestemte overvejelser omkring situationen, som resten af teamet så kunne tage højde for.

Banal, kollegial opmærksomhed – men systematiseret

Som Thomas siger, er der i princippet tale om helt banal, kollegial opmærksomhed. Men det gør en forskel at få det systematiseret, som det er i helikopterteamet: *"Det legitimerer den personlige evaluering, hvor man får mulighed for at fortælle, om der var noget ved situationen, der var ubehageligt eller uhensigtsmæssigt for den enkelte – og som måske også var det for andre i teamet. På den måde kræver det ikke en overvindelse at få luftet sine personlige synspunkter og bekymringer."*

Skal gøres til rutine

Det er essentielt, at ordningen bliver gjort til lige så vigtig en del af rutinen som øvrige arbejdsopgaver. På den måde legitimeres og anerkendes det, at personalets velbefindende er afgørende for, at man performer så godt som muligt.

Sikkerhed for patienter under COVID-19-pandemien

Beretninger fra det danske sundhedsvæsen

Hvor det ovenfor handlede om personalet og den vigtige opgave det er at sørge for, at personalet føler sig trygge og sikre i deres arbejde, stiller vi nu igen skarpt på sikkerheden for patienterne. Nedenfor kan du læse, hvordan ansatte i sundhedsvæsenet og repræsentanter fra patientforeninger har oplevet og handlet på patientsikkerheden under pandemien. Risikomanager Dorthe Leth fra Aarhus Universitetshospital fortæller, hvordan sagsbehandlingen og analysen af utilsigtede hændelser på Aarhus Universitetshospital blev speedet op under COVID-19.

Herefter kan du læse, hvordan Mia Kristina Hansen fra SIND har set både negative og positive konsekvenser for psykisk sårbare borgere under COVID-19. Lægefaglig konsulent Mads Koch Hansen var indtil for nylig lægelig direktør på Sygehus Lillebælt og deler sine erfaringer og råd fra en tid, hvor COVID-19 tog meget af fokus. Tryksårssygeplejerske Camilla Leerskov og forflytningsinstruktør Keld Villadsen har arbejdet med behandling og forebyggelse af tryksår hos både patienter og personale, og Nina Ank fortæller om sit arbejde med infektionshygiejnen i Region Nordjylland. Til slut gælder det direktør i Hjerteforeningen Anne Kaltofts tanker om telemedicin.



Straksanalyser, hurtig læring og formidling

På Aarhus Universitetshospital (AUH) havde man allerede en robust patientsikkerhedsorganisation, da COVID-19 ramte. Man benyttede derfor den eksisterende struktur, men speedede sagsgangene op og lavede ”straksanalyser” af alvorlige COVID-relaterede utilsigtede hændelser.



**Dorthe Leth, risikomanager
Aarhus Universitetshospital**

Dorthe Leth er uddannet sygeplejerske med en sundhedsfaglig overbygning fra Aarhus Universitet (cand.scient.san.). Hun har været ansat som risikomanager på Aarhus Universitetshospital siden 2006, hvor hun indgår i det tværfaglige risikoteam.

Da COVID-19 ramte AUH, bestemte hospitalsledelsen sig hurtigt for, at man skulle lære hurtigt af de utilsigtede hændelser, som havde relation til COVID-19. Da man på AUH allerede havde en robust patientsikkerhedsorganisation, var det det eksisterende risikoteam, der skulle løse denne opgave. Dorthe Leth er risikomanager på Aarhus Universitetshospital og indgår i risikoteamet. Hun fortæller, at et af de bærende elementer i løsningen af denne opgave var at ændre den normale sagsbehandlingsfrist på 90 dage til 1-2 dage.

Hurtig sagsbehandling og vidensdeling

Dagligt modtog risikoteamet besked fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvis der var rapporteret en COVID-19-relateret utilsigtet hændelse. Hændelserne blev markeret som vigtige og sendt til patientsikkerhedskoordinatorerne.

De *ikke-alvorlige* utilsigtede hændelser blev sagsbehandlet ret hurtigt og sendt til risikoteamet, som samlede dem i en ugestatus, hvori hændelserne og de forebyggende tiltag i de enkelte afdelinger kort blev beskrevet. Alle patientkoordinatorer modtog hver fredag en oversigt over, hvad der var blevet rapporteret i løbet af ugen, og hvad der var blevet sat i værk. Det var en hurtig måde at dele viden og læring på.

Alle *alvorlige* utilsigtede hændelser relateret til COVID-19 blev analyseret ved en straksanalyse - dvs. så hurtigt som muligt og inden for få dage. Risikoteamet lavede en hurtigt afdækning af forløbet og nedsatte et analyseteam. Dette var muligt i starten af COVID-19, da kalenderne ikke var så bookede, som de plejer. Dernæst var der en stor parathed til handling her og nu.

Hvis der havde været en alvorlig utilsigtet hændelse, tog hospitalsledelsen den med til møde med krisestaben, hvor der blev delt viden om hændelsen og analyseresultater. Dernæst kom denne viden også med i hospitalsledelsens nyhedsbrev, som til at begynde med blev udsendt til alle medarbejdere på daglig basis. Det var også en måde at dele læring og viden på.

Tilbagemeldingerne på *straksanalyse*-modellen har været utroligt positive. Én tilbagemelding lød fx: ”Det er sådan, vi drømmer om altid at arbejde”.

”Risikoteamet har længe haft et ønske om at blive hurtigere til at analysere de alvorlige utilsigtede hændelser, som de har gjort i denne periode. En patient er jo kommet til skade,” fortæller Dorthe Leth. Der er en rigtig god læring og erfaring fra denne periode, men hvorvidt det ressourcemæssigt kan lade sig gøre i fremtiden, må komme an på en prøve.

Vigtige erfaringer

- *Det har været afgørende* at have en robust patientsikkerhedsorganisation.
- *Straksanalyser kan godt lade sig gøre.* Når man udarbejder straksanalyser, er det vigtigt at tale med frontmedarbejdere for at få et solidt grundlag at basere analysen på.
- *Hurtig formidling og kommunikation* til deling af læring er vigtig. Risikoteamet brugte de daglige møder mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse som talerør, og netværket for patientsikkerhedskoordinatorerne fungerede også godt i en formidlingssammenhæng.
- *Det var en udfordring* at få knyttet patientsikkerhedskoordinatorerne til de nye organiseringer omkring COVID-klynger, som var sammensat af personale fra forskellige afdelinger.

Da de svageste pludselig skulle være de stærkeste

COVID-19 og nedlukningen af landet har haft både positive og negative følger for de psykisk sårbare borgere. For nogle gav det større ro og stabilitet, mens det for andre bidrog til yderligere isolation.



**Mia Kristina Hansen,
2. næstformand,
SIND – Landsforeningen
for psykisk sundhed**

Mia Kristina Hansen er 2. næstformand i SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, formand for foreningen for Børn med angst og medstifter af Facebook-gruppen #enmillionstemmer - bak op om pårørende til handicap og psykisk sårbarhed.

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed – har oplevet, at coronakrisen har haft både positive og negative følger for de psykisk sårbare. Mange borgere, som er afhængige af hjælp fra psykiatrien, følte allerede før coronakrisen, at de skulle være stærke i en konstant kamp – om det så var for at holde sig selv oppe eller for at få den nødvendige og rette hjælp, fortæller Mia Kristina Hansen, som er 2. næstformand i SIND. Nogle har dog under COVID-19 oplevet, at de blev en del af fællesskabet, idet de ikke længere var de eneste, der ikke kom ud fra deres hjem. Det blev pludselig normalt ikke at komme uden for sin egen hoveddør. For andre var det positivt, at der var større ro og stabilitet i dagligdagen.

Forskellige retningslinjer

"Hvad der er positivt for nogle, kan dog være negativt for andre," fortæller Mia Kristina. Psykiatriske patienter føler sig ofte umyndiggjort uden selvbestemmelse over eget liv. Da landet lukkede ned, og der blev indført besøgsrestriktioner på botilbud mv., blev dette forstærket. De nationale retningslinjer var sommetider svære at fortolke, hvilket førte til forskellige lokale løsninger med regler for besøg, udgang og hjemvenden efter weekendbesøg. For nogle beboere på botilbud var det i den forbindelse fx svært at forstå, at de ikke kunne få besøg eller tage ud, når personalet frit kunne komme og gå.

Da coronakrisen startede, blev der i kommunerne lavet en faglig vurdering af, hvem der kunne klare sig uden den normale støtte i eget hjem. Når man er psykisk sårbar og måske bange for sygdom og ikke får den støtte og hjælp, man plejer, trækker man sig måske endnu mere tilbage fra samfundet og bliver endnu mere isoleret.

At mange ikke har modtaget deres faste støtte og hjælp betyder også, at der har manglet opsøgende og undersøgende arbejde. Dette kan være en af årsagerne til, at man har set en nedgang i indlæggelser i psykiatrien.

Omlægning til virtuelle aktiviteter

SIND var hurtig til ændre sine aktiviteter og tilbud, da det ikke var muligt at mødes fysisk. De har i hele perioden haft åbent for telefonisk pårønderådgivning. Som noget nyt blev der også etableret online besøgsvenner. *"Vi plejer at sende nyhedsbreve ud én gang om måneden, men under COVID-19 har vi sendt dem ud meget hyppigere,"* fortæller Mia Kristina.

Videosamtaler er blevet brugt en del, og for mange har det været en rigtig god løsning. Særligt for dem, som døjer med angst eller er paranoide og derfor har rigtig svært ved at komme ud fra hjemmet og transportere sig til fx ambulatoriet. Man skal dog være opmærksom på, at videosamtaler ikke er optimal for alle psykiatriske patienter.

Inddragelse af patienter og pårørende

SIND ønsker sig, at der bliver lavet en evaluering i forhold til de psykisk sårbare, hvor brugere og pårørende bliver inddraget i forhold til både gode og dårlige oplevelser og følger.

Mia Kristina afslutter med at sige: *"Fremover kunne SIND godt ønske, at man i langt højere grad inddrager den enkelte borger/patient i beslutningerne om, hvordan lige præcis deres situation skal håndteres – og at vi bevarer roen".*

"Fremover kunne SIND godt ønske, at man i langt højere grad inddrager den enkelte borger/patient i beslutningerne."

Fokus på hygiejne og systematisk forebyggelse af tunnelsyn

Læge Mads Koch Hansen var til og med juni 2020 lægelig direktør på Sygehus Lillebælt. I lyset af COVID-19 anbefaler Mads bl.a., at man fremover fortsætter med at have stort fokus på hygiejne, og at man igangsætter en mere systematisk tilgang til diagnosticering for at undgå tunnelsyn.



Mads Koch Hansen, selvstændig rådgiver og lægefaglig konsulent

Læge Mads Koch Hansen er rådgiver og lægefaglig konsulent i virksomheden Mads Koch.

Efter statsministerens tale 11. marts begyndte Sygehus Lillebælt med det samme med planlægning og håndtering af COVID-19-pandemien, fortæller læge Mads Koch Hansen, der til og med juni 2020 var lægelig direktør på Sygehus Lillebælt. "Når man i sundhedsvæsenet står over for en så stor og ny udfordring, er det vigtigt at gøre sig klart, hvad det er, vi står overfor, og hvad der er vores rolle," fortæller Mads. På Sygehus Lillebælt blev der i denne periode taget flere beslutninger, end i de foregående næsten fem år, han var fungerende direktør. De skulle bl.a. omorganisere, flytte afdelinger, ændre arbejdsgange, allokere og undervise ca. 800 sygeplejersker og 500 læger i at arbejde med COVID-19.

Værnemidler og rengøring

Der er forskel på udfordringerne fra starten af pandemien og i dag¹. I starten var der stort fokus på værnemidler – hvad var de bedste og sikreste at bruge, og var der nok? "I en periode var der stor mangel på masker, men heldigvis nåede vi aldrig at komme helt i bund," fortæller Mads. Hygiejne og rengøring har også været et fokus fra starten, lige fra hvordan rengøringen skulle foretages og hvor ofte, til hygiejne hos medarbejderne. Et eksempel på hurtig implementering er anvendelse af kitler. Det blev besluttet, at alle skulle have fuld uniform på, også de medicinske læger i ambulatoriet. "Dette har været til diskussion i årevis, men nu har alle forstået og indført det."

Fokus på COVID-19 – hvad med de andre patienter?

På Sygehus Lillebælt har man også oplevet, at der sommetider har været udfordringer med patienter med andre sygdomme. "Årsagerne er rigtig mange," fortæller Mads. "Fx har de lange svartider på COVID-19-test i starten af krisen betydet, at patienterne måtte vente ½-1 døgn på at blive overflyttet til den rigtige afdeling og/eller få opstartet behandling". Det store fokus på COVID-19 har i nogle tilfælde givet "tunnelsyn", hvor man ikke har været opmærksom på eventuelle andre mulige diagnoser. Nogle patienter blev fx udskrevet efter negativt testsvar uden at være udredt for, hvad de fejlede, og så var der eksempler på patienter, som ikke henvendte sig, da de enten troede, at de

ikke måtte, medmindre det var akut, eller fordi de var bange for at blive smittet, hvis de kom på sygehuset.

Hvad kan tages med videre?

"Der er mange ting, sundhedsvæsenet kan tage med videre – både ting, vi skal fastholde, men også ting, vi kan gøre bedre i fremtiden", siger Mads og nævner:

- Sundhedsvæsenet skal holde fast i fokus på hygiejne. Det måtte meget gerne blive et nationalt krav at have en hygiejneorganisation, både for kommunerne og sygehuse. Det har været nedprioriteret i alt for lang tid, fx eksisterer der ikke en dansk uddannelse til hygiejnesygeplejerske eller -læge i Danmark. Det skal etableres så hurtigt som muligt.
- Sundhedsvæsenet skal holde åbent for alle patienter, og patienterne skal ikke være bange for at møde op eller henvende sig – vi skal kommunikere bedre.
- Vurderingen af henviste COVID-19-patienter kan med fordel varetages af speciallæger i almen medicin, som er uddannet til dette. Det kan med fordel være i samarbejde med akutmedicinerne.
- For at forebygge fx tunnelsyn kan man med fordel arbejde med en systematisk tilgang til diagnosticering, som vi fx kender fra traumepatienter. Systematikken i ATLS-metoden (Advanced Trauma Life Support) sikrer, at man kommer hele vejen rundt, hver gang.

Nogle udfordringer under COVID-19 er ikke nye, men er blot blevet endnu tydeligere, og nu er det måske tid til at gøre noget ved det, siger Mads. Et vigtigt område er det tværsektorielle samarbejde mellem sygehus og almen praksis, når patienterne udskrives. Mads anbefaler, at vi skal arbejde med en forventningsafstemning af, hvad det er, akutafdelingen kan og har ansvar for hos den akut henviste patient, hvornår patienten må sendes hjem, og hvad den praktiserende læge efterfølgende har ansvar for.

1) Interviewet blev foretaget i slutningen af august 2020.

Forebyggelse af tryksår – erfaringer fra et pandemiafsnit

Mange timer i fx bugleje kan give tryksår – men det kan mange timer med ansigtsmaske også. Tryksårssygeplejerske Camilla Leerskov Sørensen og forflytningsinstruktør Keld Villadsen har under COVID-19 bistået det intensive pandemiafsnit i Aalborg med at forebygge og behandle tryksår hos både patienter og personale.



Keld Villadsen, forflytningsinstruktør og Camilla Leerskov Sørensen, tryksårssygeplejerske Aalborg Universitetshospital

Keld Villadsen har været ansat på Aalborg Universitetshospitals logistikafdeling i 25 år. De seneste mange år har Keld arbejdet med arbejdsmiljø og trivsel som forflytningsinstruktør. Camilla Leerskov Sørensen er uddannet sårsygeplejerske og er i dag ansat som tryksårssygeplejerske i administrationen på Aalborg Universitetshospital.

Da COVID-19-udbruddet ramte Danmark, blev der på Aalborg Universitetshospital oprettet et intensivt pandemiafsnit, som skulle varetage behandlingen af svært syge COVID-19-patienter.

Forflytningsinstruktør Keld Villadsen var med i processen fra start. Han havde en vigtig rolle i forhold til at sikre, at personale blev oplært i korrekt mobilisering og lejrning (herunder bugleje) af patienter i respirator. Da Keld kontaktede tryksårssygeplejerske Camilla Leerskov Sørensen med henblik på at lave en undervisningsvideo om bugleje, fik Camilla også sin faste gang på afsnittet. Det blev starten på et godt samarbejde. Med forskellige kompetencer og viden kunne Camilla og Keld supplere hinanden og sammen bidrage til at forebygge, at patienter fik nye tryksår eller forværring af eksisterende tryksår.

Ny og ukendt situation

Camilla oplevede, at konstellationen af medarbejdere fra mange forskellige afsnit, en ny sygdom og nye opgaver skabte en utryghed blandt nogle af medarbejderne på det nye COVID-19-afsnit. Ikke kun opgaverne og sygdommen COVID-19 var nye, men også senge, aflastende materialer og arbejdsgange var for mange nye og anderledes.

Camilla oplevede et personale, der var udfordret, og det spillede ind på personalets kompetencer. Det, man plejede at gøre, blev pludselig svært at overføre til de nye rammer og arbejdsgange. Opgaver eller handlinger, som man før havde en sikkerhed i, kunne pludselig, i en ny kontekst, opleves som nye eller utrygge. Det kunne fx dreje sig om simpel sårpleje, hudpleje eller lejring.

Forebyggelse af tryksår og hudgener hos personale

Camilla fortæller, at hun i starten af pandemien blev bekendt med, at nogle medarbejdere fik tryksår i panden, over næseryg og ud på kinderne efter brug af værnemidler anvendt i ansigtet. Derudover fik nogle fugtskader på hænderne pga. langvarig brug af handsker, hvor sveden under handsken påvirkede huden. De samme barrierecremer, som blev brugt til at forebygge fugtgener fra masker, blev derfor udleveret til personalet, som blev vejledt i at smøre hænderne med cremen om morgenen, før de tog på arbejde. Dette tiltag viste sig at have en god effekt. Sideløbende blev der etableret et samarbejde med dermatologisk afdeling, hvortil personalet kunne blive henvist. Camilla har ligeledes udarbejdet en guideline for forebyggelse og behandling af skader og været ude på afdelinger for at vejlede personale i, hvordan de kan beskytte sig med barrierecremer og aflastende bandager. ►►

Forebyggelse af tryksår – erfaringer fra et pandemiafsnit (fortsat)

Forebyggelse af tryksår hos patienter

På Camillas anden dag på pandemiafsnittet lavede hun en optælling af patienter med tryksår. Det viste sig, at samtlige patienter havde hospitalserhvervede tryksår - bl.a. på knæene efter bugleje, på tungen/i mundvigen efter respiratortube og på brystvorter pga. friktion. Selvom mange af patienterne lå i bugleje i 16 timer i træk, var det imidlertid ikke alle, der havde tryksår på forsiden, men så godt som alle havde tryksår i en eller anden grad på bagdelen, hvor de ikke lå i lige så mange timer (max 8 timer ad gangen). Det kan ifølge Camilla skyldes, at respiratorpatienter i rygleje har hævet deres hovedgærde, hvorved de kan glide ned i sengen.

De mange patienter med tryksår understregede behovet for at iværksætte tiltag, der skulle forhindre udviklingen af tryksår og understøtte en opheling. Blandt nogle af de tiltag, som blev implementeret, var:

- *Undervisning af personalet* i forebyggelse og behandling af tryksår via korrekt mobilisering, lejring og pleje/behandling af huden/sår.
- *Undervisningsvideo i buglejrning* af COVID-19-patienter.
- En startpakke, som bl.a. indeholdt vejledning i forebyggelse af tryksår samt redskaber til brug ved lejring.
- *Et fast team af portører på afsnittet* blev specifikt oplært i lejring af respiratorpatienter, brug af værnemidler og forebyggelse af tryksår.
- *Bedside undervisning*, både når det gjaldt forflytning/lejring, aflastende tiltag og sårbehandling/hudpleje.

Afsnittet er i dag¹ lukket, men det viste sig, at tiltagene var med til at bremse udviklingen af tryksår og sætte en heling i gang.

Hvad kan tages med videre?

- Noget af det, Keld og Camilla vil arbejde videre med fremover, er at skabe mere struktur og standardisering, som de fx gjorde på pandemiafsnittet.
- Camilla skal i gang med at udarbejde et e-learningprogram om tryksårsforebyggelse og -behandling, som skal være tilgængeligt for alle ansatte på hospitalet.
- Camilla håber på en forbedring af kendskabet til og brugen af hinandens og eksperterens kompetencer i fremtiden. Under COVID-19 var det sommetider svært at vide, hvem der havde hvilke kompetencer, og hvem man kunne trække på.

1) Interviewet blev foretaget i starten af august 2020.



Infektionshygiejne under COVID-19

Overlæge Nina Ank og kollegerne på afsnittet Infektionshygiejnen på Aalborg Universitetshospital har haft en vigtig rolle under COVID-19, hvor de bl.a. hurtigt rykkede ud med undervisning i infektionshygiejne til de nye COVID-19-afsnit.



**Nina Ank, overlæge og afsnitsleder
Aalborg Universitetshospital**

Nina Ank er uddannet klinisk mikrobiolog og arbejder i dag som overlæge ved Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og er afsnitsleder af Infektionshygiejnen, hvor hun har været i et år. Afsnittet er placeret på Aalborg Universitetshospital, hvorfra det betjener hele Region Nordjylland, dvs. to sygehuse, psykiatrien, specialektoren og 10 ud af 11 nordjyske kommuner. Samarbejdet med kommunerne betyder, at afsnittet har mulighed for at følge patienterne til deres hjemkommuner, når der er infektionshygiejniske spørgsmål.

COVID-19-udbruddet krævede hurtig handling og nye tiltag for at forebygge smitte. Afsnittet Infektionshygiejnen, hvor Nina Ank er specialeansvarlig overlæge og afsnitsleder, har i den forbindelse haft en vigtig rolle i forhold til at forebygge COVID-19-smitte blandt personale, patienter og borgere. De har bl.a. været en del af et COVID-19-taskforce på Aalborg Universitetshospital og ydet rådgivning omkring infektionshygiejne, fx under oprettelsen af hospitalets nye COVID-19-afsnit, indgået i et tværfagligt netværk for bl.a. mikrobiologiske afdelinger i Danmark og haft ansvar for driften af et midlertidigt callcenter (som i dag er lukket ned), hvor sundhedsprofessionelle kunne henvende sig ved spørgsmål om COVID-19.

Undervisning af personale

Undervisning af personale i infektionshygiejne og formidling af retningslinjer har været nogle af de områder, som Infektionshygiejnen har prioriteret højt. De har bl.a. stået for undervisning af det personale, der skulle bemande de nyoprettede COVID-19-afsnit, hvor de underviste i korrekt brug af værnemidler. Ligeledes har medarbejderne fra Infektionshygiejnen besøgt alle afsnit, hvor der var COVID-19-patienter indlagt, med henblik på at rådgive personalet i infektionshygiejne. Fysisk fremmøde på afdelingerne, inklusiv testenheder, gjorde, at Nina og hendes kolleger lynhurtigt opfangede problemområder.

Infektionshygiejnen har under COVID-19 også stået til rådighed for kommunerne og afholdt undervisning, ligesom de har fulgt de patienter, hvor der har været behov for infektionshygiejnisk opfølgning i hjemmet.

At forberede sig på en mangelsituation

Selvom Statens Serum Institut har rådgivet om håndtering af hygiejne i tilfælde af, at man ikke kunne skaffe nok værnemidler, har risikoen for at komme i en situation, hvor der var mangel på værnemidler, til tider fyldt meget i Ninas bevidsthed, herunder hvordan de i Infektionshygiejnen i så fald kunne sikre patienter og kolleger.

Hun beskriver det som en udfordring at forberede sig, fordi en mangelsituation kan udfordre ens faglighed. Heldigvis har Nina og hendes kolleger ikke stået i en situation, hvor de måtte tage den næstbedste løsning i brug.

Nogle sundhedsmedarbejdere oplevede, at de værnemidler, de bestilte hjem, så anderledes ud end de værnemidler, de var vant til. Udfordringen blev løst ved at påføre værnemidlernes varenumre på de plakater, der bruges i forbindelse med isolation af patienter.

Utryghed om brugen af værnemidler

På Infektionshygiejnen har de ikke indtryk af, at det personale, der har arbejdet på COVID-19-afsnittene, har været utrygge. Derimod har Nina oplevet utryghed blandt nogle sundhedsmedarbejdere på andre afsnit. Nedlukningen af samfundet og ytringer i medierne om, at alle er potentielle smittebærere, gav anledning til bekymring og utryghed, da man på hospitalerne kun anvendte værnemidler hos de patienter, hvor der var en konkret mistanke om COVID-19. Nina oplevede det som en kommunikativ udfordring samtidig med sådanne udtalelser at fastholde medarbejdernes tro på, at generelle smitteforebyggende tiltag, altså den generelle gode hygiejne, som medarbejderne var vant til, faktisk var god og fuldt ud tilstrækkelig. Af den grund har Nina og hendes kolleger i Infektionshygiejnen bl.a. afholdt undervisning og været ude på de afdelinger, hvor der har været utryghed, for at tale med personalet.

Hvad kan tages med videre?

Infektionshygiejnen er på mange måde blevet bekræftet i, at det, de gør, fungerer godt. Det allerede gode tværfaglige og tværsektorielle samarbejde med regionen og kommunerne blev en fordel. Fx at man hurtigt kunne trække på hinandens viden og kompetencer og få input fra forskellige vinkler.

Infektionshygiejnen har haft så gode erfaringer med at undervise, møde op på afdelinger og stille sig til rådighed, at Nina kun kan anbefale det.

Telemedicin – er det for alle?

Da COVID-19 ramte Danmark, rejste der sig en masse spørgsmål hos patienter og borgere med hjertesygdomme. Hjerteforeningen, som bl.a. varetager hjertepatienters interesser, påtog sig en vigtig rolle i forhold til at hjælpe patienter og pårørende, og de har gjort sig en række erfaringer i forhold til anvendeligheden af telemedicin.



Anne Kaltoft, direktør
Hjerteforeningen

Anne Kaltoft er speciallæge i hjertemedicin. Anne har arbejdet 22 år som læge på hjerteafdelingen på Skejby Sygehus og tre år som ledende overlæge/klinikchef på samme afdeling. Anne har desuden en ph.d. og masteruddannelse i ledelse. Siden 1. juni 2018 har Anne været direktør for Hjerteforeningen.

Anne Kaltoft fortæller, at Hjerteforeningen som reaktion på COVID-19-udbruddet hurtigt udvalgte fire indsatsområder, der skulle hjælpe hjertepatienter under pandemien.

Hjerteforeningen havde fokus på kommunikation og sørgede bl.a. for at formidle informationer fra sundhedsmyndighederne og udarbejde informationsmaterialer specifikt til patienter med hjertesygdomme. Derudover blev Hjerteforeningens telefonrådgivning udvidet med flere ansatte, som løbende blev fagligt opdateret, så de kunne give den bedste og mest aktuelle rådgivning til patienter og pårørende om lige præcis deres situation. Hjerteforeningen indsamlede og videreformidlede desuden forskning om COVID-19 fra hele verden og bidrog til at præcisere, hvilke hjertepatienter der er i særlig risiko. Foreningen arbejdede målrettet med interessevaretagelse med målet om hele tiden at have stor opmærksomhed på, hvordan der blev taget hensyn til hjertepatienter, fx i forhold til at sikre, at der lå en plan for håndteringen af aflyste undersøgelser eller indgreb. De input, foreningen fik via telefonrådgivningen, blev desuden videreformidlet til relevante sundhedsmyndigheder, ligesom Hjerteforeningen selv udarbejdede informationsmateriale på baggrund af de spørgsmål, patienterne havde, når de ringede til telefonrådgivningen.

Anne fortæller, at noget af det, der, særligt i starten af pandemien, optog mange patienter, var utrygheden ved at møde fysisk op på sygehus og lægeklinikker pga. smitterisikoen, og at nogle af den grund helt undlod at henvende sig til sundhedsvæsenet. Udfordringerne ved fysisk fremmøde blev i nogle tilfælde løst vha. telemedicinske løsninger på fx ambulatorier og lægeklinikker.

Telemedicin – en god løsning?

"Hjerteforeningens medlemmer har generelt været glade for de telemedicinske løsninger," fortæller Anne, og den bekymring, hun havde, i forhold til om kronisk syge og ældre patienter kunne profitere af telemedicinske løsninger, blev manet til jorden. Ifølge Anne er patienters udbytte af telemedicinske løsninger ikke personspecifikt, men situationsbestemt: *"Jeg tror, at alle, også ældre og kronisk syge mennesker, i meget stort omfang kan gøre brug af teknologiske løsninger, hvis det er under rolige og trygge omstændigheder"*. Anne mener, at man skal passe på med at være forudindtaget omkring, hvad alder, sygdom og kompetencer betyder for udbyttet af telemedicinske løsninger – det handler mere om situationer. Hun understreger i forlængelse heraf, at telemedicinske konsultationer ikke er hensigtsmæssige, når der er tale om akutte situationer, nydiagnosticerede patienter eller patienter med nyopståede symptomer.

"Jeg tror, at alle, også ældre og kronisk syge mennesker, i meget stort omfang kan gøre brug af teknologiske løsninger, hvis det er under rolige og trygge omstændigheder."

Telemedicin – er det for alle? (fortsat)

Man bør ligeledes være opmærksom på, at der kan være forskel på menneskers ressourcer, og det er vigtigt at have for øje, om de telemedicinske løsninger kun kommer ressourcestærke til gavn. *"Nogle gange vil man, ved at stille yderligere muligheder til rådighed, motivere dem, som i forvejen er bedst til at opsøge systemet og bede om hjælp, hvor andre måske bliver hægtet endnu mere af."*

Fordele og ulemper ved telemedicin

Anne fortæller, at de har fået flere tilkendegivelser fra patienter om, at telemedicin har fungeret godt. I en tid, hvor nogle hjertepatienter har været utrygge ved at bevæge sig ud i samfundet, var de digitale konsultationer en fordel. En sidegevinst var muligheden for, at pårørende kunne deltage i konsultationerne.

Også patienter, som normalt finder det besværligt at komme til og fra læge, oplevede det som en lettelse, og det samme gælder de patienter, som kunne spare tid ved digitale konsultationer. En af ulemperne ved telemedicin er dog, at de patienter, som til daglig føler sig isoleret, kan risikere at opleve endnu større isolation.

Hvad kan tages med videre?

Anne fremhæver bl.a.:

– *"Det er sundt altid at være i kontakt med dem, man er sat i verden for".* Det er Anne blevet bekræftet i under COVID-19. Input fra patienter og pårørende har gjort, at Hjerteforeningen i højere grad har kunnet skærpe foreningens kommunikation, så den er blevet mere målrettet og afspejler de behov, patienter og pårørende italesætter.

- *Man skal ikke være bange for digitale løsninger*, hverken i sundhedsvæsenet eller i patientforeningerne. Det gælder både telemedicin og sociale aktiviteter, som kan foregå digitalt.
- *Når en infektionssygdom rammer*, rammer den særligt mennesker, der lider af sygdomme, som man rent faktisk kan forebygge (fx overvægt, kronisk hjerte- eller lungesygdom). Anne håber på, at man i fremtiden vil afsætte flere ressourcer til forebyggelse.
- *Hjerteforeningen har under COVID-19 indgået* i et godt og konstruktivt samspil med sundhedsmyndigheder. Det har været godt, fordi man har kunnet supplere og hjælpe hinanden samt angribe ting fra forskellige vinkler. Det har også gjort, at man har kunnet nå ud til flere patienter/borgere.





Kolofon

Titel på udgivelsen

Sikkerhed for sundhedspersonale
er sikkerhed for patienter:
En vidensopsamling om
erfaringer fra COVID-19

Udgivet i forbindelse med
World Patient Safety Day,
17. september 2020

Udgivet af

Styrelsen for Patientsikkerhed

Telefon 72 28 66 00

E-post stps@stps.dk

Udgivelsesår 2020

Version Nr. 1.0

Versionsdato September 2020

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf.: +45 7228 6600
E-mail: stps@stps.dk

www.stps.dk

COVID-19 og utilsigtede hændelser

Af hensyn til korrekt analyse af hændelserne ud fra en sundhedsfaglig vurdering, har Styrelsen for Patientsikkerhed gennemgået de rapporterede alvorlige og dødelige hændelser.

I perioden 1. januar 2020 til 1. august 2020 er der rapporteret 127 alvorlige eller dødelige utilsigtede hændelser. 80 er klassificeret som alvorlige, 47 som dødelige. Styrelsen for Patientsikkerhed har læst samtlige hændelser. Gennemlæsningen viser, at nogle utilsigtede hændelser er klassificeret forkert. Det skyldes, at rapportøren har klassificeret en hændelse ud fra, hvad den utilsigtede hændelse *kunne* have medført af skade, altså den potentielle skade og ikke den faktiske skade. Foruden de hændelser, der er fejlklassificeret, er der en del utilsigtede hændelser, hvor konsekvensen for patienten ikke er beskrevet og dermed er ukendt. Dermed har det ikke været muligt at vurdere om hændelserne er klassificeret korrekt. Ligeledes er der en række hændelser, hvor det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt patienten er død pga. af den COVID-19-relaterede utilsigtede hændelse eller anden sygdom.

Af de 47 dødelige utilsigtede hændelser gælder, at 3 hændelser ikke har en relation til COVID-19. I 6 af hændelserne er konsekvensen for patienten ukendt (det er ikke beskrevet i den utilsigtede hændelse, at patienten rent faktisk døde).

Dvs. at det faktiske tal for de dødelige utilsigtede hændelser er 38.

Af de 80 alvorlige utilsigtede hændelser gælder, at 6 hændelser ikke har en relation til COVID-19. Derudover er 16 hændelser fejlklassificeret, idet de, på rapporteringstidspunktet, ikke har haft en alvorlig konsekvens for patienten, men hændelserne kunne potentielt have ført til alvorlige konsekvenser. I yderligere 23 hændelser er konsekvenserne for patienterne ikke beskrevet.

Dvs. at det faktiske tal for de alvorlige utilsigtede hændelser er 35.

Beskrivelse af de utilsigtede hændelser

På baggrund af en gennemlæsning af de utilsigtede hændelser har Styrelsen for Patientsikkerhed inddelt rapporteringerne i overordnede emner:

Borgere/patienter smittet med Covid-19

Jf. *Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.* er hændelser, hvor patienter får en infektion i forbindelse med sundhedsvæsenet, rapporteringspligtige. En stor del af de rapporterede utilsigtede hændelser handler om borgere/patienter, der er blevet smittet med COVID-19. Det kan fx være borgere, der er blevet smittet på plejehjem eller botilbud. Hændelserne beskriver tilfælde, hvor det formodes, at borgerne er blevet smittet af pårørende, medbeboer eller via deltagelse i sociale aktiviteter uden for plejecentre. I nogle tilfælde formodes borgerne at være blevet smittet af personale på fx plejehjem - hændelserne beskriver, at dette skete i starten af COVID-19-udbruddet, hvor personalet kun anvendte ansigtsvisir hos borgere med COVID-19-symptomer (i dag anvendes ansigtsvisir hos alle borgere). I hændelserne er der ikke altid beskrevet, hvilke konsekvenser smitten har haft for borgerne, herunder om smitten har krævet behandling eller indlæggelse. I flere af de dødelige hændelser er beskrevet, at borgerne/patienterne havde andre alvorlige sygdomme samtidig med COVID-19, og nogle har været erklæret terminale, før de blev smittet med COVID-19.

Overlevering af informationer

Nogle hændelser vedrører mangelfuld overlevering af informationer om patienter, hvor der er mistanke om

COVID-19, eller hvor en patient er konstateret smittet med COVID-19. Det kan fx dreje sig om, at plejepersonale ikke er blevet informeret om, at en patient, som er blevet udskrevet, afventer svar på COVID-19-test. Dermed iværksættes ikke nødvendige forebyggende tiltag. Andre eksempler ses på sygehuse, hvor man efter, der er opstået mistanke om COVID-19, ikke har informeret de afsnit patienten har været på (fx de steder en patient har været til undersøgelse) umiddelbart inden mistanken opstod eller hvor en sygehusafdeling med COVID-19-udbrud ikke har informeret alle relevante aktører herom.

Forsinket udredning og/eller behandling

- *Stort fokus på COVID-19*

I forbindelse med visitation eller behandling af patienter ses utilsigtede hændelser, hvor et stort fokus på COVID-19 har betydet, at andre akutte sygdomssymptomer/differentialdiagnoser er blevet overset eller først konstateret sent. Det er fx diagnoser som blodforgiftning, akut opstået hjertesygdom eller anden akut lungesygdom end COVID-19. Konsekvensen har bl.a. været forsinket udredning og eller start af behandling. I enkelte tilfælde har sen erkendelse af sygdom og start af behandling haft alvorlige konsekvenser.

- *Manglende lægebesøg hos borgere i eget hjem*

De utilsigtede hændelser beskriver, at omstillingen af sundhedsvæsenet, i forbindelse med COVID-19-udbruddet, medførte ændret praksis i forhold til at besøge patienter med mistanke om COVID-19 i eget hjem eller modtage patienterne i lægepraksis/lægevagten. Patienterne kunne i stedet henvises til fx COVID-afsnit. I forbindelse med den ændrede praksis er der set utilsigtede hændelser, der handler om, at borgere i eget hjem ikke er blevet set fysisk af en læge efter henvendelse til fx praktiserende læge eller vagtlæge. Det er både borgere med COVID-19-symptomer og borgere uden COVID-19-symptomer. Konsekvenserne af ikke at blive fysisk vurderet af en læge har betydet, at der er sket en forværring af sygdom/symptomer som følge af manglende sygdomserkendelse og dermed også manglende/forsinket start af relevant behandling.

- *Test for COVID-19*

Også i forbindelse med test er der sket utilsigtede hændelser. Det kan fx være bortkomne prøver, manglende mulighed for at teste patienter pga. testkriterier (disse er i dag ændret) eller at patienter er blevet afisolerede efter første negative testsvar trods fortsatte symptomer på COVID-19, og hvor efterfølgende ny test har været positiv. Endelig ses få hændelser, hvor man har afventet indlæggelse af patienter, til der forelå prøvesvar, hvilket i nogle tilfælde har betydet, at start af udredning og behandling er blevet forsinket.

Psykosociale konsekvenser

Nedlukningen af samfundet i forbindelse med COVID-19 har ramt visse grupper særligt hårdt. Det gælder fx psykiatriske patienter og beboere på bosteder, som ikke har måtte få besøg af udefrakommende i en periode, ligesom nogle aktiviteter har været aflyst eller erstattet af digitale møder. De utilsigtede hændelser viser, at det i nogle tilfælde har ført til forværring af mental sundhed.