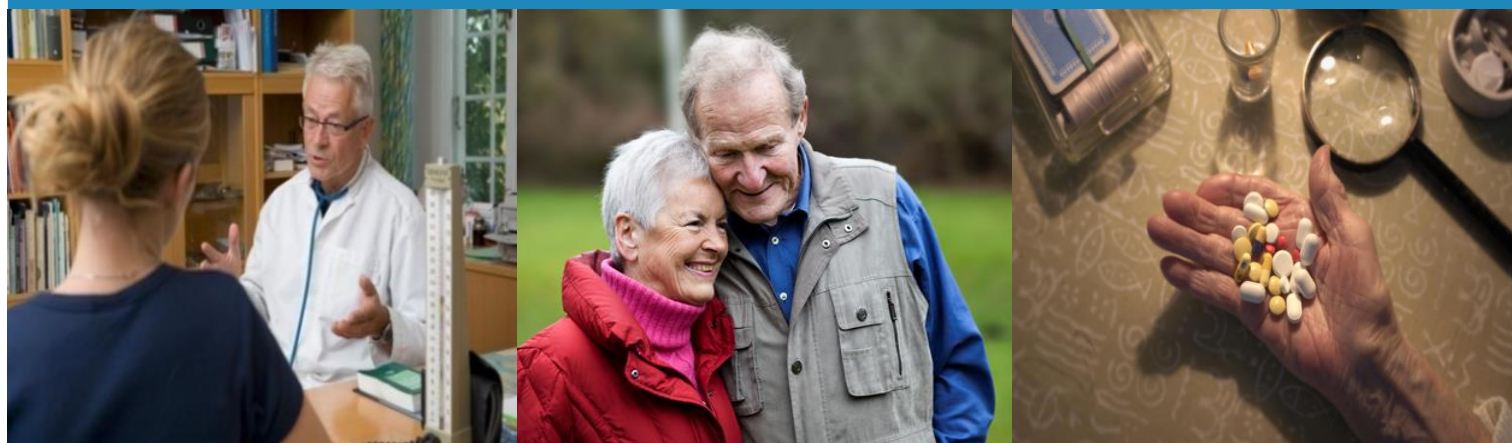


Patientsikkerhed i kræftforløb

Analyse af utilsigtede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase rapporteret af kræftpatienter og den primære sundhedssektor



Patientsikkerhed i kræftforløb.

Analyse af utilsigtede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase rapporteret af kræftpatienter og den primære sundhedssektor

Kræftens Bekæmpelse
Dokumentation & Kvalitet
Strandboulevarden 49
DK-2100 København Ø.
Tlf. 3525 7500
www.cancer.dk

Forfattere:

Lotte Linnemann Rønfeldt, Sundhedsfaglig konsulent, cand.scient.san (lotterf@cancer.dk).
Henriette Lipczak, Overlæge (hlz@cancer.dk).

Sprog: Dansk

Version: 1.1

Versionsdato: December 2014

ISBN: 978-87-7064-248-4

Spørgsmål til rapporten stiles til Kræftens Bekæmpelse, Dokumentation & Kvalitet, tlf. 3525 7500

Elektronisk udgave af rapporten kan findes på www.cancer.dk/rapporter

Forsidefotos: Colourbox og Tomas Bertelsen.

Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, 2014

Forord

Alle patienter er i risiko for utilsigtet at komme til skade eller på anden måde opleve svigt og sikkerhedsbrister, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Øget specialisering af kræftforløb, hurtigere udredning og behandling samt nye pleje- og behandlingsmetoder, medfører kontinuerligt krav til patientsikkerheden. Dette kombineret med den demografiske udvikling med flere ældre og flere kræftpatienter samlet set, betyder, at en stigende del af sundhedsvæsnets komplekse opgaver løses i den primære sundhedssektor (dvs. praktiserende læger og den kommunale sundhedssektor) i samarbejde med hospitalerne.

Kræftens Bekæmpelse har i en længere årrække haft fokus på kræftpatienters sikkerhed i mødet med sundhedsvæsenet. Tidligere undersøgelser viser, at risikoen for, at kræftpatienter skades ved kontakt med sundhedsvæsenet er særligt høj. Det skyldes bl.a. at kræft er en livstruende sygdom, og at forløbet indeholder undersøgelser og ofte lange, komplekse behandlingsforløb med involvering af mange sundhedspersoner i forskellige områder af sundhedsvæsenet, der i sig selv er risikable. Samtidig kan sygdommens alvorlighed betyde, at sikkerhedsproblemer, som i andre sammenhænge er mindre betydende, opleves som en væsentlig belastning for kræftpatienten. Fejl og komplikationer kan føre til unødigt patientskade, og de utilsigtede hændelser kan også have betydning for ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet.

Siden 2010 har det været lovpligtigt for ansatte i den primære sundhedssektor at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase på lige fod med ansatte på de offentlige sygehuse, som siden 2004 har skullet rapportere. I 2011 blev det også muligt for patienter og pårørende at rapportere. Med disse tiltag er vejen banet for en øget indsigt i patientsikkerheden uden for sygehusene.

Analysen, der baserer sig på 531 kræftrelaterede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase, kan bruges til at forbedre patientsikkerheden for de mange kræftpatienter, der dagligt er i kontakt med det danske sundhedsvæsen. Denne rapport supplerer den noget sparsomme viden om, hvilke sikkerhedsproblemer kræftpatienter og deres pårørende oplever i kontakten med sundhedsvæsenet. Samtidig belyses sikkerhedsproblemer, som praktiserende læger, den kommunale sundhedssektor samt det præhospitale område, registrerer.

Rapporten er udarbejdet af Kræftens Bekæmpelses afdeling for Dokumentation & Kvalitet. Patientombuddets Læringsenhed takkes for samarbejdet og for deres hjælpsomhed i forbindelse med dataudtræk.

*København, december 2014
Afdelingschef, Jes Søgaard
Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse*

Indhold

Forord	3
Indhold	4
Sammenfatning og vurdering	5
1 Baggrund	11
2 Formål	12
3 Materiale og metode	12
3.1 Dansk Patientsikkerhedsdatabase	12
3.2 Datagrundlag	14
3.3 Variable, analyse og rapportens opbygning	15
4 Samlede resultater	21
4.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser	21
4.2 Kræftforløbet	22
4.3 Hændelsessted	24
4.4 Konsekvens	25
4.5 Hændelsestyper	27
5 Resultater fra den kommunale sundhedssektor	29
5.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser	29
5.2 Kræftforløbet	30
5.3 Hændelsessted	31
5.4 Konsekvens	31
5.5 Hændelsestyper	35
5.6 Opsamling – den kommunale sektor	41
6 Resultater fra praksissektoren	44
6.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser	44
6.2 Kræftforløbet	44
6.3 Hændelsessted	44
6.4 Konsekvens	45
6.5 Hændelsestyper	47
6.6 Opsamling – praksissektoren	53
7 Resultater fra det præhospitale område	55
7.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser	55
7.2 Kræftforløbet	55
7.3 Hændelsessted	55
7.4 Konsekvens	56
7.5 Hændelsestyper	57
7.6 Opsamling – det præhospitale område	59
8 Resultater fra kræftpatienter og pårørende	60
8.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser	60
8.2 Kræftforløbet	60
8.3 Hændelsessted	60
8.4 Konsekvens	61
8.5 Hændelsestyper	63
8.6 Opsamling – patienter og pårørende	67
9 Diskussion	68
9.1 Diskussion af udvalgte sikkerheds – og kvalitetsproblemer	68
9.2 Diskussion af metode	71
10 Litteraturliste	74
11 Bilagsliste	78
Bilag 1: Klassifikation af hændelser, som anvendes i DPSD	79
Bilag 2. Konsekvenser (fysiske, psykiske og organisatoriske)	81
Bilag 3: Rapportørers løsningsforslag	83

Sammenfatning og vurdering

Denne rapport beskriver patientsikkerheden i kræftforløb med udgangspunkt i utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), i perioden 1. september 2010 til 31. januar 2013.

Rapporten identificerer, hvilke typer sikkerhedsproblemer den primære sundhedssektor¹ og kræftpatienterne rapporterer, hvilken konsekvens hændelserne har og i hvilken fase af kræftforløbet hændelserne opstår. Da halvdelen af de utilsigtede hændelser skønnes forebyggelige under optimale forhold, giver rapporten et væsentligt input til områder, hvor kræftpatienters sikkerhed kan styrkes (1, 2).

Patientsikkerhed

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader (utilsigtede hændelser), når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet, og om at sørge for, at konsekvenserne for patienten – hvis uheldet er ude – er mindst mulige.

Utilsigtede hændelser er ifølge Sundhedsloven begivenheder (3), der:

- Forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed (diagnostik, pleje og behandling)
- Ikke skyldes patientens grundlæggende sygdom
- Er skadevoldende – faktisk eller potentielt

Rapporten er baseret på en analyse af i alt 531 kræftrelaterede hændelser, hvoraf 71 hændelser er rapporteret af patienter/pårørende (13 %) og 460 hændelser er rapporteret af sundhedsprofessionelle i primærsektor (87 %). De utilsigtede hændelser fra primærsektoren kommer fra:

- Den kommunale sundhedssektor; hjemmesygeplejen, plejeboliger og -hjem (73 %)
- Praksissektor; almen praktiserende læger, speciallæger og vagtlægeordning (21 %)
- Det præhospitale område; ambulancepersonale (3 %)
- Andre i primærsektoren, f.eks. apoteker (3 %)

Når analysen læses, er det vigtigt at være opmærksom på, at hændelserne, som er rapporteret af den primære sundhedssektor eller kræftpatienter og deres pårørende, omhandler både den primær- og sekundære sundhedssektor.

Sikkerhedsproblemer og konsekvenser heraf

Sikkerhedsproblemer rapporteret fra primærsektoren og kræftpatienter/pårørende optræder typisk, når ansvaret for den enkelte kræftpatient skifter mellem sundhedsprofessionelle. Derfor er sundhedsfaglig koordination, samarbejde og sammenhæng i patienternes

¹ Den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og det præhospitale område.

kræftforløb centrale og gennemgående temaer i denne rapport. De utilsigtede hændelser omhandler ofte:

- Forsinkelser i kræftudredning og kræftbehandling, herunder manglende/forkert håndtering af oplysninger, såsom henvisninger og indkaldelser
- Utilstrækkelig koordination af udskrivelser fra hospitaler, herunder uens kliniske vurderinger af kræftpatientens behov, manglende klarhed over patientens medicin og forsinket/forkert udførelse af plejetiltag
- Usikker håndtering af stærke smertestillende lægemidler og anden risikomedicin
- Svigtende kontinuitet i kræftpatienters terminale forløb, herunder insufficient smertebehandling samt ventetid på ydelser og hjælpemidler

Forsinkelse i kræftpatientens udrednings- eller behandlingsforløb er en hyppig rapporteret konsekvens af patientsikkerhedssvigt, og forekommer i hver femte hændelse (19 %). Heraf er cirka 3/4 rapporteret fra praksissektoren og 1/4 rapporteret fra kræftpatienter og pårørende. Da netop tidsfaktoren har stor betydning for kræftpatienters overlevelse, er forsinkelse i denne analyse vurderet som alvorlig for kræftpatienterne.

61 % af hændelserne rapporteret fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren forårsager *fysisk skade* på de involverede kræftpatienter; <1 % medfører død (to hændelser), 18 % alvorlige skader, 9 % moderate skader og 33 % milde skader. Af de 18 % alvorlige skader er 1 % direkte fysisk skader mens 17 % er indirekte fysisk skade i form af betydelig forsinkelser i kræftudredning eller kræftbehandling. 73 % af hændelserne rapporteret af kræftpatienter og deres pårørende, giver anledning til *fysisk skade* på kræftpatienten; 34 % medfører alvorlige skader, 11 % moderate skader og 28 % milde skader. Af de 34 % alvorlige skader er 4 % direkte fysisk skader mens 30 % er indirekte fysisk skade i form af betydelig forsinkelser i kræftudredning eller kræftbehandling.

Analysen af de utilsigtede hændelser belyser – foruden fysisk skade – også *psykiske konsekvenser* for kræftpatienten og *organisatoriske konsekvenser*. Psykiske konsekvenser optræder i 17 % af hændelserne rapporteret af sundhedsprofessionelle i primærsektor og i 28 % af hændelserne rapporteret af kræftpatienter og pårørende og beskrives bl.a. som angst og bekymringer. Hændelser som involverer kræftpatienter i den terminale fase medfører ikke nødvendigvis stor fysisk skade, men disse hændelser er i stedet karakteriseret ved at have en mere etisk karakter, såsom uværdige forløb og død, f.eks. hvor kræftpatienten dør på et hospital, trods ønske om at dø i eget hjem, eller at kræftpatienten forsøges genoplivet, trods døden er forventet. *Organisatoriske konsekvenser*, hvor hændelserne beskrives at påvirke effektiviteten i både primærsektor og sekundærsektor, optræder i 75 % af hændelserne fra sundhedsprofessionelle i primærsektor, og i 59 % af hændelserne fra kræftpatienter og deres pårørende. De sundhedsprofessionelle beskriver tidsforbrug på f.eks. at redde trådene ud og koordinere indsatser, mens kræftpatienter beskriver aftaler, som de udebliver fra, da de ikke modtager indkaldelse.

Nedenfor beskrives sikkerhedsproblemerne og konsekvenserne heraf mere detaljeret, opdelt efter hvem der rapporterer hændelsen.

Hændelser fra den kommunale sundhedssektor

Størstedelen af hændelserne rapporteret fra de sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, skader kræftpatienten fysisk (55 %): 41 % medfører milde skader, 11 % moderate skader, 3 % alvorlige skader og 2 hændelser er dødelige. I alt 25 % af hændelserne har psykiske konsekvenser og 78 % af hændelserne har organisatoriske konsekvenser for sundhedsvæsenet.

Hyppigst rapporteret fra den kommunale sundhedssektor var hændelser med relation til *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (70 %) og *administrative processer* (59 %). De gennemgående problemstillinger omhandler, at der i samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle opleves uklar placering af ansvar, forskellige vurderinger af plejebehov og manglende deling af dokumentation og informationer om den enkelte kræftpatient. Problemerne forekommer hyppigt i overgange fra sekundær- til primærsektor, især i forbindelse med udskrivelse fra hospitaler, men forekommer også mellem den kommunale sundhedssektor og praksissektoren samt internt i den kommunale sundhedssektor.

Problemer med kræftpatienters *medicinering* ses i hver anden hændelse (54 %). Et gennemgående problem er utilstrækkelig afklaring/afstemning af patientens medicin efter hospitalsindlæggelser, hvilket ses i forbindelse med *dispensering* (f.eks. ophældning), *dokumentation* (f.eks. medicinafstemning) og *ordination*. Medicineringshændelser omhandler ofte højrisiko lægemidler (f.eks. morfika, cytostatika, beroligende medicin) og afspejler, at den kommunale sundhedssektor håndterer særdeles kompleks medicin hos kræftpatienter. Cirka hver tiende hændelse omhandler *kliniske processer*, f.eks. at pleje eller andre tiltag ikke er udført som planlagt. Yderligere omhandler hver tiende hændelse *medicinsk udstyr*. En problemstilling, der knytter sig hertil er tilgængeligheden af hjælpemidler som de sundhedsprofessionelle anvender for at sikre optimal pleje og rehabilitering (plejeseng, specialmadrasser til at forebygge tryksår, iltapparater). Endeligt omhandler 4 % af hændelserne fra den kommunale sundhedssektor fald.

Størstedelen af hændelserne fra den kommunale sundhedssektor vedrører de særligt sårbare kræftpatienter, som er i den terminale fase, hvor der er forventet kort restlevetid (53 %). Disse kræftpatienter påføres sjældent eller kun i mild grad fysisk skade. Dog har mild skade, såsom manglende symptomlindring (f.eks. ved smerter), ventetid på levering af hjælpemidler og manglende/forsinkede plejeindsatser, betydning for livskvaliteten i den sidste levetid og påvirker både de involverede kræftpatienter og deres pårørende.

Hændelser fra praksissektoren

Hændelser fra praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og vagtlæger omhandler overvejende sikkerhedsproblemer, som opstår i forbindelse med kræftpatienters sygdomsudredning (74 %). Langt størstedelen af hændelserne skader kræftpatienten fysisk (84 %): 74 % medfører alvorlige skader, 4 % moderate skader og 6 % milde skader. Af de 74 % alvorlige skader på kræftpatienten er 2 % direkte fysiske skader, mens 72 % er indirekte fysisk skade i form af væsentlig forsinkelse i kræftudredningen og/eller sen opstart af kræftbehandlingen. Dvs. hovedparten af hændelser som praksissektoren rapporterer, reducerer kræftpatienternes mulighed for at blive behandlet og overleve kræftsygdommen. I alt 4 % af hændelserne har psykiske konsekvenser for kræftpatienten og 90 % af

hændelserne har organisatoriske konsekvenser. Gennemgående problematikker vedrører *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (henvisninger/epikriser), *administrative processer* (aftaler/indkaldelse) og *kliniske processer* (kliniske vurderinger). Henvisning og rekvirering af prøver er hyppigt forekommende i praksissektoren. Arbejds gange i den forbindelse, involverer samarbejde og koordination mellem flere instanser (patient, almen praksis, speciallæge, hospitalsafdeling/ambulatorie). Analysen peger samlet på, at utilsigtede hændelser i en eller flere af disse arbejds gange, medfører mangelfuld eller forsinket diagnostik for kræftpatienter, og spild af ressourcer for alle instanser. Forsinkelser ses som en konsekvens af usikre arbejds gange i sundhedsvæsnets håndtering af henvisninger/indkaldelser og prøver/svar, uklar koordination og ansvar for kræftpatienten og kræftforløbet, særligt når ansvaret deles/skifter mellem sundhedsprofessionelle på hospitaler og i almen praksis.

Hændelser fra det præhospitale område

Kun 16 hændelser er rapporteret fra ambulancereddere og paramedicinere. I alt 44 % af disse hændelser skader kræftpatienten fysisk: 25 % medfører alvorlig skade, 6 % moderat skade og 13 % mild skade. I alt 6 % af hændelserne har psykiske konsekvenser for kræftpatienterne og 50 % af hændelserne har organisatoriske konsekvenser. Hovedparten af hændelserne omhandler svigt i *administrative processer* (respons på nødsituationer) og svigt i den *sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation* (mellem sektorer) samt i *klinisk processer* (kliniske vurderinger). Ifølge analysen optræder der gennemgående temaer vedrørende *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (ambulancen kører til forkert sted), *administrative processer* (respons på nødsituationer) og *kliniske processer* (ukorrekt vurdering). Hændelserne resulterer overvejende i en sen præhospital behandling, samt uhensigtsmæssige forsøg på at genoplive kræftpatienter, som er i den terminale fase.

Hændelser fra kræftpatienter og deres pårørende

Hændelserne fra kræftpatienter og pårørende vedrører hovedsagelig kontakten med offentlige sygehuse (92 %) og omhandler både udredning, behandling og terminale forløb. Størstedelen af hændelserne skader kræftpatienten fysisk (73 %): 34 % medfører alvorlige skader (hhv. 4 % direkte og 30 % indirekte), 11 % moderate skader og 28 % milde skader. Hovedparten af de alvorlige hændelser omhandler væsentlig forsinkelse i kræftudredningen og/eller sen opstart af kræftbehandlingen. I alt 28 % af hændelserne har psykisk konsekvens for kræftpatienten og 59 % af hændelserne har organisatorisk konsekvens. Hændelserne beskriver gennemgående problemer med *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (henvisninger/vurderinger) samt *kliniske processer* (undersøgelser og behandling). Hændelserne viser bl.a., at kræftpatienterne oplever, at de ikke indkaldes rettidigt. Desuden illustrerer hændelserne, at manglende lydhørhed for patientens bekymring/symptomer blandt de sundhedsprofessionelle, kan udgøre et sikkerhedsmæssigt problem. Ved opstart af behandlingen på hospitaler, rapporterer kræftpatienter flere eksempler på ikke at være blevet indkaldt, at opleve sig fungerende som tovholder, ikke at få den korrekte information omkring bivirkninger eller at opleve, at de sundhedsprofessionelle ikke lytter til dem. Ved bl.a. mistanke om tilbagefald af kræftsygdom, ses eksempler på, at kræftpatienter oplever, at de ikke bliver taget alvorlig (f.eks. i præsentation af symptom, mistanke om tilbagefald af kræft).

De problemområder kræftpatienter og deres pårørende beskriver, er både generiske (ikke-kræftspecifikke) og sygdomsspecifikke. Blandt de generiske optræder især ukoordinerede

indsatser mellem sektorer (f.eks. ved udskrivelser af kræftpatienter), mens de kræftspecifikke problemer typisk omhandler forsinkelser i kræftudredning og -behandling, svigt i håndtering af kompleks medicin og komplekse kræftforløb (f.eks. terminale patienter).

Samarbejde og sektorovergange

Mange af hændelserne i analysen omhandler koordination af sundhedsvæsenets indsatser og overdragelse af ansvar mellem de sundhedsprofessionelle, så der skabes kontinuitet i kræftpatienternes forløb, samtidig med at patientens behov understøttes.

I det samlede materiale relaterer 391 hændelser sig således til den *sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation* (74 %) og 327 hændelser til *administrative processer* (62 %). De to hændelsestyper, som rapporteres af alle rapportørgrupperne, illustrerer problemer i samarbejdet i og på tværs af sundhedsvæsenet og tydeliggør udfordringerne med at sikre kontinuiteten af sundhedsvæsenets forskellige indsatser, ved hhv. udredning, behandling, pleje og terminale kræftforløb. Analyserne antyder, at der for kræftpatienter er væsentlige sikkerhedsproblemer forbundet med koordinering af den sundhedsfaglige indsats, herunder ansvarsskift og deling af informationer mellem sundhedspersoner – både i samme sektor og i overgange mellem sektorerne. Hændelserne afdækker uhensigtsmæssige arbejdsgange samt mangel på ansvarsplacering, hvilket resulterer i forsinkelser i kræftdiagnostik, et øget ressourceforbrug og, at der ikke rettidigt tages hånd om kræftpatientens videre forløb. Det gælder både i udredningsforløb og ved udskrivelse fra hospital. Langt de fleste af disse hændelsestyper synes forebyggelige og afspejler således et betydeligt forbedringspotentiale. De omtalte problemer er ikke sygdomsspecifikke, men konsekvenserne af f.eks. bortkomne henvisninger har alvorlige konsekvenser for kræftpatienter, hvor tidsfaktoren spiller en afgørende rolle for sygdomsforløbet og behandlingsresultatet. Dette, sammenlagt med at accelererede patientforløb på hospitalerne, kan medføre udskrivelse af patienter, der endnu ikke er færdigbehandlet eller færdigudredt, kalder på særlig opmærksomhed hos de sundhedsprofessionelle i den primære sundhedssektor (hjemmepleje, praktiserende læge).

De sundhedsprofessionelle rapportører i primærsektor nævner alle koordinering og samarbejdet med andre dele af sundhedssektoren som både årsag til utilsigtede hændelser, men også som en del af løsningen. I hændelserne beskrives flere dimensioner af samarbejdet, hvor det i den kommunale sundhedssektor særligt er *udskrivelser* fra hospitalet der nævnes som risikable situationer. Hos de praktiserende læger gives der udtryk for, at det særligt i diagnosticering og udredning er risici i forbindelse med at *modtage/sende aftaler/henvisninger* mellem praksissektor og hospitaler. Hos det præhospitale område ses risici i samarbejdet omkring *respons på nødsituationer*.

Flere af kræftpatienterne oplever, at sundhedsvæsenet ikke kommunikerer/samarbejder tilstrækkeligt og ikke er opdateret om deres forløb. Den manglende sammenhæng har ofte alvorlige konsekvenser, såsom forsinkelse i udredningen eller behandlingen, hvilket forværrer patientens sygdom og prognose. Den manglende sammenhæng giver usikkerhed og utryghed for kræftpatienten og deres pårørende. Særligt beskriver kræftpatienterne eller deres pårørende hvordan de selv har været nødt til at tage ansvar og holde styr på deres forløb, at de selv må være tovholdere, mens flere har oplevet ikke at være blevet taget alvorlig eller blive lyttet til.

Fremadrettet vil vi se flere og flere accelererede patientforløb og relativt korte indlæggelser, hvor samspillet mellem hospital, kommune og almen praksis er essentiel for det gode forløb, og især væsentlig, hvis forløb ikke går som forventet. Denne rapport analyse af kræftrelaterede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase identificerer nogle af de svage punkter i det nuværende samarbejde omkring kræftforløb. Resultaterne i denne rapport bidrager med information om risici, der sammen med anden viden om patientsikkerhed, kan bruges som afsæt for sikkerhedsforbedringer i sundhedsvæsenet.

Metodiske begrænsninger

Rapportering af utilsigtede hændelser er påvirkelig af en lang række faktorer, og det skønnes, at rapporteringssystemer som Dansk Patientsikkerhedsdatabase blot identificerer 7-15 % af det faktiske antal hændelser. Derfor er rapporteringssystemer ikke egnet til monitorering af patientsikkerheden og kan ikke bruges til at estimere den eksakte hændelsesforekomst i kræftforløb. De sikkerhedsproblemer, der beskrives i denne analyse, afspejler således det antal rapporter, der er indsendt til Dansk Patientsikkerhedsdatabase - ikke det faktiske antal kræftrelaterede hændelser, der sker i sundhedsvæsenet. Resultaterne bør læses og fortolkes med dette for øje.

Parallelt med denne analyse har Kræftens Bekæmpelse arbejdet specifikt med overgangshændelser i *"Kræftpatienters sikkerhed i sundhedsvæsenet efter kræftbehandling"*. Også dette arbejde, som indeholder en række bud på hvor og hvordan patientsikkerheden i kræftforløb kan forbedres, kan findes på <http://www.cancer.dk/rapporter>

1 Baggrund

Hvert år rammes ca. 35.000 danskere af kræft og omkring 245.000 personer lever i dag med en kræftsygdom (4). De fleste kræftpatienter skal igennem længere udrednings-, behandlings- og opfølgingsforløb og møder typisk mange forskellige læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale. Undervejs i forløbet skifter ansvaret ofte mellem flere afdelinger, hospitaler og primærsektoren. Kræftpatienter er derfor afhængige af velfungerende logistik og organisering i og på tværs af sundhedsvæsenet. Selvom den enkelte sundhedsperson gør en ihærdig indsats for at sikre kræftpatienterne det bedst mulige forløb, stiger risikoen for patientskade med kompleksiteten i indsatsen. Kræftpatienter synes derfor i særlig risiko for svigtende patientsikkerhed og tilskadekomst (2, 5-7).

Fejl og komplikationer kan medføre både fysisk og psykisk patientskade men kan også organisatoriske konsekvenser, dvs. påvirke både effektivitet og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet, såsom ved behov for øget behandlingsniveau, genindlæggelser eller ekstra arbejdstid til at udrede og håndtere hændelsen (8, 9).

Cirka 85 % af kræftforløb starter med at patienten henvender sig til sundhedsvæsenet via egen praktiserende læge eller vagtlæge (10, 11). Herfra sendes patienten ofte videre til prøver og undersøgelser enten hos speciallæge eller i hospitalsregi. Tidlig diagnostik og hurtig påbegyndelse af behandling er afgørende for prognosen og almen praksis spiller her således en central rolle i forhold til kræftpatienternes sikkerhed (12, 13). Efter behandling, der foregår på hospital, går kræftpatienten ofte i ambulante forløb, hvor hospitalet har ansvaret for opfølgning af kræftsygdommen, mens almen praktiserende læge varetager opgaver relateret til anden sygdom og yder støtte til hospitalsindsatsen, f.eks. i forhold til håndtering af visse typer af senfølger. Foruden praksissektoren, har den kommunale sundhedssektor en opgave i kræftforløb ved behov for praktisk støtte til at klare hverdagen og ved behov for f.eks. genoptræning, rehabilitering, patientuddannelse, hjemmepleje og hjemmesygepleje. Ydelserne leveres både i eget hjem, i kommunale sundhedscentre og på plejehjem eller aflastningspladser (14-16). Den præhospitale indsats² i et kræftforløb ses ved behov for enten planlagt transport til og fra hospitaler eller akut opståede situationer (17, 18). For kræftpatienter med forventet kort restlevetid (terminal fase) målrettes sundhedsvæsenets indsats mod symptomlindring (herunder smertebehandling) og en så god afslutning på livet som muligt. For at sikre et værdigt og godt terminalt forløb for både kræftpatienten og de pårørende (f.eks. i eget hjem eller på hospice), stilles der helt særlige krav til samarbejde og koordination af indsatser i den kommunale sundhedssektor, hos praktiserende læge, palliative enheder – og på hospitaler (14, 19-21).

Hovedparten af den viden, der i dag findes om kræftpatienters sikkerhed, stammer fra behandlingsforløb på sygehusene, mens kendskabet til patientsikkerheden i resten af kræftforløbet – dvs. hos egen læge, i hjemmeplejen og ved ambulancetjenesten – endnu er sparsomt belyst (2, 5-7, 22). Viden fra sygehussektoren kan ikke umiddelbart overføres til

² Præhospitale indsats defineres som indsatser over for akut syge, tilskadekomne og fødende foregår inden patienten ankommer til sygehus. Transport af patienter via ambulance, lægebil eller lufttransport m.v. samt sundhedsfaglig virksomhed på vagtcentraler er også omfattet af den præhospitale indsats (18)

primærsektoren³ pga. forskelle i opgavernes karakter og arbejdets organisering. Viden om, hvilke typer af utilsigtede hændelser, som kræftpatienter udsættes for, om de utilsigtede hændelser i kræftforløb relaterer sig til særlige arbejdsprocesser i primærsektoren, eller om svigt her får særligt alvorlige konsekvenser for kræftpatienten mangler.

I 2010 blev sundhedspersoner i primærsektoren, på lige fod med personalet i sekundærsektoren, forpligtiget til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), og i 2011 blev databasen udvidet med en frivillig rapporteringsmulighed for patienter og pårørende (3, 23). Viden om kræftpatienters oplevelser i sundhedsvæsnets net og om hvilke utilsigtede hændelser de oplever, har tidligere vist sig at kunne supplere den sundhedsfaglige viden om patientsikkerhedsproblemer (6, 24-26).

Patientsikkerheden i kræftforløb er ikke tidligere belyst ved analyse af DPSD rapporter fra primærsektor og patienter. Indholdet i disse rapporter kan imidlertid supplere eksisterende viden om kræftpatienters sikkerhed og kan dels anvendes til at skabe opmærksomhed, dels til prioritering af indsatsen for at forbedret patientsikkerhed i kræftforløbet.

2 Formål

Formålet er at frembringe viden om risikable forhold i kræftforløb, der kan bruges som afsæt for forbedring af patientsikkerheden i sundhedsvæsnets indsatser, herunder afdækning af:

- Typer af utilsigtede hændelser som rapporteres fra primærsektor³ (27)
- Typer af utilsigtede hændelser som rapporteres af kræftpatienter og deres pårørende
- Hændelsernes konsekvenser
- Mulige forbedringstiltag

Analysen kan ikke belyse, hvor ofte utilsigtede hændelser finder sted, men kan belyse karakteren af rapporterede utilsigtede hændelser og deres relative fordeling.

Rapportens målgruppe er sundhedsfaglige personer, som beskæftiger sig med patientsikkerhed, deres ledere samt beslutningstagere på området. Desuden øvrige der er interesseret i patientsikkerhed.

3 Materiale og metode

3.1 Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) er et nationalt rapporteringssystem, der drives og supporteres af Patientombuddet. Systemet blev etableret i forbindelse med, at Lov om Patientsikkerhed trådte i kraft i 2004 (3). Loven forpligtede i første omgang autoriseret sundhedspersonale i hospitalssektoren til at rapportere utilsigtede hændelser. Med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen i september 2010 omfatter rapporteringspligten også sundhedspersoner i den del af sundhedssektoren, der administreres uden for

³ Primærsektoren følger Sundhedsstyrelsens definition som den del af sundhedssektoren, hvis aktiviteter foregår uden for hospitalsområdet; praksissektoren (almen praktiserende læger, speciallæger og vagtlæger), den kommunale sundhedssektor (plejecentre, hjemmepleje og hjemmesygepleje, plejeboliger), det præhospitale område og apoteker

sygehusene; den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apoteker og den præhospital indsats (23). Rapporteringspligten er dog forskellig (se tabel 1), og i praksis rapporteres der mere, end der er pligt til.

Tabel 1: Fakta vedrørende Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

Hvad skal rapporteres?	<p>Sundhedspersoner skal ifølge Sundhedslovens kapitel 61 rapportere utilsigtede hændelser. Følgende rapporteringspligt gælder (23, 28):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Praksissektoren og det præhospital område</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, som omhandler infektioner eller som opstår i forbindelse med sektorovergange eller i anvendelse af medicinsk udstyr, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. • <u>Den kommunale sundhedssektor</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, som omhandler hhv. patientuheld og infektioner eller som opstår i forbindelse med medicinering eller sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. • <u>Apotekssektoren</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser som opstår i forbindelse med sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. • <u>Sygehusvæsenet</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.
Formål	<p>Rapporteringssystemets formål er at lære af de utilsigtede hændelser og de sundhedsprofessionelle kan ikke straffes som følge af rapporteringen til DPSD (29, 30). Som følge af læringsperspektivet er patientsikkerhedsområdet i vid udstrækning karakteriseret ved, at det primære fokus er på, hvordan systemer og processer sikres mod, at menneskelige fejl medfører skader på patienter (31).</p>
Organisering og opgaver	<p>Rapporteringssystemet opererer på tre planer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det lokale plan (sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende): rapporterer hændelsen • Det regionale/kommunale plan (sagsbehandlere): modtager, kategoriserer og analyserer hændelserne samt drager læring. • Det nationale plan (DPSD og Patientombuddets Læringsenhed): bidrager til læring gennem vidensformidling af analyser og mønstre i de rapporterede utilsigtede hændelser.

Det sundhedspersonale, som enten er involveret i eller har opdaget hændelsen, skal indenfor 7 dage udfylde et webbaseret rapporteringsskema, som automatisk sendes til den region eller kommune, hvor hændelsen er sket, så der lokalt drages læring (28). Her sagsbehandles hændelsen og kategoriseres efter DPSDs modificerede version af WHO's Internationale Klassifikation for Patientsikkerhed⁴ (fremover benævnt WHO-klassifikationen, se bilag 1) (28). Kategorisering sker på tre niveauer: 1) hændelsestype, 2) i hvilken proces hændelsen skete, og 3) hvori problemet bestod. Desuden anfører sagsbehandleren hændelsens faktuelle skade på patienten, jf. tabel 2. Skader, som er alvorlige eller dødelige, udløser typisk en dybdegående analyse. Utilsigtede hændelser fra kræftpatienter og pårørende, sagsbehandles ligesom rapporter fra sundhedspersoner (28).

⁴ ICPS (The International Classification of Patient Safety)

Patientombuddet varetager den centrale administration af rapporteringssystemet. Patientombuddets Læringsenhed modtager og gennemgår de rapporterede hændelser, samt formidler viden herfra tilbage til sundhedsvæsenet.

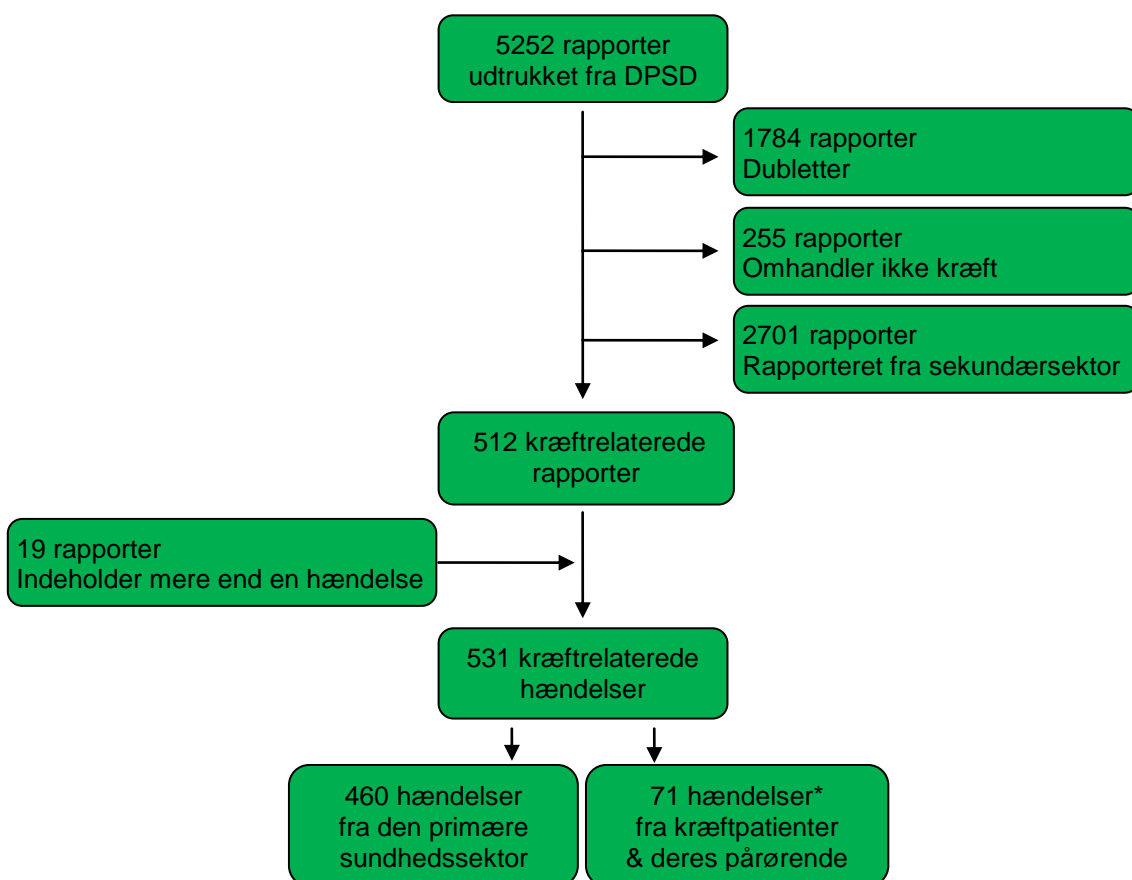
Tabel 2: Klassificering af utilsigtede hændelsers alvorlighed (28)

Alvorlighed	Faktuel fysisk skade
Ingen	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, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling
Dødelig	Dødelig

3.2 Datagrundlag

Datagrundlaget er utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD i perioden 1.9.2010 til 31.1.2013 og sagsbehandlet.

Figur 1: Flowdiagram – identifikation af kræftrelaterede hændelser i DPSD



*Patienter/pårørende i perioden 1.9.2011 til 31.1.2013

De kræftrelaterede hændelser blev identificeret via 17 søgeord⁵ og udtrækket er på baggrund af tekniske begrænsninger produceret ved at sammenlægge i alt 8 mindre udtræk, med efterfølgende manuel dataoprensning og fjernelse af dubletter (figur 1).

Ved gennemlæsning er hændelsesrapporter uden relation til kræftpatienter eller kræftforløb⁶ og alle hændelser rapporteret fra sundhedsprofessionelle i hospitalssektoren ekskluderet (figur 1). Rapporterne indeholdende beskrivelser af mere end en hændelse, er blevet delt og giver derved anledning til oprettelse af i alt 19 ekstra hændelser.

De 531 kræftrelaterede hændelser omhandler patienter med forskellige kræftsygdomme, kræftpatienter der er i pleje- eller behandlingsforløb i relation til enten kræftsygdommen (inkl. senfølger) eller anden sygdom, kræftpatienter som lever med deres kræftsygdom, kræftpatienter uanset alder og patienter, som har overlevet deres kræftsygdom.

3.3 Variable, analyse og rapportens opbygning

3.3.1 Variable

Datasættet indeholder følgende oplysninger om den utilsigtede hændelse: patientens køn, patientens alder, hændelsesbeskrivelse (fritekst), konsekvens (fritekst), årsager (fritekst), forslag til forebyggelse (fritekst), lokation, involveret lokationsnavn, faggruppe, alvorlighed, WHO-hovedgruppe, WHO-proces og WHO-problem. Oplysningerne er anført af rapportør eller sagsbehandler.

Alle hændelser i datasættet er manuelt gennemgået af mindst en person med sundhedsfaglig baggrund⁷ og følgende variable blev dannet som henholdsvis erstatning eller supplement til variablene i det oprindelige datasæt:

- Fysisk konsekvens: Re-klassificering af alvor (faktuel fysisk skade), erstatter oprindelig variabel
- Psykisk- og organisatorisk konsekvens: Ny supplerende variabel
- Forsinkelse: Ny supplerende variabel
- Hændelsestype, proces og problem⁸: Re-klassificering som erstatter WHO-hovedgruppe, proces og problem.
- Forløb (fase af kræftforløbet som patienten vurderes at befinde sig i): Ny supplerende variabel
- Rapportørgruppe (hhv. kommunal sundhedssektor, praksissektor, det præhospitale område, apotek, kræftpatienter og pårørende): Ny supplerende variabel
- Hændelsessted (hhv. offentlige sygehuse, plejebolig, hjemmesygepleje, hjemmepleje, sundhedscentre, botilbud, almen praksis, vagtlæge, speciallæge, præhospital, apotek og privathospital): Re-klassificering som erstatter lokation og involveret lokation.

⁵Søgeord: "cancer", "c", "tumor", "svulst", "kemo", "malign", "recidiv", "melanom", "kræft" (mellemrum før og efter alternativt 'begynder med'), "knode", "metastase", "stråle", "ondartet", "lymfom", "cytostatika", "palliation", "terminal". Hovedparten er tidligere anvendt til at identificere kræftrelaterede hændelser (2).

⁶ Fritekstsøgningen i DPSD (søgeord: stråle, recidiv) identificerede f.eks. en række hændelsesrapporter som indeholdende ordet 'blodstråle' og 'recidivende smerter' – disse og lignende tilfælde er ekskluderet.

⁷ Sygeplejerske eller læge.

⁸ DPSDs modificeret version af WHO's ICPS-klassifikation (The International Classification of Patient Safety).

Ved gennemlæsning blev der konstateret stor variation i kodepraksis hos rapportører og sagsbehandlere. For at sikre konsistens i vurderingerne af hændelsernes alvorlighedsscore og kategorisering af hændelsestype, blev det derfor besluttet at re-klassificere begge jf. tabel 2 og bilag 1 (WHO's klassifikation). Re-klassificering er foregået uafhængigt af sagsbehandlernes kategorisering af hændelserne⁹ og der er hverken anvendt gisninger eller logiske slutninger om konsekvenser, årsagsforhold eller forløb, som ikke er dokumenteret, dvs. rapportørernes beskrivelse er taget for pålydende (jo mere udtømmende og detaljeret beskrivelse, des bedre mulighed for at nuancere kategoriseringen af hændelsestype og konsekvens). Der er heller ikke taget stilling til rigtigheden af eksempelvis rapportørens placering af hændelsessted eller rigtigheden i beskrivelsen af det faglige indhold (herunder årsagssammenhæng mellem hændelse og konsekvens).

Re-klassificering af hændelsestype og konsekvens

Ved gennemlæsning af hændelserne var der i flere tilfælde diskrepans mellem den beskrevne konsekvens for patienten og den tildelte alvorsscore, hvor eksempelvis alvorlig skaden blev anvendt ved både egentlige hændelser (faktuel skade) og nær-hændelser (potentielt skade). Til tider klassificerer rapportører/sagsbehandlere hændelserne med en større alvorlighedsscore end fritekstbeskrivelsen dokumenterer og definitionen tilskriver (se afsnit 3.1). I dette datamateriale er alle hændelser, der opdages og håndteres, inden det får konsekvens for patienten, scoret som ingen skade. De hændelser som ikke er opdaget/afværget, vurderes alle at være en egentlig hændelse og at have en fysisk konsekvens for kræftpatienten. Egentlige hændelser er, uanset patientens robusthed, minimum scoret som mild skade, da det ikke altid har været muligt i hændelsesbeskrivelserne at differentiere mellem, om den fysiske skade er uvis, ubeskrevet, ikke-udtømmende beskrevet eller om der reel ingen skade er sket på patienten (iflg. rapportørens vurdering). Ved hændelser blandt kræftpatienter i den terminale fase er fysiske konsekvenser særligt vanskelige at vurdere i forhold til, om hændelsen medfører øget lidelse eller ændrer udfaldet af den fremskredne sygdom. Hændelser, såsom genoplivningsforsøg eller uønsket indlæggelse med dødelig udgang for den terminale kræftpatient, er således scoret som mild skade, da hændelsen ikke nødvendigvis er årsagen til, at kræftpatienten dør.

Konsekvenser

Ved gennemlæsning er hændelserne klassificeret efter faktisk fysisk konsekvens (alvor) og hvor aktuelt, yderligere registreret med psykisk og/eller organisatorisk konsekvens i erkendelse af, at utilsigtede hændelser også kan påvirke kræftpatienten psykisk og have konsekvensen for sundhedsvæsenet. Psykisk konsekvens er registreret ved hændelser, hvor rapportøren f.eks. beskriver at patienten er angst, utryk eller har mistet tillid til sundhedsvæsenet. Etiske problemstillinger, såsom uværdigt forløb/uværdig død hos patienter i terminal fase, er ligeledes registreret med psykisk konsekvens. Som ved fysisk skade er det ikke muligt at differentiere mellem reel psykisk konsekvens og rapportørens vurdering. Organisatorisk konsekvens er registreret ved hændelser, hvor rapportøren f.eks. beskriver aflysninger af bookede aftaler eller at observations- eller behandlingsniveauet øges. Hændelser som skader kræftpatienten moderat eller alvorlig, registreres med organisatorisk konsekvens uanset beskrivelser, qua definitionen indbefatter et øget ressourcetræk.

⁹ Fraset hændelser som resulterer i forsinkelse, se afsnit 3.3.2.

En stor andel af hændelserne medfører forsinkelser af såvel udredning af kræftsygdommen som opstart af kræftbehandlingen. Den fysiske konsekvens af forsinkelseshændelserne er ofte af sagsbehandler scoret som alvorlig skade, uden at den faktuelle skade nødvendigvis er angivet (eller kendt). Når der ikke umiddelbart er beskrevet en faktuel skade kan disse hændelser, rent teknisk, scores som ingen skade. Ud fra betragtningen at kræftsygdom udvikler sig over tid, og at der er evidens for, at forsinket diagnostik og behandling af kræft nedsætter patientens sandsynlighed for at blive tilbudt kurativ behandling, er det besluttet, at håndtere alle hændelser, som resulterer i forsinkelser ens. Hændelser som forårsager betydelig¹⁰ forsinkelse, er derfor konsekvent re-klassificeret som alvorlig fysisk skade og registreret med forsinkelse. Psykisk skade og organisatorisk konsekvens registreres samtidig, hvis dette også fremgår af hændelsesbeskrivelsen.

I bilag 2, er de nydannede variable beskrevet sammen med eksempler på registreringspraksis.

Hændelsestyper

Alle hændelser i datasættet er ved gennemlæsning re-klassificeret med en til tre af de 13 hændelsestyper som bedst beskriver hændelsen samt tilhørende undergrupper (proces, problem og eventuelt detalje), se bilag 1. Hændelsestyperne er ikke gensidigt udelukkende, dvs. at en hændelse, hvor en kræftpatient falder i hjemmet, fordi der ikke er leveret en rollator som følge af feilkommunikation i udskrivelsen imellem sygehuset og hjemmeplejen, vil blive re-klassificeret med 3 hændelsestyper (hvh. *patientuheld*, *administrativ proces*, *sundhedsfaglig dokumentation & kommunikation*). Re-klassificeringen er foregået uden stillingtagen til, hvad der i den aktuelle situation menes at være den centrale hændelse.

Medicineringshændelser (eksempelvis mangelfuld ordination af smertestillende) indeholder en særlig problemstilling, da smerter kan optræde enten som led i selve hændelsen eller som konsekvens af denne¹¹. Ved gennemlæsning placeres hændelser med smerter og processer og problemer omkring smertebehandling, under *medicinering*, velvidende at det også kan være udtryk for kvalitetsbrist i den *kliniske proces* (vurdering/stillingtagen), i *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (smerteplan) eller *individ, team, organisation* (utilstrækkelige resurser eller uhensigtsmæssig organisering af arbejdet).

For hændelser af typen *administrativ proces* gælder, at de typisk foregår uden patientens tilstedeværelse og afspejler problemer i forbindelse med planlægning/koordinering af patientens ophold/forløb i sundhedsvæsenet. Overdragelse af ansvar (for patienten) udgør ofte et centralt element, når hændelsen vedrører administrative processer, og disse hændelser vil derfor ofte samtidigt blive klassificeret under *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation*.

¹⁰ Nedre grænse er sat ved enkelte dages forsinkelse. Hændelser, som er afværget inden det medførte forsinkelse, klassificeres med ingen skade (og kodes ikke som forsinkelse).

¹¹ Visse hændelsestyper kan bruges til at angive medvirkende faktorer ved den primære hændelse, fx kommunikationsfejl eller manglende/utilstrækkelige procedurer. De tre hændelsestyper Administrative processer, Kliniske processer, Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation har en generel karakter og kan i højere grad end de øvrige hændelsestyper være 'medvirkende faktorer', dvs. være relevante forhold omkring hændelsen, uden at være den direkte eller udløsende faktor såsom medicin, patientuheld og infektion (28).

Rapportørgruppe og hændelsessted

De utilsigtede hændelser inddeles efter hvorfra hændelsen er opdaget/rapporteret (rapportørgruppe) og hvor hændelsen er sket:

- Kommunal sundhedssektor (hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejeboliger, sociale botilbud, sundheds- og sygeplejecentre, misbrugsbehandling, træning osv.)
- Praksissektoren (almen praktiserende læger, praktiserende speciallæger og vagtlæger)
- Præhospital område (ambulancetjenesten, paramedicinere og 112-vagtcentral)
- Apotekersektoren
- Andre
- Patienter og pårørende (kræftpatient, pårørende og andre personer, som på kræftpatientens vegne rapporterer hændelser)

Hændelser, som er rapporteret fra primærsektor, indeholder dels hændelser som er sket i primærsektor og opdaget/rapporteret herfra, dels hændelser som er sket i sekundærsektor, men opdaget/rapporteret fra primærsektor. Hændelser som er rapporteret fra kræftpatienter og pårørende er sket i enten primær- eller i sekundærsektor.

Primærsektor (den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og det præhospitale område), arbejder under andre organisatoriske rammer end sygehusene gør, og involverer desuden patienters egne boliger (herunder plejehjem). De aktiviteter der udføres i primær og sekundærsektoren er også forskellige, hvorfor erfaringer fra utilsigtede hændelser i sygehussektoren ikke umiddelbart kan overføres til primærsektor. I hjemmeplejen og på plejecentrene udfører personalet både ydelser, der hører under service- og sundhedslovgivningen. Rapporteringspligten i den kommunale sundhedssektor er forankret i sundhedsloven, og de utilsigtede hændelser, der skal rapporteres, skal være relateret til sundhedsydelse. De sundhedsprofessionelle foretager ikke i det daglige en skelnen mellem service- og sundhedsydelse, og det kan derfor være vanskeligt for plejepersonalet at forholde sig til, om en given hændelse relaterer sig til en sundhedsydelse. Denne skelnen findes derfor ikke i rapporten.

Faser i kræftforløbet

Velvidende, at kræftforløb ikke nødvendigvis er lineære, er hændelserne inddelt efter, hvilken fase i kræftforløbet patienten befinder sig i på hændelsestidspunktet. Da hændelsesbeskrivelserne varierer meget i detaljeringsgrad og flere er mangelfulde på oplysninger om, hvilken fase af kræftforløbet patienten befinder sig i, er hændelserne klassificeret sv.t. nedenstående simplificerede delforløb:

- Udredning og diagnostik
- Behandlingsforløb og opfølgingsforløb
- Pleje/rehabiliteringsforløb
- Terminal fase
- Andet

Principper for kategorisering af hændelserne på faser i kræftforløbet er beskrevet i tabel 3.

Tabel 3: Forløbskategorisering af hændelser

De forskellige faser i kræftforløbet
<p>Udredning og diagnostik</p> <p>Hændelser, som relaterer sig til indsatser i hhv. opsporing af kræft og udredning ved mistanke om kræft samt udredning på baggrund af mistanke om recidiv/tilbagefald/spredning (inklusiv screening og opfølgende undersøgelser som har vakt mistanke). For hændelser i praksissektoren gælder, at kræftdiagnosen ikke nødvendigvis er stillet på rapporteringstidspunktet.</p>
<p>Behandlingsforløb</p> <p>Hændelser som sker i forbindelse med behandling under hospitalsindlæggelse, ambulante opfølgingsforløb. Der differentieres ikke mellem de forskellige former for behandlingen, herunder primær kræftbehandling, behandling af tilbagefald, behandling af senfølger, palliation eller behandling af anden sygdom.</p>
<p>Pleje og rehabiliteringsforløb</p> <p>Hændelser som sker i eget hjem, på aflastningshjem, plejehjem, eller i plejecentre, hvor der <u>ikke</u> er beskrevet sygehusbehandling eller opfølgingsforløb på sygehusafdeling eller i ambulatorium. Hændelserne kan have direkte relation til ydelse/plejeindsats målrettet kræftsygdommen (f.eks. medicinadministration af smertelindrende behandling) eller til anden sygdom (f.eks. medicinadministration af insulin).</p>
<p>Terminal fase</p> <p>Hændelser hvor de sundhedsprofessionelle i hændelsesbeskrivelserne har anvendt ordet 'terminal'¹²(32). Hændelser, hvori der er ordineret tryghedskasse/akutkasse/palliativkasse (ordination som udelukkende anvendes i primærsektor til patienter i den afsluttende fase af livet), er også inkluderet. Hændelserne relaterer sig endvidere til indsatser, som knytter sig til afslutningen af livet, hvor der findes en terminalerklæring, eller hvor en terminalerklæring er undervejs.</p>
<p>Andet</p> <p>Hændelser hvor det ikke er klart, hvor i forløbet patienten befinder sig.</p>

3.3.2 Analyse og rapportens opbygning

Indledningsvist blev et tilfældig udsnit (ca. 10 %) af hændelser i datasættet gennemlæst af to personer med sundhedsfaglig baggrund¹³ og i fællesskab re-klassificeret (hændelsestype og alvor) med henblik på at afstemme og justere klassificeringerne. Hele materialet er efterfølgende gennemlæst og kategoriseret af en person med sundhedsfaglig baggrund og i tvivlstilfælde konfereret.

Materialet er underkastet deskriptiv analyse af hændelsernes antal, typer og konsekvens, under anvendelse af STATA. Temaer for yderligere analyse er udvalgt med afsæt i alvorlighed (high risk), hyppighed (high volume) eller særlige kræftspecifikke temaer. Hændelser fra apotekersektoren og 'andre' er medregnet under samlede resultater, men pga. lavt antal hændelser ikke analyseret selvstændigt.

Med udgangspunkt i konkrete idéer formuleret af rapportørerne er forslag til forebyggelse af skader og forbedring af patientsikkerheden for kræftpatienter er samlet (bilag 3). Idéerne har dog overvejende karakter af at være allerede iværksatte forslag eller være af uspecifik karakter, såsom at følge retningslinjer eller tage sig bedre tid.

¹² Ved terminalfase forstås den periode, hvor patientens tilstand er præget af stærk fysisk svækkelse, og hvor patienten må betragtes som uafvendeligt døende, med forventet kort levetid (33)

¹³ Sygeplejerske eller læge.

I hændelsesbeskrivelserne skelnes ikke mellem kræftpatienter, tidligere kræftpatienter og kræftpatienter, som pga. anden sygdom er i kontakt med sundhedsvæsnet. Tilsvarende anvendes betegnelser såsom borger/klient/brugere/beboer/pårørende, patient med kræft, tidligere kræft eller med mistanke om kræft, kræftpatient, terminalpatient og personnavne, kræftsygdomsnavne, patient i/efter kræftbehandling (stråleterapi, kemoterapi, kirurgi) om de kræftframte (eller kræftforløbene) i hændelsesbeskrivelserne. I denne rapport benævnes disse 'patient'.

I de følgende afsnit præsenteres først samlede resultater fra både primærsektor samt kræftpatienter og deres pårørende. Herefter følger 4 afsnit med resultater fra de største rapportørgrupper i primærsektoren (den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og det præhospitale område) og fra kræftpatienter/pårørende. I figurer og tabeller præsenteres primære resultater som omfatter mere end 10 hændelser. Eksemplerne på utilsigtede hændelser, der er anvendt som illustration af hændelsestyper og alvorsscore, er hændelsesbeskrivelser fra DPSD uden omskrivning af rapportørernes formuleringer.

4 Samlede resultater

De kræftrelaterede hændelser, som er rapporteret fra de sundhedsprofessionelle i primærsektoren, indeholder både hændelser som er sket i primærsektor og hændelser som er sket i sekundærsektor, men opdaget af primærsektor. Hændelser som er rapporteret fra kræftpatienter og pårørende er sket i enten primær- eller i sekundærsektor.

4.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser

I perioden 1.9.2010 til 31.1.2013 er der identificeret 512 kræftrelaterede hændelsesrapporter i DPSD fra den primære sundhedssektor og kræftpatienter. Ifølge Patientombuddet er der i alt registreret 140.750 sagsbehandlede hændelsesrapporter fra patienter og sundhedsprofessionelle i primærsektor¹⁴ (33), dvs. de kræftrelaterede hændelser i denne analyses undersøgelsesperiode, udgør ca. 0,4 % af utilsigtede hændelsesrapporter i DPSD, fra sundhedsprofessionelle i den primære sundhedssektor og patienter.

De 512 hændelsesrapporter indeholder beskrivelse af i alt 531 hændelser, opdaget og rapporteret fra følgende rapportørgrupper (tabel 4).

Tabel 4: Rapportørgrupper (n=531)

	Antal	(%)
Kræftpatienter og pårørende	71	(13)
Primærsektor, heraf	460	(87)
• Den kommunale sundhedssektor	335	(63)
• Praksissektor	97	(18)
• Det præhospitale område	16	(3)
• Andet*	12	(3)

* Hospice (n=5), apoteker (n=4) og andet (n=3)

Tabellen viser, at 71 hændelser er rapporteret af kræftpatienter og deres pårørende (13 %) mens 460 hændelser er rapporteret fra primærsektor (87 %). Flest af primærsektorhændelserne er rapporteret fra den kommunale sundhedssektor (63 %) og praksissektoren (18 %).

Sammenlignes rapportørfordelingen i hændelser fra primærsektor med rapportørfordelingen i DPSD, bemærkes at generelt flere utilsigtede hændelser rapporteres fra den kommunale sundhedssektor (ca. 96 %) og færre fra praksissektoren (ca. 3 %) og det præhospitale område¹⁵ (ca. 1 %) (34). Forskellen og den mindre andel af kræftrelaterede hændelser rapporteret fra den kommunale sundhedssektor, kan afspejle, at indsatser som ydes af de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis knyttes an til en sygdomsspecifik diagnose eller -behandling, hvilket betyder, at personalet ikke nødvendigvis fokuserer på patientens bagvedliggende kræftsygdom i rapporteringen af den utilsigtede hændelse - medmindre

¹⁴ I flg. Patientombuddets Læringsenhed, i alt 211.750 hændelsesrapporter: 140.750 rapporter fra primærsektor og patienter (66 %): 125.000 rapporter fra den kommunale sundhedssektor, 71.000 rapporter fra hospitaler, 14.500 rapporter fra anden regional (praksissektor, præhospital og ambulance, apotek), 1250 rapporter fra privat (eks. hospice).

¹⁵ I alt 108.650 hændelser; 104.400 fra den kommunale sundhedssektor, 3.500 praksissektor og 750 præhospital, ifølge DPSD Årsberetning 2013 (34)

dette handler om f.eks. udredning af kræft eller transport til strålebehandling, pleje af cancersår eller administrering af medicin i relation til kemo- eller strålebehandling.

De 460 hændelser fra primærsektoren er rapporteret af forskellige faggrupper, som anført herunder (tabel 5).

Tabel 5: Rapporterede hændelser fordelt på faggrupper (n=460)

Rapporterende faggruppe	Antal	(%)
Sygeplejefagligt personale	263	(57)
Lægeligt personale	86	(19)
Ukendt	41	(9)
Andet personale*	17	(4)
Plejepersonale	14	(3)
Sundhedsfaglig visitator	11	(2)
Ambulance personale	9	(2)
Socialfagligt personale	6	(1)
Træner	5	(1)
Farmaceut	4	(1)
Lægeseekretær	4	(1)

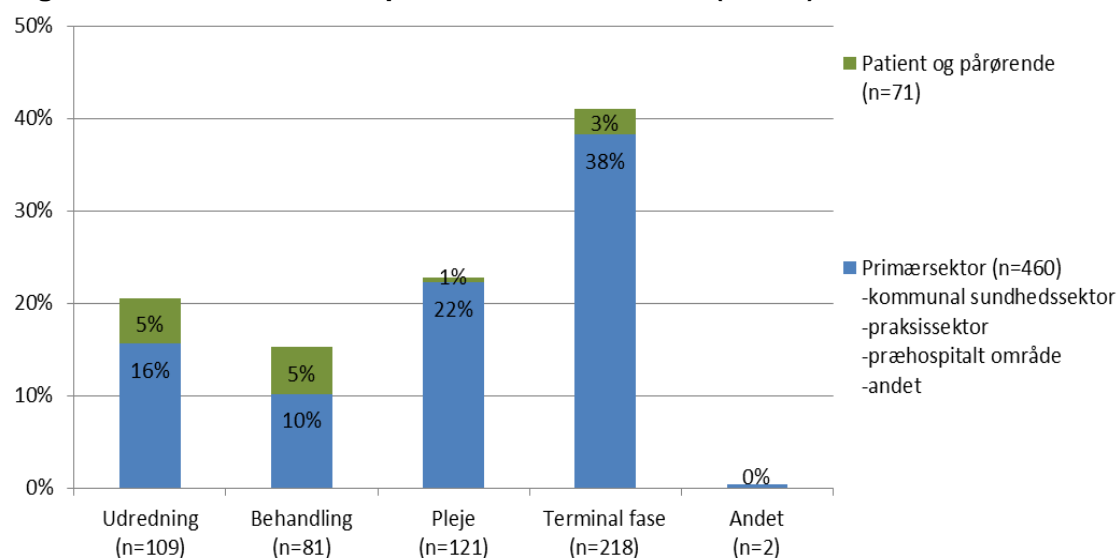
*Inkl. pædagog, klinisk personale, teknisk personale, administrativt personale og andet personale.

Tabellen viser, at det sygeplejefaglige personale rapporterer den største andel af hændelserne fra primærsektoren (57 %), efterfulgt af det lægefaglige personale (19 %), plejepersonalet (3 %), visitatorer (2 %) og ambulancepersonale (2 %). I en del af hændelserne er det ikke oplyst, hvilken faggruppe rapportøren tilhører (9 %).

4.2 Kræftforløbet

Figur 2 viser de 531 hændelser fordelt på faser i kræftforløbet, jf. afsnit 3.2.4.

Figur 2: Hændelser fordelt på faser i kræftforløbet (n=531)



Af figuren fremgår det, at en stor andel af de rapporterede hændelser omhandler sundhedsvæsenets indsatser i den terminale fase¹⁶ (41 %) efterfulgt af indsatser i pleje/rehabiliteringen (23 %) og i udredningsforløb (21 %).

I tabel 6 uddybes sammenhængen mellem rapportørgruppe og hændelsernes placering i kræftforløbet.

Tabel 6: Faser i kræftforløbet fordelt på rapportørgruppe (n=529*)

Rapportør	Faser	Udredning antal (%)	Behandling antal (%)	Pleje antal (%)	Terminal antal (%)
Patienter og pårørende (n=71)		26 (5)	27 (5)	3 (1)	15 (3)
Primærsektor (n= 458)*, heraf		83 (16)	54 (10)	118 (22)	203 (38)
• Kommunal sundhedssektor (n=334)		11 (2)	49 (9)	94 (18)	180 (34)
• Praksissektor (n=97)		72 (14)	4 (1)	12 (2)	9 (2)
• Præhospital (n=15)		0 (0)	0 (0)	10 (2)	5 (1)
• Andet (n=12)		0 (0)	1 (0)	2 (0)	9 (1)
I alt (n=529)		109 (21)	81 (15)	121 (23)	218 (41)

*2 hændelse fra primærsektor, hhv. kommunal sundhedssektor (n=1) og præhospital (n=1) er ikke medtaget, da de placeres i under 'andet kræftforløb'.

I tabellen ses, at hændelser som rapporteres fra kræftpatienter og deres pårørende oftest omhandler udredning og behandling. Den kommunale sundhedssektor rapporterer flest hændelser om kræftpatienter i den terminale fase (34 %), i pleje/rehabilitering (18 %) eller i behandling (9 %). Praksissektoren rapporterer flest hændelser om indsatser i udredning (14 %). Det præhospitale område rapporterer flest hændelser omkring plejeforløbet (2 %).

¹⁶ Terminalfase forstås den periode, hvor kræftpatientens tilstand er stærkt fysisk svækket og hvor den forventede restlevetid er kort.

4.3 Hændelsessted

Mange utilsigtede hændelser opdages og rapporteres fra et andet sted (rapportørgruppe) end der, hvor hændelsen er sket (hændelsessted). I tabel 7 ses hvorfra hændelser er rapporteret og hvor hændelsen har fundet sted.

Tabel 7: Hændelser fordelt på hændelsessted og rapportører (n=531)

Rapportører	Hændelsessted														I alt			
	Regional	Kommunal sundhedssektor							Anden regional			Privat	I alt					
	Offentlige sygehuse	Plejebolig	Hjemmesygepleje	Hjemmepleje	Andet	Sundhedscentre	Træning	Sociale botilbud	I alt	Almen praksis	Vagtlæge	Speciallæge		Præhospitalet		Apotek	I alt	Privathospital
Patient og pårørende (n=71)	65	2	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	3	-	71
Primærsektor (n=460), heraf	220	50	49	35	15	6	5	1	161	46	9	8	9	5	78	1	460	
Kommunal sundhedssektor (n=335)	160	49	48	34	10	6	5	1	153	13	4	0	2	3	22	-	335	
Praksissektor (n=97)	51	-	1	1	1	-	-	-	3	32	1	8	1	-	42	1	97	
Præhospitalet (n=16)	4	1	-	-	2	-	-	-	3	-	3	-	6	-	9	-	16	
Andet* (n=12)	5	-	-	-	2	-	-	-	2	1	2	-	-	2	5	-	12	
I alt (n=531)	285	52	50	35	15	6	5	1	164	49	9	8	9	5	81	1	531	
(%)	(54)								(31)						(15)	(0)	(100)	

*inkl. hospice n=5, apotek n=4, andet n=3.

Af tabellen ses, at mere end halvdelen af hændelserne vedrører offentlige sygehuse (54 %). Herefter følger hændelser vedrørende den kommunale sundhedssektor (31 %) og praksissektoren, præhospitalet og apotek (15 %). Det skal bemærkes, at tabellen baserer sig på rapportørens afkrydsning af hændelsessted og at det ved gennemlæsning af hændelsesbeskrivelserne ofte fremgår, at hændelsen involverer flere parter, f.eks. både primærsektoren og de offentlige sygehuse, hvilket dog ikke fremgår af kategoriseringen. Tabellen skal endvidere læses under hensynstagen til, at rapporteringspligten for den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og det præhospitale område netop omfatter hændelser som opstår i overgange mellem primær- og sekundærsektoren, jf. tabel 1.

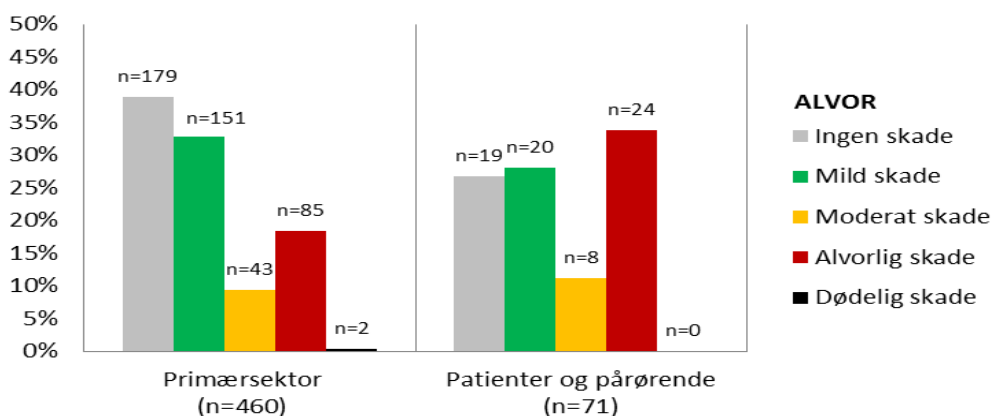
4.4 Konsekvens

Konsekvensen af de 531 kræftrelaterede hændelser er klassificeret efter den faktuelle fysiske skades alvorlighed (tabel 2, afsnit 3.1). Beskrivelsen af de fysiske skader suppleres af en angivelse af hændelsernes psykiske konsekvens for kræftpatienterne og organisatoriske konsekvens for sundhedsvæsenet/de sundhedsprofessionelle.

4.4.1 Fysiske konsekvenser

Hovedparten af de rapporterede kræftrelaterede hændelser skader kræftpatienterne fysisk (63 %, 337 hændelser). Således fører over halvdelen af hændelser rapporteret fra primærsektor til fysisk patientskade (61 %, 281 hændelser), mens næsten tre-fjerdele af hændelserne rapporteret fra kræftpatienter skader kræftpatienten fysisk (73 %, 52 hændelser).

Figur 3: Alvorlighed – fysisk skade (n=531)



I figuren ses, at cirka hver femte hændelse rapporteret fra primærsektor medfører alvorlig skade (18 %), hvor det tilsvarende ses i hver tredje hændelse fra kræftpatienter (34 %). De alvorlige hændelser fra primærsektor samt fra kræftpatienter og pårørende inkluderer både direkte fysisk skade (hhv. 1 % og 4 %) og indirekte fysisk skade (hhv. 17 % og 30 %), da betydelig forsinkelse i kræftudredningen eller i kræftbehandlingen skønsmæssigt i denne analyse er vurderet som alvorlig skade. Endvidere ses i figuren, at cirka hver tiende hændelse rapporteret fra primærsektor medfører moderat skade (9 %) og hver tredje hændelse mild skade (33 %), svarende til hændelser fra kræftpatienter (henholdsvis 11 % og 28 %).

I hændelser med alvorlig skade (21 %, 109 hændelser) beskrives bl.a. følgende konsekvenser hos kræftpatienten; tab af førlighed, varig nyreskade, tarmperforation (med efterfølgende stomi) og hjertestop (patienten overlever). I 99 hændelser (19 %) beskrives betydelig forsinkelse¹⁷ i kræftudredningen eller kræftbehandlingen.

I hændelser med moderat skade (10 %, 51 hændelser) beskrives bl.a. følgende konsekvenser hos kræftpatienten; mistet muskelmasse, mistet førlighed, føleforstyrrelse,

¹⁷ Forsinkelse mere end 2 dage, som konsekvens af hændelsen, er både klassificeret alvorlig skade og kodet 'forsinkelse'. Forsinkelse på 2 dage eller mindre, er klassificeret som mild skade men ikke kodet som forsinkelse. Hændelser, som er afværget inden det førte til forsinkelse, er konsekvensen klassificeret som ingen skade (ikke kodet som forsinkelse).

brækket skinneben, forkommen/kold, dehydrering, underernæring, udvikling af decubitus, udvikling af lungeødem, lavt blodsukker, bevidstløshed, lav INR som førte til gastrointensinal blødning og behov for blodtransfusion, bestråling af forkert område ved stråleterapi, hjerterytmeforstyrrelser (pga. højt kaliumniveau), absces og blodforgiftning. Konsekvenserne har alle, bortset fra tryksår, medført øget behandlingsniveau, dvs. behov for behandling ved vagtlæge/112, (akut)indlæggelse eller genindlæggelse.

I hændelser med mild skade (32 %, 171 hændelser) beskrives bl.a. følgende konsekvenser hos kræftpatienten; smerter, sløv/træt/sovende, kvalme/opkast, obstipation, ubehag, blå mærker, blodsukkerpåvirket, abstinenser, hallucinationer, ødemer, manglende ernæring, blærebetændelse, at være faldet, at have modtaget insufficient pleje, at have modtaget fejlmedicinering. Særligt i hændelser, hvor kræftpatienter i et terminal forløb, beskrives uønskede indlæggelser på hospital op til død, uønskede genoplivningsforsøg, forsinkede/manglende (smerte)behandling eller plejeindsatser.

4.4.2 Psykiske og organisatoriske konsekvenser

Psykiske konsekvenser for kræftpatienterne fremgår i 79 hændelser rapporteret af primærsektor (17 %) og i 20 hændelser fra patienter og deres pårørende (28 %).

Organisatoriske konsekvenser fremgår i 359 hændelser¹⁸ rapporteret af primærsektor (78 %) og i 42 hændelser¹⁹ fra kræftpatienter og deres pårørende (59 %). Det skal bemærkes, at hovedparten af de i alt 401 hændelser med organisatoriske konsekvenser ikke forårsager skade eller kun minimalt skader kræftpatienten (63 %, 253 hændelser).

¹⁸ Organisatorisk konsekvens beskrives i 243 hændelser (ingen eller mild skade) som sammenlægges med de 126 hændelser med moderat og alvorlig skade, der qua definitionen indbefatter et øget ressourcetræk.

¹⁹ Organisatorisk konsekvens beskrives i 10 hændelser (ingen eller mild skade) som sammenlægges med de 32 hændelser med moderat og alvorlig skade, der qua definitionen indbefatter et øget ressourcetræk.

4.5 Hændelsestyper

De 531 utilsigtede hændelser har givet anledning til registreringer af 1175 hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,2 hændelsestype pr. hændelse. Herunder ses de anvendte hændelsestyper, fordelt på rapportørerne (tabel 8).

Tabel 8: Hændelsestyper fordelt på rapportør

Hændelsestype	Rapportør	Patienter & pårørende (n=71)		Primærsektor (n=460)		I alt (n=531)	
		antal	(%)*	antal	(%)*	antal	(%)*
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation		47	(66)	344	(75)	391	(74)
Administrativ proces		25	(35)	302	(66)	327	(62)
Medicinering		16	(23)	200	(43)	216	(41)
Klinisk proces		46	(65)	63	(14)	109	(21)
Individ, team og organisation		6	(8)	53	(12)	59	(11)
Medicinsk udstyr		3	(4)	29	(6)	32	(6)
Patientuheld		1	(1)	16	(3)	17	(3)
Bygninger og infrastruktur		2	(3)	13	(3)	15	(3)
Infektion		1	(1)	7	(2)	8	(2)
Gasser og luftarter		0	(0)	1	(0)	1	(0)
Blod		0	(0)	0	(0)	0	(0)
Selvskade, selvmord		0	(0)	0	(0)	0	(0)
Anden utilsigtet hændelse		0	(0)	0	(0)	0	(0)

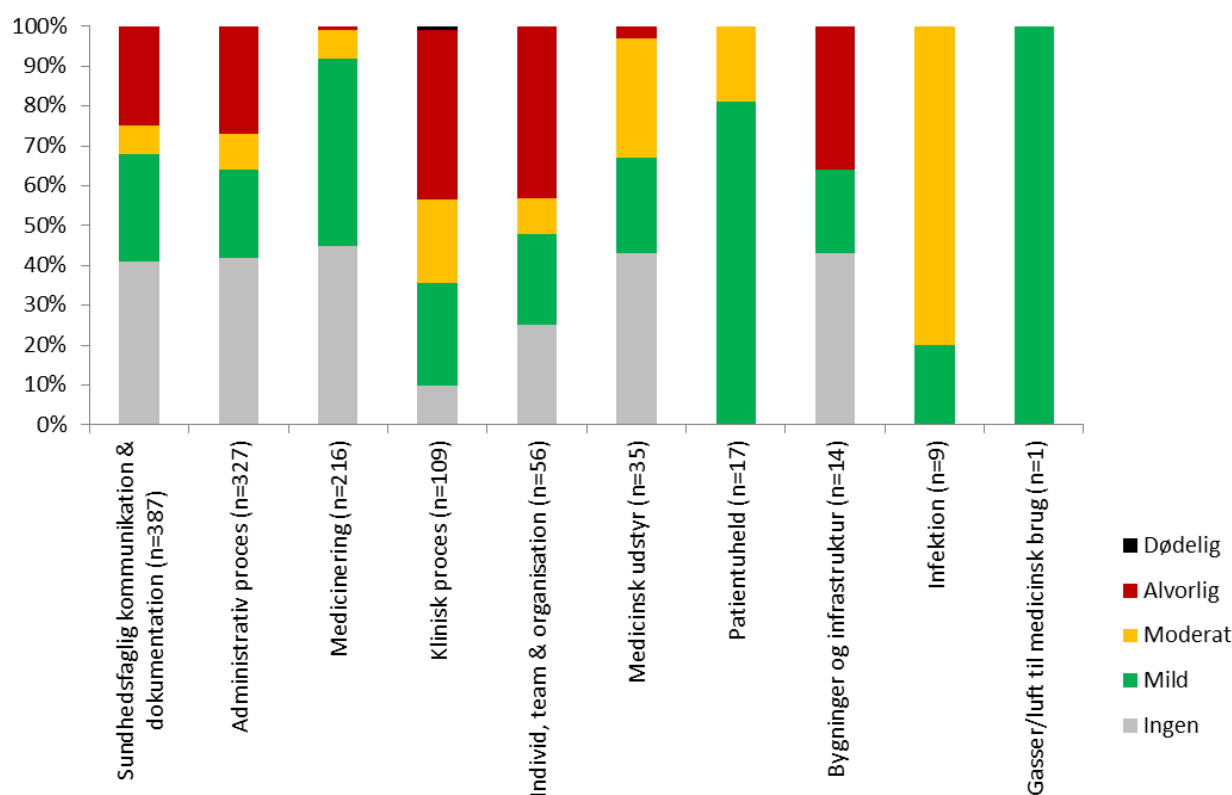
*Procentandele i alt og for hver rapportør summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (det totale antal hændelsestyper, n=1175).

Som det fremgår af tabel 6, omhandler hovedparten af de kræftrelaterede hændelser sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (74 %) og administrative processer (62 %). Herefter følger hændelser vedrørende medicinering (41 %) og kliniske processer (21 %). Det ses at de sundhedsprofessionelle i primærsektor og kræftpatienterne og deres pårørende rapporterer de forskellige hændelsestyper i varierende omfang. Forskelle afspejler både, at nogle problemstillinger har særligt fokus hos rapportørerne og at de to rapportørgrupper har forskellige forudsætninger samt muligheder for at identificere utilsigtede hændelser.

4.5.1 Supplerende analyse af alvorlighed og hændelsestype

Af figur 4 fremgår alvorligheden i de forskellige hændelsestyper i det samlede materiale.

Figur 4: Alvorlighed fordelt på hændelsestyper* (n=531)



*Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver hændelsestype (i alt 175, 1028 fra primærsektor og 147 fra kræftpatienter).

Af figuren ses, at der hovedsageligt forekommer alvorlige skade i hændelser som vedrører klinisk proces og individ, team & organisation, efterfulgt af administrativ proces og sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation. De to hændelser, der fører til død, er af typerne medicinering og klinisk proces.

Særligt hændelsestypen klinisk proces forårsager skade på kræftpatienten (90 %) med en stor andel alvorlige og moderate skader. For de 3 hyppigste hændelsestyper (sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, administrativ proces, medicinering) ser det ud til, at de i mere end halvdelen af hændelserne skader kræftpatienten, medicineringshændelser oftest dog i mild grad, men i enkelte tilfælde være fatal. Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation og administrativ proces, ses at skade kræftpatienterne alvorligt i cirka hver fjerde hændelse. Begge hændelsestyper kan relateres til sektorovergange som for de for de sundhedsprofessionelle er rapporteringspligtig. Taget i betragtning, at hændelsestyperne medicinsk udstyr, patientuheld og infektion også er rapporteringspligtige for de sundhedsprofessionelle, omhandler få af de kræftrelaterede hændelser disse sikkerhedsproblematikker.

5 Resultater fra den kommunale sundhedssektor

5.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser

Af de 460 kræftrelaterede hændelser rapporteret fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren, er 335 hændelser fra den kommunale sundhedssektor (73 %) dvs. plejeboliger, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, sundheds- og sygeplejecentre, træningstilbud og sociale botilbud.

De forskellige faggrupper, som har rapporteret de 335 hændelser fra den kommunale sundhedssektor, ses i tabel 9.

Tabel 9: Rapporterede hændelser fordelt på faggrupper i den kommunale sundhedssektor (n=335)

Faggrupper	Antal	(%)
Sygeplejefagligt personale	259	(77)
Ukendt	29	(9)
Plejepersonale	14	(4)
Andet personale*	12	(4)
Sundhedsfaglig visitator	11	(3)
Socialfagligt personale	6	(2)
Træner	4	(1)

*Omfatter andet personale (n=9), administrativ (klinisk) personale (n=2) og pædagogisk personale (n=1)

Tabellen viser, at det sygeplejefaglige personale rapporterer langt den største andel af hændelser (77 %), efterfulgt af pleje- og andet personale (8 %) og sundhedsfaglige visitatorer (3 %). I en del af hændelserne har rapportøren ikke oplyst faggruppe (9 %). Fordelingen i tabellen ligner ikke den generelle sammensætning i den kommunale sundhedssektor som, ifølge Sundhedsstyrelsen, består af 86 % sosu-assistenters og -hjælpere, 11 % sygeplejersker og ca. 3 % fysioterapeuter, ergoterapeuter, visitatorer (16, 21).

Fundet af en stor andel sygeplejefagligt personale i de kræftrelaterede hændelser, kan afspejle, dels at tradition for eller fokus på patientsikkerhed i uddannelses- og kvalifikationskurser er forskellig blandt faggrupperne, dels at kompleksiteten i plejeindsatser til kræftpatienter i den kommunale sundhedssektor er høj og særlige problemstillinger, såsom terminal pleje og medicinering, nødvendiggør specifikke kvalifikationer, i dette tilfælde sygeplejekompetencer. Det skal dog bemærkes, at rapporteringsplatformen i DPSD aktuelt ikke tilgodeser sosu-assistenters eller -hjælpere at rapportere som selvstændige faggrupper.

5.2 Kræftforløbet

De 335 hændelser fordeler sig på faser i kræftforløbet, som vist i tabel 10.

Tabel 10. Hændelser fordelt på faser i kræftforløbet (n=335)

Faser	Antal	(%)
Udredning og diagnostisk af kræftsygdom (inkl. tilbagefald/spredning ²⁰)	11	(3)
Behandlingsforløb (inkl. opfølgingsforløb ²¹)	49	(15)
Pleje/rehabilitering ²² i den kommunale sundhedssektor	94	(28)
Terminalfase (herunder plejeindsats og smertelindring)	180	(53)
Andet	1	(0)

I tabellen ses, at hovedparten af hændelserne omhandler indsatser til patienter i den terminale fase af deres kræftforløb (53 %). Herefter følger hændelser i plejeforløb (28 %) og i forbindelse med behandling (15 %).

Fundene kan afspejle, at sundhedsvæsnets indsats til terminale kræftpatienter²³ primært varetages i den kommunale sundhedssektor, i et tæt samarbejde med hospitalsafdelinger, egen læge/vagtlæge, palliative enheder og apoteker. Det skal dog bemærkes, at andelen af hændelser i de forskellige forløb (inklusive den terminale fase), ikke siger noget om, hvor sikkerheden er bedst. Tallene udtrykker hvor mange hændelser der er rapporteret – ikke hvor mange hændelser der rent faktisk har fundet sted.

²⁰ Uanset om dette opdages i eller udenfor planlagt opfølgning/screening.

²¹ Betegnelse for opfølgingsforløb, som foruden fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald ved klinisk undersøgelse, også har fokus på rehabilitering og senfølger, både af fysisk og psykisk karakter.

²² Hændelser, hvor der ikke beskrives behandling eller udredning for kræft.

²³ Terminal indsats tilstræber at lindre symptomer og sikre livskvaliteten, i en balance mellem hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden.

5.3 Hændelsessted

Mange utilsigtede hændelser opdages et andet sted i sundhedsvæsenet end der, hvor hændelsen er sket. I tabel 11 ses hændelsessted for de 335 hændelser rapporteret fra den kommunale sundhedssektor.

Tabel 11: Hændelsessted (n=335)

Hændelsessted	Antal	(%)
Sekundær sektor (offentlige sygehuse)	160	(47)
Primærsektor, heraf	175	(53)
Den kommunale sundhedssektor	153	(46)
• Plejebolig	49	(15)
• Hjemmesygepleje	48	(14)
• Hjemmepleje	34	(10)
• Andet	10	(3)
• Sundhedscentre	6	(2)
• Træning	5	(1)
• Sociale botilbud	1	(<1)
Praksissektor	17	(5)
• Almen praksis	13	(4)
• Vagtlæge	4	(1)
Apotek	3	(1)
Det præhospitale område	2	(1)

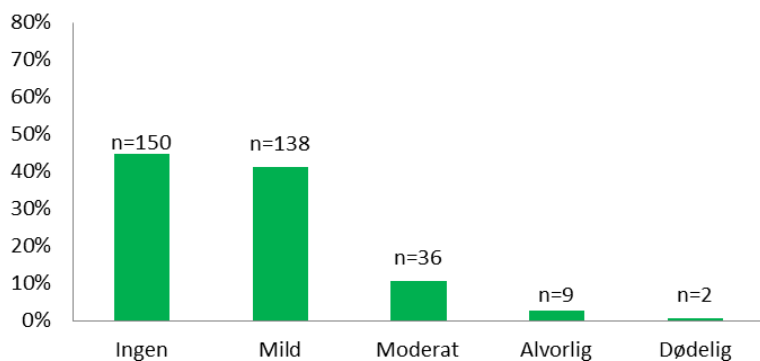
Af tabellen fremgår, at en stor andel af hændelserne vedrører offentlige sygehuse (47 %) og den kommunale sundhedssektor (46 %), mens en mindre andel af hændelserne vedrører praksissektoren (5 %). Tabellen skal også læses under hensynstagen til, at rapporteringspligten for primærsektoren omfatter utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange, dvs. i samarbejdet med sygehusene omkring kræftpatienterne, hvorfor der må forventes at være et særligt fokus på rapportering af disse hændelser i den kommunale sundhedssektor.

5.4 Konsekvens

5.4.1 Fysiske konsekvenser

Halvdelen af de hændelser, som er rapporteret fra den kommunale sundhedssektor, fører til at kræftpatienterne skades fysisk (55 %, 185 hændelser); 41 % medfører milde skader, 11 % moderate skader, 3 % alvorlige skader og 2 hændelser resulterer i død (<1 %). De resterende 45 % af hændelserne har ingen konsekvens for kræftpatienten (figur 5). Blandt de alvorlige hændelser, forårsager en enkelt hændelse direkte fysisk skade på patienten (<1 %) mens 8 hændelser forårsager indirekte fysisk skade, i form af forsinkelse i kræftudredning eller kræftbehandling (3 %).

Figur 5: Alvorlighed – fysisk skade (n=335)



To hændelser har dødelig udgang for kræftpatienten. Den ene hændelse omhandler et akut forløb, hvor en terminal kræftpatient udvikler svære vejrtrækningsproblemer og dør efterfølgende som følge af en for stor dosis af morfin (se eksempel). Den anden hændelse beskriver et længerevarende patientforløb på plejehjem, hvor der forekommer flere små svigt i den række af processer, der understøtter at observationer videregives og ordinerede indsatser ydes. Manglende dokumentation af afføring resulterer således i, at der ikke reageres i tide på ændring i kræftpatientens tilstand, og denne dør som følge af ileus.

Ved alvorlig skade beskrives bl.a. følgende fysiske konsekvenser hos patienten; udvikling af livstruende lungeødem (patienten overlever) og betydelig forsinkelse²⁴ i kræftudredningen eller kræftbehandlingen.

Ved moderat skade beskrives bl.a. følgende fysiske konsekvenser hos kræftpatienten; brækket skinneben, mistet muskelmasse, mistet førlighed, infektion, lungeødem, forkøbet/kold, dehydrering, underernæring, udvikling af tryksår, lavt blodsukker og bevidstløshed. Disse konsekvenser har alle medført øget behandlingsniveau, herunder behov for behandling ved vagtlæge/opkald til 112, (akut)indlæggelse eller genindlæggelse. Særligt ved terminale kræftpatienter ses, at både overdosering eller underdosering af smertelindrende/symptomlindrende medicin resulterer i indlæggelser (pga. udvikling af bevidstløshed og behov for kompleks smertebehandlingsniveau eller lungeødem).

Ved mild skade beskrives bl.a. følgende fysiske konsekvenser hos kræftpatienten; smerter, sløv/træt/sovende, kvalme/opkast, obstipation, ubehag, uro, snurren i ben, blå mærker, ødemer, manglende ernæring, at være faldet, at modtage insufficient pleje/behandling i hjemmet (f.eks. udeblevet eller forsinket plejeindsats/behandling), at modtage insufficient behandling under indlæggelse, at modtage fejlbehandling (f.eks. over-/undermedicinering af insulin, vanddrivende, morfika, beroligende osv.). Ved kræftpatienter i den terminale fase beskrives over-/underbehandling af smerter/symptomlindring, ukoordinerede forløb, hvor patienter mangler eller skal vente på relevant indsats såsom hjælpemidler, sufficient smerteplan, plejeindsats, terminalerklæringer og medicin(ordinationer). Desuden beskrives genoplivningsforsøg, akutte indlægges på hospital og død på hospital, ønsket om at dø i eget hjem og eller terminalerklæring.

²⁴ Forsinkelse på enkelte dage er klassificeret som mild skade og ikke kodet som forsinkelse. Desuden er hændelser, som er afværget inden det medførte forsinkelse, klassificeret med ingen skade og ikke kodet som forsinkelse.

Eksempler på hændelser fra den kommunale sundhedssektor med forskellig fysisk skade

Dødelig	Ved en terminal patient gives en for stor dosis morfin (mikstur a 10 mg/ml). Ordinationen var på 10 mg, men der gives 10 ml (dvs. 100mg). Patienten trækker vejret og kan vækkes, men efter konferering med læge bestilles transport med henblik på indlægges. I mellemtiden forværres tilstanden og der ringes 112. Patienten får modgift ved akutlægen, vågner op og kan med støtte flytte sig over på båren. På afdelingen bliver han i løbet af aftenen mere ukontaktbar og dør ca. 19 timer efter fejlmedicineringen.
Alvorlig	Borgeren har sår under venstre bryst. Der er ingen opheling og plejepersonale egen læge kontaktes flere gange mhp. sårdiagnose. Plejepersonale tilkendegiver, at der synes at være mistanke om malignitet, men dette afvises af lægen gang på gang. Seks måneder senere ved mammografi konstateres der knuder og kræftdiagnose stilles.
Moderat	Borgeren er sengeliggende, smertepåvirket og terminal cancerpatient. Plejepersonalet på sygehuset havde vurderet, at der var behov for en anti-decubitus madras. Ifølge visitator ville denne blive medsendt patienten. Madrassen blev først leveret 3 dage efter, her havde patienten udviklet begyndende tryksår på os sacrum (korsbenet).
Mild	Hukommelsessvækket patient har været indlagt pga. recidiv af coloncancer, men har her ikke kunnet redegøre for sin medicin. Jeg kontakter sygehusafdelingen for at høre, om der er medicinændring, idet der ikke er kommet en medicinliste med hjem. Sygeplejersken oplyser, at der ikke er oprettet medicinskema og borger derfor i flere dage ikke har fået sin vanlige medicin, herunder hjertepræparater.
Ingen	Ved modtagelse af borger med c colon og metastaser til lever og knogler, var det aftalt med personalet på sygehusafdelingen, at han udskrives med tryghedskasse og at der medsendes smerteplan, opdateret medicinskema og doseringsæsker til en uge. Da vi skal til at give medicinen fra æskerne, opdager sygeplejersken, at patientens medicinliste og doseringsæsker ikke stemmer overens. Desuden er der ikke medgivet ordinationer på de 5 præparater der er i tryghedskassen. Afdelingen kontaktes mhp. faxning af medicinlisten og ordinationerne. Der kommer en fax med medicinlisten og ordination på 2 af præparaterne i tryghedskassen. Afdelingen kontaktes igen. De vil faxe ordination på de sidste 3 præparater. Afdelingen kontaktes igen dagen efter da faxen ikke er modtaget. Der loves igen at der sendes en fax med ordinationerne.

5.4.2 Psykiske og organisatoriske konsekvenser

Psykiske konsekvenser for kræftpatienterne fremgår i 71 af de 335 kræftrelaterede hændelser som den kommunale sundhedssektor rapporterer (25 %). De psykiske konsekvenser beskrives som, at kræftpatienterne er kede af det, frustrerede, vrede, bange, utrygge ved egen situation, oplever at have mistillid til sundhedsvæsnet og oplever ikke at kunne håndtere deres situation derhjemme. Særligt i hændelser, hvor kræftpatienten er i et terminalt forløb, beskrives uværdige eller uønskede situationer/forløb op til død.

Organisatoriske konsekvenser fremgår i 260 hændelser²⁵ fra den kommunale sundhedssektor (78 %). I hændelser med organisatorisk konsekvens fremgår det af fritekstbeskrivelserne, at tilrettelæggelsen af arbejdet i den kommunale sundhedssektor er påvirket, såsom at de sundhedsprofessionelle bruger tid på at håndtere konsekvenserne, hvis hændelsen er sket, eller på at afværge hændelsen og sikre at hændelsen ikke gentager sig. Der beskrives, at der bruges tid på at ringe til op til flere sundhedsprofessionelle både internt og tværsektorielt, af andre sundhedsprofessionelle afbrydelse, at behandlingsniveau både i kommunalt regi og på hospitaler øges (f.eks. flere besøg/tættere observation/tilsyn af

²⁵ Organisatorisk konsekvens fremkommer ved at sammenlægge hændelser, hvor der i fritekst er beskrevet organisatorisk konsekvens med hændelser, hvor der qua definitionen af faktisk fysisk skade indbefatter et øget behandlingsniveau ressourcestræk. Organisatorisk konsekvens beskrives i 215 hændelser (ingen eller mild skade) og i 45 hændelser med moderat og alvorlig skade.

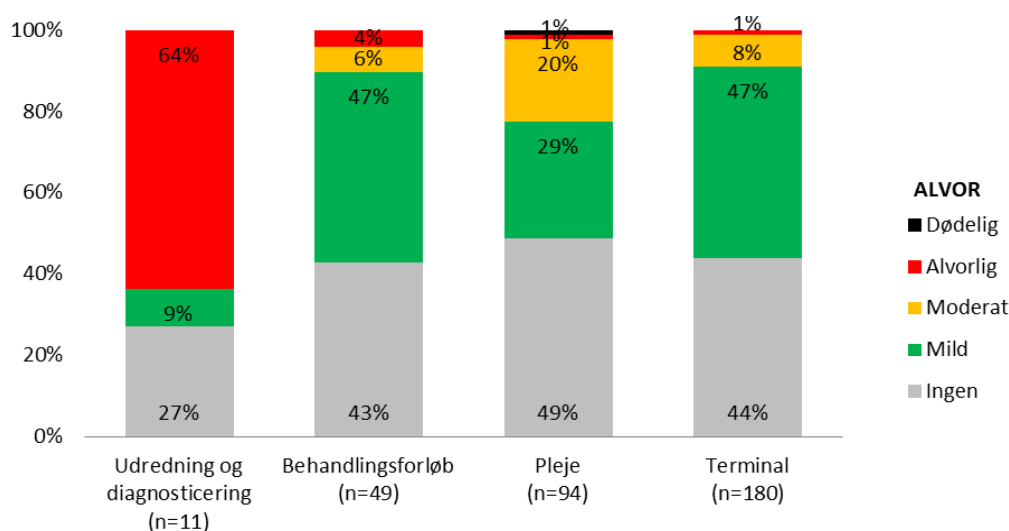
vagtlæge/hospitalsindlæggelse), at plejebesøg forlænges, aftaler/besøg hos næste patient ændres eller aflyses, at kræftpatientens bookede aftaler ændres, at kræftpatienter modtager ineffektiv behandling/plejeindsatser, dvs. plejeforløbet forlænges.

Det skal bemærkes, at hovedparten af hændelserne med organisatorisk konsekvens ikke skader eller kun minimalt skader kræftpatienten fysisk (82 %, 215 hændelser).

5.4.3 Alvorlighed og kræftforløbet

Figur 6 giver et overblik over kræftforløbet og hændelsernes alvor (faktuel fysisk skade).

Figur 6: Hændelsernes alvorlighed fordelt på kræftforløbet (n=334*)



* Andet forløb (n=1) er ikke vist.

Af figuren ses, at hovedparten af hændelser, som har medført alvorlig skade, optræder i udredningsforløb (64 %). Hændelser med moderat skade optræder især i plejeforløb (20 %) og hændelser med mild skade ses typisk i relation til behandling (47 %) og terminale forløb (47 %). De 2 hændelser, der har medført død, er sket i hhv. plejeforløb (1 %) og i et terminalt forløb (<1 %)²⁶.

Skaden af hændelser, hvor kræftpatienten er i et terminalt forløb adskiller sig ikke fra hændelser i de øvrige dele af forløbet. Dog er andelen af moderat skade mindre end ved plejeforløb, hvilket kan indikere, at der ved patienter i den terminale fase er flere besøg dagligt af de sundhedsprofessionelle – og dermed større mulighed for at forhindre en hændelse i at udvikle sig (eksempelvis tryksår eller fejlmedicineringer, som resulterer i indlæggelser).

²⁶ I søjlen med terminale forløb, er hændelsen som medførte død ikke mulig at se, pga. andelen er <1 %.

Eksempler på hændelser i den terminal fase

Uønsket død

Terminal prostatakræft beboer kommer til akut røntgen med henblik på behandling for lungebetændelse. Beboer er terminal og vil ikke indlægges. På hospitalet bliver beboer alligevel indlagt og dør derved på hospitalet imod sit ønske, trods egen læge mener at den lindrende behandling kan foregå hjemme.

Uværdigt forløb

Vi modtager en ny borger fra sygehuset fredag til midlertidigt ophold på Plejecentret. Borger er allerede da dårlig med kendt cancersygdom. Næste dags morgen bliver borgeren akut dårlig og i samråd med sygeplejerske kaldes 112. Borgeren er livløs da Falck ankommer og der startes genoplivning. Datter kontaktes og oplyser, at moren på sygehuset er blevet erklæret terminal og frabad sig genoplivning, og at det blev noteret i journalen. Først ved kontakt til sygehusafdelingen bekræftes dette - hvorefter genoplivning kan indstille.

5.5 Hændelsestyper

5.5.1 Hovedkategorier, procestrin og problemkategorier

De 335 hændelser fra den kommunale sundhedssektor har givet anledning til 744 registreringer af hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,2 hændelsestype pr. hændelse.

Herunder ses de anvendte hændelsestyper (tabel 12).

Tabel 12: Hændelser fordelt på hændelsestype (n=335)

Hændelsestyper	Antal	(%)*
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	236	(70)
Administrativ proces	197	(59)
Medicinering	182	(54)
Klinisk proces	41	(12)
Medicinsk udstyr	32	(10)
Bygninger og infrastruktur	29	(9)
Infektion	15	(4)
Individ, team og organisation	6	(2)
Patientuheld	5	(1)
Gasser og luftarter	1	(0)
Blod	0	(0)
Selvskade, selvmord	0	(0)
Anden utilsigtet hændelse	0	(0)

*Procentandelene summerer optil mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (i alt 744).

I tabellen ses, at de hyppigst forekommende hændelsestyper er sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (70 %), administrative proces (59 %) og medicinering (54 %).

%) efterfulgt af klinisk proces (11 %) og individ, team & organisation (10 %). Fordeling på proces- og problemkategorier²⁷ ses herunder:

1. **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation**, 236 hændelser (70 %), heraf
 - Mellem sektorer, 159 hændelser (67 %)
 - Journal/vurderinger/henvisninger/epikriser, 119 hændelser (75 %)
 - uklare/ufuldstændige/manglende, 98 hændelser (82 %)
 - forsinket adgang til dokument, 10 hændelser (8 %)
 - Rekvisition/recept, 21 hændelser (13 %)
 - uklare/ufuldstændige/manglende, 19 hændelser (90 %)
 - Indenfor team, 33 hændelser (14 %)
 - Journal/vurderinger/henvisninger/epikriser, 18 hændelser (55 %)
 - uklare/ufuldstændige/manglende, 9 hændelser (50 %)
 - Brev/e-mail/anden korrespondance, 10 hændelser (30 %)
 - Mellem teams, 19 hændelser (8 %)
 - Journal/vurderinger/henvisninger/epikriser, 10 hændelser (53 %)
 - Med patient og pårørende, 16 hændelser (7 %)
2. **Administrativ proces**, 197 hændelser (59 %), heraf
 - Udskrivelser, 147 hændelser (75 %)
 - ufuldstændig/utilstrækkeligt udført, 90 hændelser (61 %)
 - ikke udført eller ikke udført til rette tid, 48 hændelser (33 %)
 - Indlæggelse/modtagelse, 17 hændelser (9 %)
 - ikke udført eller ikke udført til rette tid, 10 hændelser (59 %)
 - ufuldstændig/utilstrækkeligt udført, 6 hændelser (35 %)
 - Behandlingsforløb/patientforløb, 12 hændelser (6 %)
 - Overdragelse af ansvar, 9 hændelser (4 %)²⁸
 - Reaktion på nødsituationer, 7 hændelser (4 %)
3. **Medicinering**, 182 hændelser (54 %), heraf
 - Dispensering, 61 hændelser (34 %)
 - forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet, 37 hændelser (61 %)
 - forkert proces, proces ikke/mangelfuld udført, 17 hændelser (28 %)
 - Dokumentation, 43 hændelser (24 %)
 - forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet, 35 hændelser (81 %)
 - Ordination, 39 hændelser (21 %)
 - forkert proces, proces ikke/mangelfuld udført, 24 hændelser (62 %)
 - Recepthåndtering, 14 hændelser (8 %)
4. **Klinisk proces**, 41 hændelser (12 %), heraf
 - Pleje, genoptræning og terapi, 24 hændelser (60 %)
 - ikke udført, 11 hændelser (46 %)
 - ufuldstændigt udført, 7 hændelser (29 %)
 - Behandling og opfølgning, 7 hændelser (17 %)

²⁷ Her præsenteres kun de kategorier og underkategorier som rummer flest hændelser.

²⁸ Da overdragelse af ansvar er hovedelement i alle processtrin, er processtrinnet 'overdragelse af ansvar' udelukkende anvendt hvis 'indlæggelse', 'udskrivelse', 'aftale/henvisning', 'reaktion på nødsituationer' ikke var dækkende.

- forkert proces, 4 hændelser (67 %)

5. **Medicinsk udstyr**, 32 hændelser (10 %), heraf

- Hjælpemidler, 21 hændelser (63 %)
 - Udstyr ikke tilgængelig, 18 hændelser (86 %)

Eksempler på hændelser fra den kommunale sundhedssektor og forskellige hændelsestyper

Administrativ proces	Meget dårlig terminal cancerpatient med en stor hjernetumor bliver udskrevet fra hospital, hvor medicinliste er behæftet med alvorlige fejl, og der ikke er medgivet en sygeplejerapport. Patienten kan ikke redegøre for eget forløb, så jeg ved ikke, hvad der er sket på hospitalet – der er ingen beskrivelse af, hvad der er blevet undersøgt for, resultatet heraf eller den videre plan – og sygeplejersken, som jeg får fat i fra afdelingen, kender ikke patienten men vil få faxet en sygeplejerrapport.
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	Cancerpatient udskrives 2 dage tidligere fra hospital, end der var aftalt med visitationen. Der bliver ikke givet besked til hverken visitationen eller til hjemmeplejen. Sygeplejerske bliver kaldt til hjemmet af pårørende, da de bestilte hjælpemidler er ikke i ankommet til hjemmet (lift, toiletstol, kørestol), og medicinen ikke er doseret som vanligt. Der er brug for ekstra besøg for at afklare forholdene i hjemmet.
Medicinering	Meget dårlig terminal cancerpatient bliver udskrevet fra hospital med en medicinliste behæftet med fejl samt en meget mangelfuld sygeplejerapport. Borgers medicin er ændret på hospitalet, men hospitalet har ikke indtelefoneret recept på den ændrede medicin (2 præparater). Ved det smertestillende medicin viste det sig, at det ikke var meningen, at borger skulle ændres i medicin (hospitalet havde lavet det om, da de ikke havde præparatet - og glemt at ændre det tilbage ved udskrivelse), og tbl. Kalium viste sig at være seponeret ved fejl.
Klinisk proces	Borgeren, som har knoglemetastaser af cancersygdom, skulle op fra sengen i en loftlift. Hjælperen tog fat i begge ben for at få dem fri fra sengen. Da hjælperen tager fat, lyder der et knæk fra højre knæ. Borgeren får voldsomt ondt i knæet og det viser sig, at skinnebensknoelen er flænget under knæet.
Medicinsk udstyr	Borger kommet hjem efter canceroperation med et meget stort tryksår bagpå. Borger er afkræftet og har svært ved at vende sig i sengen, hvorfor der bestilles en anti-decubitusmadras ²⁹ og et glidestykke. Madrassen ankommer men bliver ikke lagt i sengen, da det første hold plejere siger, at de ikke har forstand på det, og det andet hold plejere, som kommer senere på dagen, mener heller ikke, at de er i stand til det.

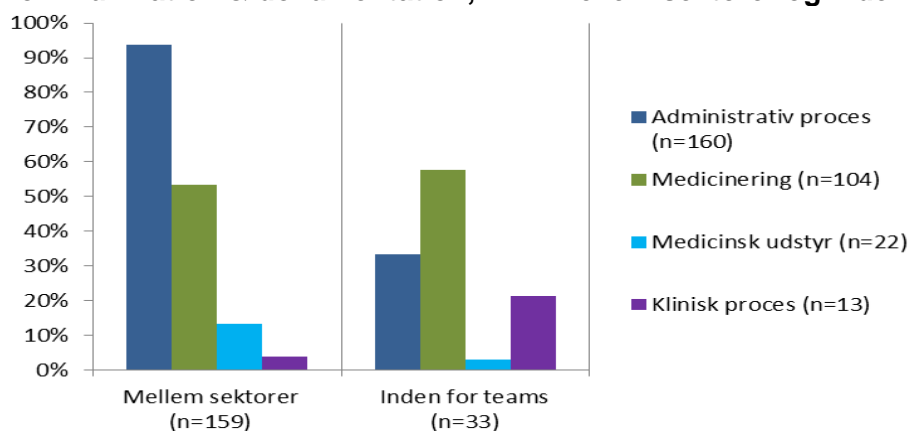
5.5.2 Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation

Brist i den sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation (mundtlig eller skriftlig) er den hyppigst rapporterede hændelsestype i den kommunale sektor. Hændelserne afspejler sikkerhedssvigt, når ansvaret for kræftpatienten eller kræftpatients forløb skifter, typisk mellem sektorer såsom ved udskrivelse fra hospital. Hændelserne omhandler oftest 'uklar, ufuldstændig eller manglende dokumentation' (journaler/vurderinger/henvisninger/epikriser, herunder medicinlister) og 'ufuldstændige/utilstrækkeligt' udskrivelser.

²⁹ En specialmadras med trykdulignende effekt (fordeler kropsvægt på en større flade) som anvendes til at forebygge udvikling af tryksår hos sengeliggende og/eller trykudsatte patienter. Den kan visiteres via kommune/sygehuse og formidles oftest via en hjælpemiddelcentral.

Figur 8 viser, hvordan hændelser, som vedrører sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, yderligere er karakteriseret ved andre hændelsestyper og illustrerer de sikkerhedsproblemer, der optræder i overgange hhv. mellem sektorer og inden for teams.

Figur 8: Hændelsestyper som optræder sammen med brist i sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, hhv. mellem sektorer og indenfor teams (n=192)*



*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper

I figuren ses, at i forbindelse med overgangen mellem plejesektoren og hospitalssektoren synes brist i kommunikationen særlig relateret til to problemstillinger, hovedsagelig koordineringen af udskrivelser (administrativ proces) efterfulgt af medicinering. I forbindelse med overgange inden for samme team, omhandler brist i kommunikationen medicinering og kliniske processer.

Inden for teams peger hændelsesbeskrivelserne på, at hjemmehjælperne ikke altid har mulighed for at tilkalde hjælp eller videregive oplysninger til det sygeplejefaglige personale og omvendt i forbindelse med en klinisk proces eller ved medicinering. Dette gælder dels telefonisk rådgivning (sparring eller anmodning om assistance) og dels mundtlige eller skriftlige aftaler omkring plejeindsatser (f.eks. plejeplaner eller observationer) som ikke efterleves korrekt.

I hændelser mellem den kommunale sektor og sygehussektoren (mellem sektorer), ses forskellige vurderinger af behov for plejeindsats efter udskrivelse (f.eks. sygehuspersonalets vurdering af 'hjem til vanlig hjælp', hvor hjemmeplejen vurderer, at patienten er blevet dårligere end før indlæggelsen). Hændelser omhandler også, at den kommunale sundhedssektor mangler information om, hvad patienten har været igennem under indlæggelse og den videre plan efter udskrivelse. Dette gør det vanskeligt for den kommunale sundhedssektor at forberede sig og sikre, at patienten får den optimale pleje (ændre/justere hjælpen og rekvirere hjælpemidler). Som ved kræftpatienter i den terminale fase er det afgørende for at den kommunale sundhedssektor kan overtage/tilgå indsatsen, at der ikke tabes væsentlig information, bruges unødigt tid på at løse administrative opgaver (rekoordinering), eller opstår uklarheder om, hvem der har ansvaret for patienten når sygdommen udvikler sig yderligere.

Andelen af hændelserne i forbindelse med udskrivelse af kræftpatienter kan dels tilskrives iværksatte tiltag i den kommunale sundhedssektor for at sikre overgangen (hjemmebesøg ved udskrivelse forebygger fejl), dels at det er lovpligtigt at rapportere utilsigtede hændelser i

forbindelse med sektorovergange, netop for at synliggøre behovet for samarbejde tværsektorielt.

5.5.3 Medicineringshændelser

Brist i forbindelse med medicinering er den tredje hyppigst rapporterede hændelsestype rapporteret fra den kommunale sundhedssektor. Medicineringshændelserne afspejler, at en del af plejeindsatsen til kræftpatienter i den kommunale sundhedssektor består af både den specialiserede kræftbehandling, en generel håndtering af symptomer (dvs. smerter, depression, angst, kvalme og opkastning) samt den særlige lindrende behandling til kræftpatienter i den terminale fase (dvs. smerter, søvnbesvær, angst, konfusion og respirationsproblemer).

De lægemidler, som hyppigst optræder i medicineringshændelserne ses i tabel 13.

Tabel 13: Lægemidler involveret i medicineringshændelser i kommunalt regi

Lægemidler	Lægemiddelnavne	Antal (%)
Stærkt smertestillende	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morfin inj/tbl (Morfin, Contalgin, Malfin, 'tryghedskasse'), 43 hændelser ▪ Morfinplaster (Fentanyl, Durogesic, unavngiven smertepaster), 17 hændelser ▪ Morfinlignende (Oxycontin/Oxynorm, Metadon, Ketogan), 14 hændelser ▪ Unavngivne 'stærkt smertestillende' (ordineret af palliativt team/administreret som injektion/træthed som konsekvens), 20 hændelser 	85 (46)
Vanddrivende AK-medicin Kvalmestillende Antidepressiva Insulin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Furix tbl/inj, (Furix, unavngiven vanddrivende, 'tryghedskasse'), 14 hændelser ▪ Fragmin inj. (Fragmin, Klexane, Innohep), 10 hændelser ▪ Emperal tbl. (Ondasteron, Motilum, unavngiven kvalmestillende), 8 hændelser ▪ Citalopram tbl. (Citalopram, Mirtezapam, Eflexor, Noritren), 5 hændelser ▪ Insulin inj. (Insuliin, Novorapid), 4 hændelser 	38 (21)
Andet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andre lægemidler (eks. Paracetamol, Kaleorid, Hirudoid, Husk), 10 hændelser ▪ Unavngivet, 21 hændelser 	31 (17)
Medicinsk kræftbehandling*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Letrozol, Leukeran, Navelbine, Nexavar, Sprycel, Sutent, Tamoxifen, Tarceva, Temodal, Vepesid, Xeloda, Zoladex, 17 hændelser ▪ Unavngiven kemoterapi-præparat, 10 hændelser 	27 (15)
Beroligende	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antipsykotika inj. (Serenase, 'tryghedskasse'), 17 hændelser ▪ Angstdæmpende tbl/inj. (Oxapax, Stesolid, unavngiven), 6 hændelser ▪ Sovemedicin tbl/inj. (Midazolam, 'tryghedskasse', Melatonin), 15 hændelser 	25 (14)
Binyrebarkhormon**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prednisolon tbl, Solu-Medrol inj/tbl, Hydrocortison inj/tbl, 14 hændelser 	14 (8)

* Medicinsk kræftbehandling (her administreret patientens hjem) omfatter cytostatika og kræftspecifik hormonbehandling.

**Anvendes i nogle tilfælde som præ- og ledsage medicin ved medicinsk kræftbehandling.

Af tabellen ses, at medicineringshændelserne i den kommunale sundhedssektor involverer stærke smertestillende lægemidler (46 %), medicinsk kræftbehandling (15 %) og beroligende medicin (14 %). Lægemidlerne i tabellen illustrerer, at de sundhedsprofessionelle i den kommunale sundhedssektor i høj grad håndterer risikolægemidler³⁰, dvs. medicin som i sig

³⁰ Risikosituationslægemidler har en øget risiko for at skade patienterne alvorligt når de bliver brugt uhensigtsmæssigt grundet lægemidlernes farmakologiske egenskaber (17).

selv indebærer særlig risiko for alvorlig patientskade både ved over- eller underdosering (17, 32, 35).

Foruden de forskellige lægemidler, ses også at den kommunale sundhedssektor anvendes en bred variation af administrationsveje (f.eks. salve, tablet, plaster, inhalation, intramuskulære-, subcutane-, intravenøse injektioner).

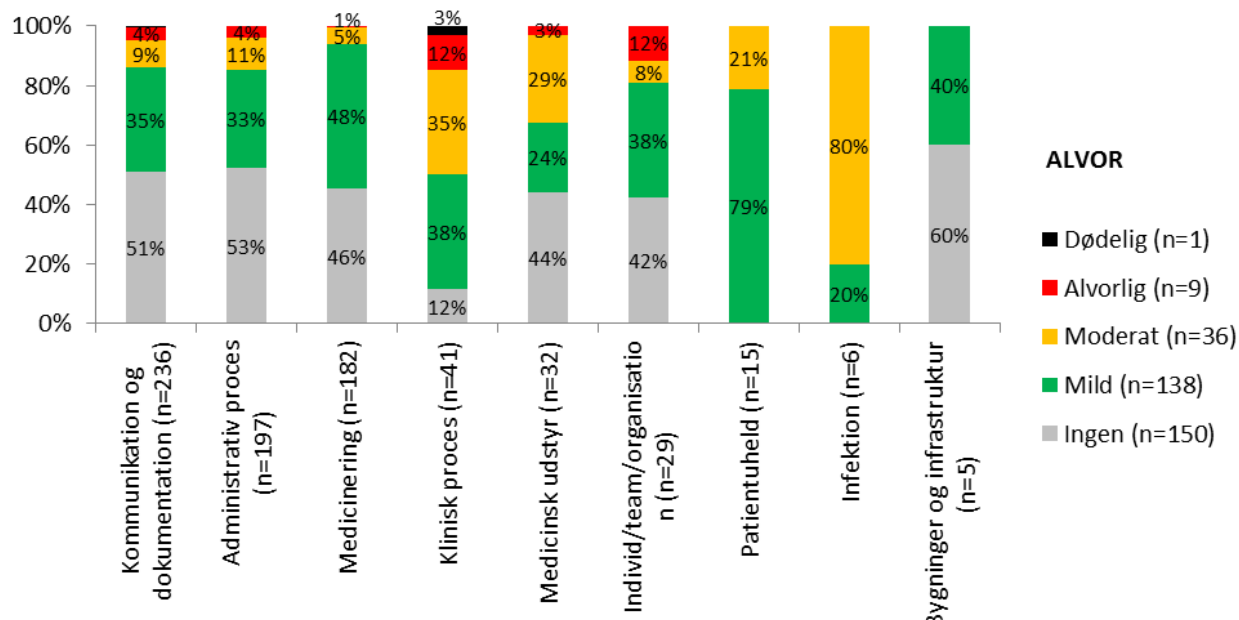
Medicineringshændelserne med fejl i dispenseringen (manglende eller forkert medicin/dosis), forårsager over/underdosering af eksempelvis smertestillende medicin hos kræftpatienterne, som i denne analyse sjældent skader kræftpatienten alvorligt (94 % medfører ingen eller mild skade). Når kræftpatienten bliver udskrevet fra hospitalet, er det ifølge plejepersonalet fejl i medicinskemaet, insufficient smerteplaner, konfliktende ordinationer, og pauseret medicin som ikke genoptages, som fører til, at plejepersonalet kontakter hospitalet eller egen læge med henblik på fastlæggelse af den korrekte medicinerings. Dette problem berører ifølge plejepersonalet ikke nødvendigvis patienten, hvis plejepersonalet opdager og får rettet fejlen.

Medicineringshændelserne medfører oftest ingen eller mild skade (94 %) og har organisatoriske konsekvenser for de sundhedsprofessionelle (81 %).

5.5.4 Alvorlighed og hændelsestyper

Figur 7 giver et overblik over alvorligheden (faktuel fysisk skade) af de forskellige typer af hændelser.

Figur 7: Hændelsestyper og alvorlighed* (n=335)



*Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver hændelsestype (744 hændelsestyper i alt).

Figuren viser, at hændelser vedrørende kliniske processer indeholder både alvorlige og dødelige hændelser. Moderate skader forekommer oftest ved hændelsestyperne infektion, kliniske processer, medicinsk udstyr eller patientuheld. Hændelserne der ikke har medført skade eller kun i mild grad skadet patienten, forekommer hyppigst inden for hændelsestyperne bygninger & infrastruktur, medicinering, administrative processer,

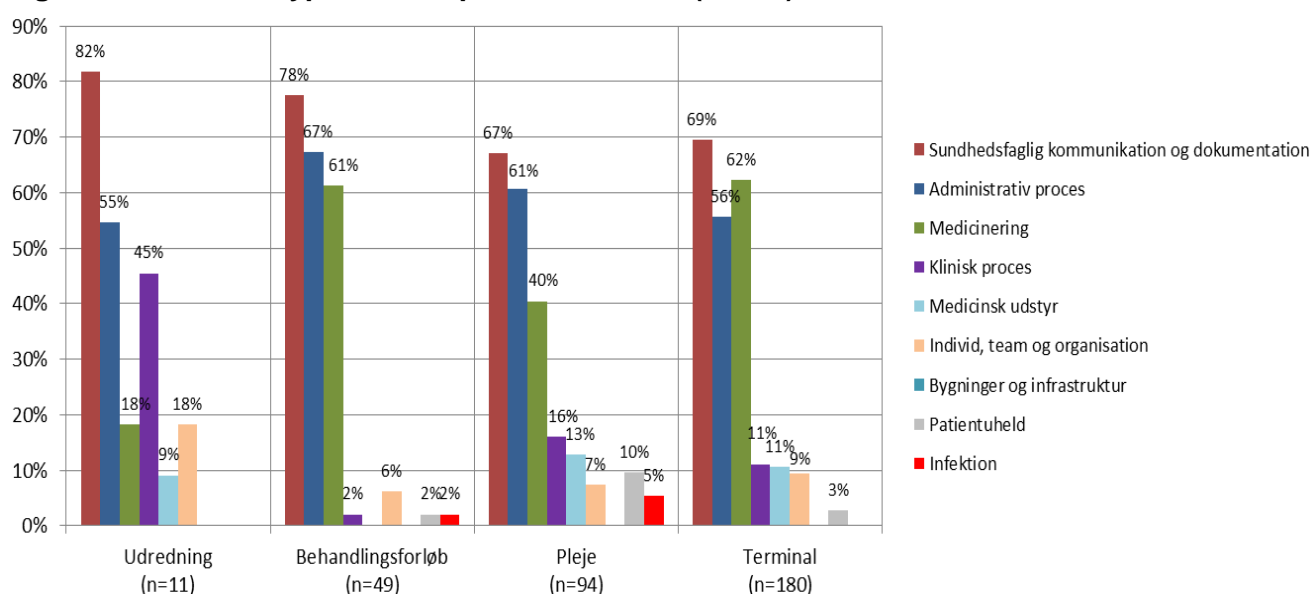
sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, individ, team & organisation eller patientuheld.

Af figuren ses endvidere, at hovedparten af de rapporteringspligtige hændelser³¹ overvejende har ingen, milde eller moderate konsekvenser for kræftpatienter. Hændelsestyper med den alvorligste konsekvens for patienterne (klinisk proces, individ/team/organisation) er ikke eksplicit omfattet af rapporteringspligten.

5.5.5 Hændelsestyper og kræftforløbet

Figur 9 giver et overblik over, hvilke typer af hændelser, der forekommer i de enkelte dele i kræftforløbet.

Figur 9: Hændelsestyper fordelt på kræftforløbet (n=335)*



*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (744 hændelsestyper i alt).

Figuren viser, at hændelser af typerne sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, administrative processer og medicinering optræder i alle dele af kræftforløbet. Blandt de rapporteringspligtige hændelsestyper er patientuheld og infektioner sjældne, mens hændelser som omhandler medicinering og sektorovergange (sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation) hyppigt rapporteres.

5.6 Opsamling – den kommunale sektor

De kræftrelaterede hændelser, som rapporteres fra den kommunale sundhedssektor, er oftest rapporteret af sygeplejefagligt personale (77 %), vedrører ofte kræftpatienter i den terminale fase og samarbejdet med offentlige sygehuse.

³¹ Den kommunale sundhedssektor skal rapportere alle hændelser, som omhandler hhv. patientuheld, infektioner og som opstår i forbindelse med medicinering eller sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.

Mere end halvdelen af hændelserne forårsager fysisk skade på kræftpatienterne (55 %), men den kommunale sundhedssektor rapporterer sjældent alvorlige eller dødelige hændelser (3 %). Psykiske og organisatoriske konsekvenser er derimod beskrevet i henholdsvis 25 % og 78 % af hændelserne.

De hyppigst rapporterede hændelsestyper er svigt i den mundtlige eller skriftlige *sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation* og/eller *administrative processer*³² (hhv. 70 % og 56 %). Begge typer af hændelser optræder i alle faser af kræftforløbet; både udredning, behandling, pleje og terminale forløb. Problemer med sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation forekommer hyppigst mellem sektorer og kobles ofte til medicineringshændelser (over-/underdosering) eller kliniske processer (ikke udført pleje). Brist i forbindelse med håndtering af *medicin* er den tredjehyppigst rapporterede hændelsestype i den kommunale sundhedssektor (54 %). Medicineringshændelserne omhandler typisk dispensering, herunder forkert medicindosis eller medicin givet på forkert tidspunkt/ikke givet. Et centralt fund er, at mange hændelser involverer håndtering af stærke smertestillende lægemidler eller risikomedicin. dvs. den kommunale sundhedssektor håndterer særdeles kompleks medicin hos kræftpatienter.

I hændelserne viser der sig særlige risici for patientsikkerhedsbrist forbundet med overdragelse af ansvar for patienten og informationsoverlevering på tværs af sektorer i forbindelse med, at kræftpatienten udskrives fra hospitalet. Problemstillingerne ved udskrivelse omhandler primært planlægningen af de efterfølgende indsatser; medicinerung, kræftpatienter i den terminale fase og visitationen af kræftpatientens behov for plejeindsats i den kommunale sundhedssektor, som foretages i forbindelse med udskrivelse fra hospital.

Den kliniske vurdering og visitation plejeindsatser til kræftpatienten ved udskrivelse, kræver kendskab til de sundhedsfaglige kompetencer i den kommunale sundhedssektor (dvs. den modtagende hjemmepleje/plejehjem), til kommunernes ressourcer og arbejdsgange, samt kendskab til patientens vanlige omgivelser. Endelig bør patientsikkerheden og koordineringsbehovet på tværs af sektorerne have ledelsesmæssigt opbakning i både kommuner og på hospitaler. Følgende fokusområder kommer til udtryk i hændelserne:

- Begrænset indsigt hos sundhedsprofessionelle på hospitaler og/eller visitatorer, i kræftpatientens vanlige omgivelser, ønsker og behov. Dette viser sig som forskelle mellem sektorerne i den faglige vurdering af behov for plejeindsats ved udskrivelse.
- Manglende viden hos sundhedsprofessionelle på hospitaler omkring arbejdsgange i den kommunale sundhedssektors ved komplekse sygdomsforløb, herunder plejen af kræftpatienter i den terminale fase og medicineringsprocesser i hjemmet. Dette viser sig ved, at de elementer, der skal ligge til grund for efterfølgende plejeindsats, ikke er planlagt i detaljer.
- Manglende systematisk sikring af, at den kommunale sundhedssektor har tilgængelige og valide data vedrørende aktuelle medicinske ordinationer og planer, f.eks. når kræftpatienten modtages efter indlæggelsesforløb.

³² Administrative hændelser foregår typisk uden patientens tilstedeværelse og afspejler problemer i forbindelse med planlægning/koordinering af patientens ophold/forløb i sundhedsvæsenet dvs. støttefunktioner til det kliniske arbejde. Hovedelementet i administrative hændelser er overdragelse af ansvar (patienten), derfor involveres ofte sundhedsfaglige dokumenter eller anden kommunikation.

- Forskellige ressourcer (kompetencer, kvalifikationer, kapacitet/personaleforhold og afsat tid) hos sundhedspersonalet i de kommunale indsatser til f.eks. håndtering medicineringsprocesser og højrisiko medicin³³. Dette kommer til udtryk i hændelser med over-/underdoseringer og manglende observation for/eller håndtering af virkning/bivirkning.
- Forskellige kompetencer og kvalifikationer hos det involverede sundhedspersonale i den kommunale sundhedssektor omkring terminal pleje, herunder medicinering og kontinuerlig vurdering og justering af indsatser ift. ændring af behov, og monitorering af sygdomsudvikling og indsats.
- Manglende adgang for sundhedspersonalet i den kommunale sundhedssektor til faglig sparring. Dette kommer til udtryk ved f.eks. terminale forløb, hvor tilstanden ændres/forværres, men hvor den kommunale sundhedssektor ikke har andre muligheder for assistance/sparring end vagtlæge eller akut opkald/alarm 112.

Hændelsesbeskrivelserne fra den kommunale sundhedssektor indikerer at iværksatte tiltag for at sikre kontinuiteten, såsom at kræftpatienten/modtageren af hjemmehjælpsydelsen tages imod i hjemmet ved udskrivelse, potentielt kan forbedre patientsikkerheden så mangelfuld information om patienters aktuelle status og behandling ikke får konsekvenser for patienten. Indsatsen kræver fleksibilitet, ressourcer og tid, som kan udfordre arbejdstilrettelæggelsen i den kommunale sundhedssektor.

³³ Højrisikomedicin afhænger af lægemidlets farmakologiske egenskaber (f.eks. snævert terapeutisk indeks), med særligt fokus på 3 grupper; AK-behandling, opioider og insulin (17,32,35)

6 Resultater fra praksissektoren

6.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser

Af de i alt 460 kræftrelaterede hændelser rapporteret fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren, er 97 hændelser rapporteret fra praksissektoren (21 %), fordelt med 87 hændelser fra almen praktiserende læger (19 %), 8 hændelser fra speciallæger (2 %) og 2 hændelser fra vagtlægeordningen (<1 %).

6.2 Kræftforløbet

De 97 hændelser fordeler sig på faser i kræftforløb, som vist i tabel 14.

Tabel 14. Hændelser fordelt på faser i kræftforløbet (n=97)

Faser	Antal	(%)
Udredning og diagnostisk af kræftsygdom (inkl. tilbagefald/spredning ³⁴)	72	(74)
Behandlingsforløb (inkl. opfølgning ³⁵)	4	(4)
Pleje/genoptræning/rehabilitering ³⁶ i den kommunale sundhedssektor	12	(12)
Terminal fase (herunder plejeindsats og smertelindring)	9	(9)

Af tabellen ses, at hovedparten af hændelserne omhandler udredning for kræft og det diagnostiske forløb (74 %). Herefter følger hændelser som omhandler plejeforløb (12 %), terminal fase (9 %) og behandlingsforløb (4 %). Det skal bemærkes, at andelen af hændelser i de forskellige dele af forløbet ikke siger noget om, hvor sikkerheden er bedst, da andelen primært udtrykker, hvor mange hændelser der er rapporteret – ikke hvor mange hændelser der rent faktisk har fundet sted.

6.3 Hændelsessted

Mange utilsigtede hændelser opdages et andet sted i sundhedsvæsenet end der, hvor hændelsen er sket. I tabel 15 ses hændelsessted for de 97 hændelser rapporteret fra praksissektoren.

³⁴ Uanset om dette opdages i eller udenfor planlagt opfølgning/screening.

³⁵ Opfølgningsforløb har fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald samt rehabilitering og senfølger.

³⁶ Inklusiv øvrige indlæggelser eller kontakter på sygehus, hvor der i hændelsen ikke nævnes placering i forløbet.

Tabel 15: Hændelsessted (n=97)

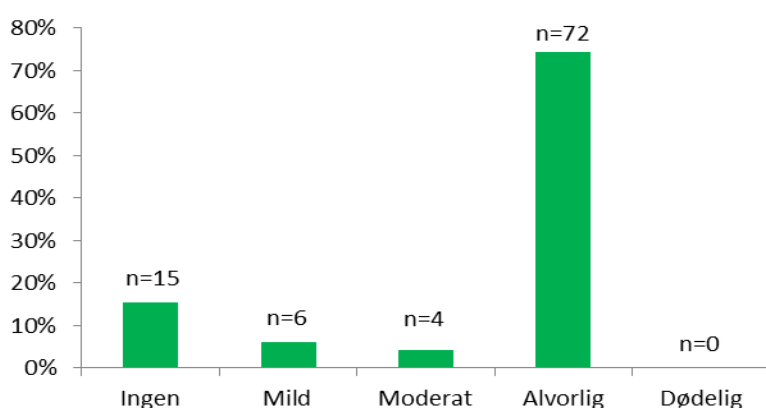
Hændelsessted	Antal	(%)
Offentlige sygehuse	52	(54)
Primærsektoren, heraf	45	(46)
Praksissektoren	41	(42)
• Almen praksis	32	(33)
• Speciallæge	8	(8)
• Vagtlæge	1	(1)
Den kommunale sundhedssektor	3	(3)
Det præhospitale område	1	(1)

I tabellen ses, at 54 % af hændelser rapporteret fra praksissektor, vedrører offentlige sygehusenes funktioner og 42 % af hændelserne vedrører praksissektoren. Tabellen skal dog læses under hensynstagen til, at rapporteringspligten for praksissektoren omfatter utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange, dvs. der er et særligt fokus på i samarbejdet med sygehusene omkring kræftpatienterne.

6.4 Konsekvens

6.4.1 Fysiske konsekvens

Hovedparten af de hændelser som er rapporteret fra praksissektoren forårsager fysisk skade på kræftpatienterne (84 %, 82 hændelser); 74 % medfører alvorlig skade, 6 % mild skade og 4 % moderat skade. De resterende 16 % af hændelserne havde ingen konsekvens for kræftpatienten, se figur 10. Blandt de alvorlige hændelser forårsager to hændelser direkte fysisk skade på patienten (2 %) og 70 hændelser forårsager indirekte fysisk skade i form af forsinkelse i kræftudredning eller kræftbehandlingen (72 %).

Figur 10: Alvorlighed – fysisk skade (n=97)

Ved alvorlig skade beskrives følgende fysisk konsekvens hos kræftpatienterne; varig nyreskade og varig nerveskade og betydeligt forsinkelse i kræftudredningen eller kræftbehandlingen. I alt 70 af de 72 alvorlige hændelser omhandler forsinkelser³⁷, som

³⁷ Forsinkelse mere end to dage er vurderet som alvorlig og kodet som forsinkelse (mindre forsinkelseslængde er klassificeret som mild skade). Se nærmere beskrivelse i afsnit 3.3.2

beskrives at have reduceret kræftpatientens behandlingsmuligheder, gjort patienten inoperabel, forårsaget multiple metastaser og medført knogledstruktion. Hændelserne indeholder dels beskrivelser af eksakte forsinkelseslængder (3-6 dage, 1-3 uger, 1-6 måneder op til år) og dels mere ukonkrete forsinkelseslængder, såsom manglende opfyldelse af forløbstider i kræftpakker, forsinket diagnose, forsinket operationen og blokering af det videre udredningsforløb.

Ved moderat skade beskrives følgende konsekvens hos kræftpatienten; anæmi med behov for blodtransfusion (mulig gastrointestinal blødning), skæve koagulationstal (lav INR) og infektion. I hændelserne var der behov for (akut) indlæggelse og/eller genindlæggelse.

Ved mild skade beskrives følgende konsekvens hos kræftpatienten; at der morfinoverdosering, at sygebesøg forsinkes eller at senfølger til kræftsygdom (pleuraexudat) behandles senere end tilsigtet. Ved hændelser i terminale forløb, beskrives bl.a. genoplivningsforsøg på et plejehjem pga. manglende skriftlig erklæring om ikke-genoplivning.

Eksempler på hændelser fra praksissektoren med forskellig fysisk skade

I forbindelse med fjernelse af bløddelstumor (uden lupbrille) beskadiges motoriske og sensoriske nervegrene. Konsekvensen er manglende funktion af venstresidig thenar muskler og nedsat følesans ved 1. og 2. finger.

Alvorlig

Forsinkelse: Jeg henviser patienten til kræftpakke forløb gr. suspect røntgen af thorax. Patienten informeres om henvendelse her ved manglende indkaldelse. Hustru gør opmærksom på at patienten ej er indkaldt da hun fremmøder til egen kontrol 3 uger efter. Samme dag kontaktes afdelingen, der ikke har modtaget henvisning og derfor ikke har indkaldt patienten. I vores elektroniske system meldes ikke fejl men sygehusets edb afdeling kan ikke finde henvisningen i systemet. Patienten genhenvises med 3 ugers forsinkelse fra vores praksis. Der konstateres lungecancer med spredning.

Moderat

Patient er kendt med dissemineret cancer, følges på onkologisk afdeling. Under operation på ortopædkirurgisk afdeling, fik patient atrieflimmer og blev sat i medicinsk blodfortyndende behandling og udskrives med planlagt opfølgning ved egen læge. Vi modtager først epikrise 10 dage efter og i mellemtiden bestiller patienten medicinen (vi har ingen underretning om, hvem der skulle kontrollere patienten og patienten får ikke kontroltider hos os). I forbindelse med at patienten indlægges på onkologisk afdeling bliver medicinen seponeret - dette står IKKE i epikrisen. Patienten kommer jævnligt i lægehuset til skiftning af sår og er tilsyneladende begyndt på Marevan igen. Derfor blev Marevan markeret som "eksternt ordineret" og en ny recept sendt til apotek. Der har siden førstnævnte indlæggelse på ortopædkirurgisk afdeling kommet 8 epikriser/ambulante notater og de blev ikke set igennem, idet lægen stolede på den af patienten fremviste medicinliste. Der blev fortsat ikke lavet INR kontroller i lægehuset. Patienten indlægges på onkologisk afdeling med svær anæmi og skæve koagulationstal.

Mild

Patient blev indlagt med galdsot. Hun blev udskrevet med en mangelfuld epikrise, hvor aktionsdiagnosen var obs. cancer men udskrivningsteksten beskrev en forsnævring af choledochus - ikke cancer. Idet jeg var i tvivl om der var en cancerdiagnose kontaktede jeg flere gange hospitalet med henblik på at få journalen gennemgået igen, således at jeg kunne blive orienteret om hvad pt. fejlede. Efter at have rykket for dette 2 gange modtog jeg en ny epikrise (identisk ordlyd, men nu var cancerdiagnosen erstattet af galdsot). På denne baggrund mente jeg at kunne konkludere, at pt. IKKE havde cancer - det orienterede jeg patienten samt plejehjemmet om. 2 uger senere modtager jeg en fornyet epikrise, hvoraf det fremgår at patienten har pancreas cancer. Det fremgår, at det har været kendt i hele forløbet, samt at man ikke har orienteret patienten om diagnosen. Det skal her tilføjes at denne plejehjemsbeboer faktisk er cerebralt velbevaret.

Ingen

Patient, som er opereret for en colon cancer og efterfølgende er i kemobehandling i onkologisk afdeling. Vi har ikke set hende så meget i det forløb, før hun kommer ind til en kollega med besked om, at onkologerne har sagt, at hun skal snakke med os om kvalme og andre bivirkninger af kemoterapien. Der er ikke sendt besked til praksis og vi ved ikke hvilken kemobehandling patienten får.

6.4.2 Psykiske og organisatoriske konsekvenser

4 % af hændelserne fra praksissektoren har psykisk konsekvens for kræftpatienten (4 hændelser), herunder beskrives depression og nervøsitet.

Organisatoriske konsekvenser fremgår i 87 hændelser³⁸ fra praksissektoren (90 %), når hændelser hvor der i fritekst er beskrevet organisatorisk konsekvens sammenlægges med de hændelser, der qua definitionen af faktisk fysisk skade indbefatter et øget ressourcetræk. Blandt de organisatoriske konsekvenser beskrives; at patienten udebliver fra bookede aftaler på hospitalet (f.eks. billeddiagnostiske forundersøgelser), at konsultationer annulleres/skal ombookes, tidsforbrug for den praktiserende læge på telefonisk hhv. at efterspørge manglende dokumenter (henvisninger/manglende indkaldelser, udskrivelsesnotater, epikriser), at afklare fejl i epikrise-tekst eller at udrede uoverskuelige medicinlister for kræftpatienten eller hjemmesygeplejersker.

6.5 Hændelsestyper

6.5.1 Hovedkategorier, procestrin og problem

De 97 hændelser rapporteret fra praksissektoren, har givet anledning til 220 registreringer af hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,3 hændelsestype pr. hændelse. Herunder ses de anvendte hændelsestyper (tabel 16).

Tabel 16: Hændelser fordelt på hændelsestype (n=97)

Hændelsestyper	Antal	(%)*
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	86	(89)
Administrativ proces	84	(87)
Individ, team og organisation	18	(19)
Klinisk proces	17	(18)
Medicinering	9	(9)
Bygninger og infrastruktur	5	(5)
Infektion	1	(1)
Medicinsk udstyr	0	(0)
Patientuheld	0	(0)
Blod	0	(0)
Gasser og luftarter	0	(0)
Selvskade, selvmord	0	(0)
Anden utilsigtet hændelse	0	(0)

*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (i alt 220).

³⁸ Organisatorisk konsekvens beskrives i 215 hændelser (ingen eller mild skade) sammenlagt med de i alt 45 hændelser med moderat og alvorlig skade, der qua definitionen indbefatter et øget ressourcetræk.

I tabellen ses, at de hyppigst forekommende hændelsestyper er sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, administrativ proces, individ, team & organisation samt klinisk proces. Fordeling på proces- og problemkategorier³⁹ ses herunder:

1. **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation**, 86 hændelser (89 %), heraf
 - Mellem sektorer, 62 hændelser (72 %)
 - Journaler/vurderinger/henvisninger/epikriser, 48 hændelser (77 %)
 - manglende/forsinket adgang, 24 hændelser (50 %)
 - uklare/ufuldstændige/manglende, 22 hændelser (46 %)
 - Beskrivelse/resultater/billeder, 7 hændelser (11 %)
 - Med patient, 10 hændelser (12 %)
 - Journaler/vurderinger/henvisninger/epikriser, 5 hændelser (50 %)
2. **Administrativ proces**, 84 hændelser (87 %)
 - Aftale, indkaldelse, henvisning, 54 hændelser (64 %)
 - ikke udført, 23 hændelser (43 %)
 - ufuldstændig/utilstrækkeligt udført, 11 hændelser (20 %)
 - Udskrivelse, 15 hændelser (18 %)
 - ufuldstændig/utilstrækkeligt udført, 5 hændelser (33 %)
 - ikke udført, 4 hændelser (27 %)
3. **Individ, team og organisation**, 18 hændelser (19 %)
 - Organisation, 10 hændelser (56 %)
 - organisering - lokalt eller tværgående - uklare ansvarsforhold og aftaler om patientoverdragelse, 8 hændelser (80 %)
4. **Klinisk proces**, 17 hændelser (18 %)
 - Fortolkning og reaktion på undersøgelser, 9 hændelser (53 %)
 - Sygdomsudredning, 6 hændelser (35 %)

Eksempler på hændelser fra praksissektoren og forskellige hændelsestyper

Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation

Efter anmodning fra sygehusafdeling X tager vi i almen praksis de rekvirerede blodprøver og påfører rekvisitionen "kopi til afdeling". Prøvesvaret indikerer at patient sandsynligvis har cancer. I almen praksis troede vi, at afdelingen ville reagere på de prøver, de selv havde bestilt. Dette viste sig dog ikke at være tilfældet, og det blev vi først langt senere opmærksom på, hvorved behandlingen er blevet unødigt forsinket. Det er uklart, hvem der har ansvaret for overvågning af prøver, der tages på denne måde.

Administrativ proces

Patienten henvender sig med suspekt lymfeknude i højre lyske og henvises i henhold til kræftpakkerne på mistanke om malignt lymfom. Kræftpakkeforløbet anviser, at patienten skal have foretaget biopsi eller extirpation af lymfeknuden med mikroskopi. Mikroskopisvar afgør at patienten skal viderehenvises til hæmatologisk afdeling. Jeg sender henvisningen til Centralvisitationen, som videresender henvisningen til endokrinologisk afdeling, der samme dag videresender henvisningen til hæmatologisk afdeling, der sender henvisningen tilbage til mig med forklaring om henvisningsregler. Jeg får brev omkring afvisning af henvisningen 8 dage efter afsendelsen.

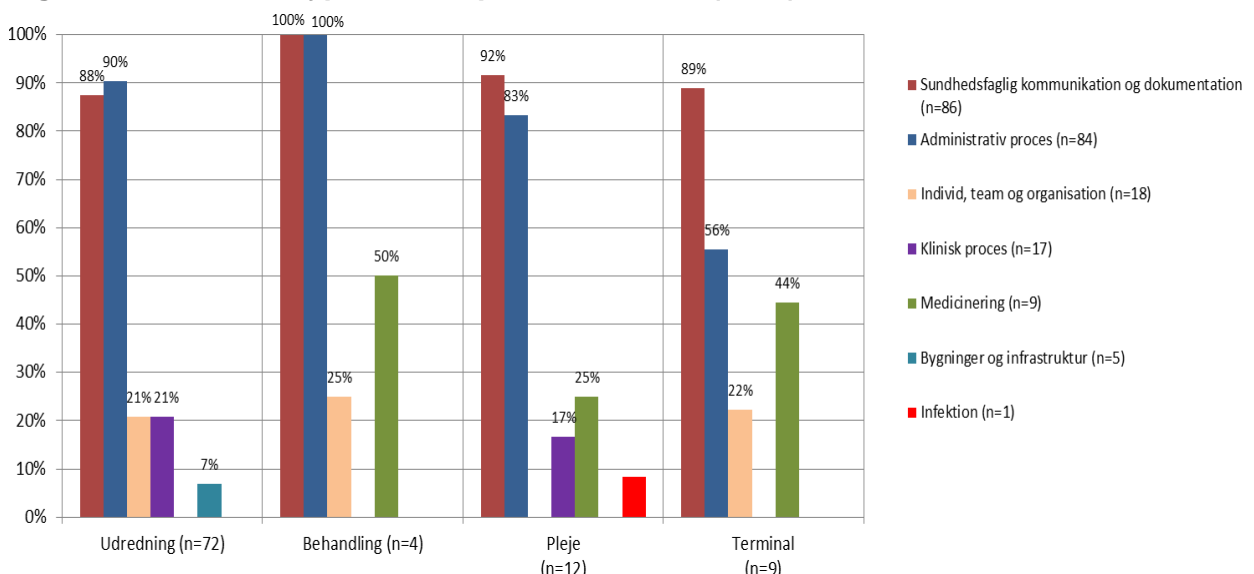
³⁹ Her præsenteres kun de kategorier og underkategorier som rummer flest hændelser.

Individ, team og organisation	Ny patient kom til min praksis. Patienten havde lige været indlagt med ondt i hjertet og i ryggen, men de fandt intet på hans hjerte og sendte ham til mig. Jeg behandlede patienten for rygsmerter. Da der siden også opstod klager over vandladning iværksatte jeg indledende blodprøver og derefter holdt min klinik lukket i 14 dage. Pga. tiltagende rygsmerter gik patienten til anden læge og spurgte i den forbindelse til blodprøverne men fik at vide, at dette måtte vente til egen læge kom tilbage. Da patienten kommer retur til klinikken, fandtes blodprøverne at vise tårnhøje prostata-tal.
Klinisk proces	En patient som henvendte sig med abdominal-symptomer fik taget blodprøver. Jeg noterede at de var normale, men så ikke den forhøjede se-Ca. Da patientens gener fortsatte henvises han til organkirurgisk afdeling mhp. UL-scanning. Scanningen blev udført 3½ måneder efter og viste carcinoid tumor i lever og pancreas. Hvis jeg havde set den forhøjede værdi af se-Ca havde jeg nok udredt dette tidligere og måske ville den øvrige udredning være fremskyndet.
Medicinering	Patient med lungekræft behandles for smerter med tbl. Contalgin 30 mg x 2 og tbl. Morfin 10 mg (pn). Efter bestilling fra hjemmeplejen, udarbejder vores sekretær ved fejl en recept på Morfin 30 mg x 2 og Morfin 10 mg (pn) som godkendes af erfarne vikar i praksis. Ved fornyelse af recepten måneden efter undres jeg over så stor dosis hurtigtvirkende morfin, ser efter i journalen og opdager fejlen.

6.5.2 Hændelsestyper og kræftforløbet

Figur 12 giver et overblik over, hvilke typer af hændelser, der forekommer i de enkelte dele i kræftforløbet

Figur 12: Hændelsestyper fordelt på kræftforløbet (n=97)*



*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper

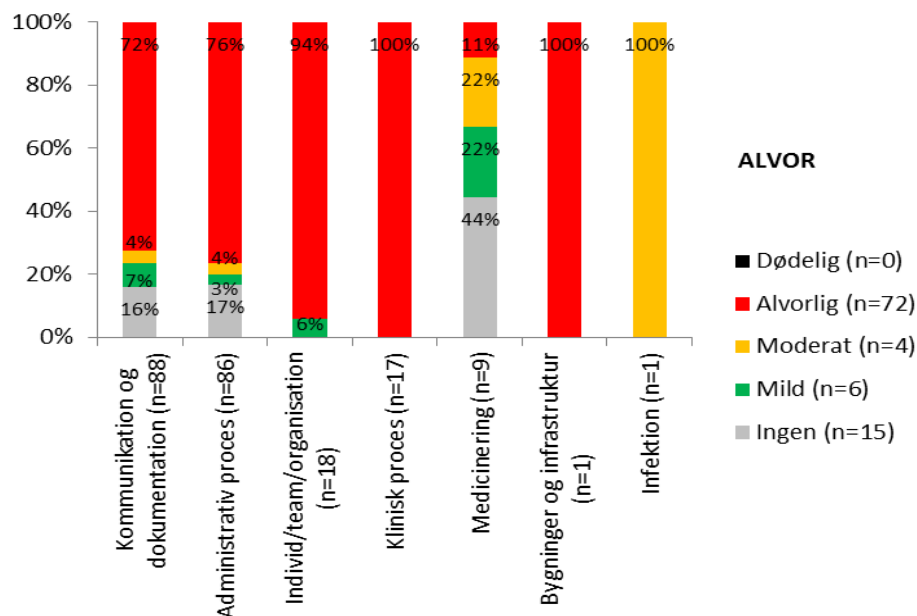
Figuren viser, at sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation og administrative processer er hyppige hændelsestyper, som optræder i alle dele af kræftforløbet. De rapporteringspligtige hændelsestyper⁴⁰ såsom medicinsk udstyr og infektioner er sjældent rapporteret modsat hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange (sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation).

⁴⁰ Praksissektor skal rapportere alle hændelser, som omhandler hhv. medicinsk udstyr og infektioner eller som opstår i forbindelse med sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.

6.5.3 Hændelsestype og alvorlighed

Figur 11 giver et overblik over hvilke typer af hændelser, der har fysisk konsekvens for kræftpatienterne (faktuel skade).

Figur 11: Hændelsestyper* og alvorlighed (n=97)



*Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver hændelsestype, i alt 220. Hændelsestyperne Bygninger & infrastruktur og infektioner kommenteres ikke grundet lavt antal hændelser.

Af figuren ses, at de rapporteringspligtige hændelsestyper, såsom infektioner, er sparsomt repræsenteret i materialet, ligesom der ikke findes hændelser om medicinsk udstyr. Hændelser, som opstår i forbindelse med vurdering af symptomer/prøveresultater (klinisk proces) og i samarbejdet omkring udredning (sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, administrativ proces), forekommer både hyppigt og medfører ofte alvorlig patientskade (hhv. 72 %, 76 %).

6.5.4 Forsinkelse

På baggrund af forsinkelser (alvorlig skade), ses 5 overordnede problematikker (tabel 17).

Tabel 17. Forsinkelsesproblematikker i alvorlige hændelser (n=70)

	Antal	(%)
Udredningsforløb, heraf:	66	(95)
• Henvisning/indkaldelse	35	(50)
• Beskrivelser/resultat	17	(26)
• Vurdering af symptomer/prøvesvar	9	(12)
• Håndteringen af prøvemateriale	5	(7)
Behandlingsforløb, heraf:	4	(5)
• Henvisning/indkaldelse	4	(5)

Af tabellen ses, at forsinkelserne primært opstår i forbindelse med kræftudredningen (95 %). Hændelserne beskriver, hvordan patienten på grund af svigt i interne arbejdsgange, 'falder ud' af et planlagt udredningsforløb og ikke henvises/indkaldes (50 %). Derudover beskrives hændelser, hvor den ordinerende læge/ambulatorie/behandlende afdeling ikke selv udfærdiger henvisninger/indkaldelser, og hvor patientens egen læge i epikrisen bliver anmodet om at foretage en test/blodprøve eller udfærdige en henvisning til udredning. Fælles for hændelserne er, at misforståelser omkring ordinationen af prøven/udredningen og udførelsen af henvisning/indkaldelse, rekvisition og styring af udrednings-/behandlingsforløb, fører til forsinket udredning/behandling. Ifølge praksissektoren opstår forsinkelser også i forbindelse med svigt, som relaterer sig til beskrivelser/resultater fra hospitaler (26 %) og lægens vurdering af (kræft)patientens symptomer (12 %). Lægers vurdering (i almen praksis/ambulatorier/hospitalsafdelinger), kan påvirke efterfølgende sundhedsfaglige aktører i forløbet og være medvirkende til, at der ikke tages tilstrækkeligt forbehold for forkerte vurderinger, eller at der er sket udvikling i patientens tilstand.

Tabel 17 viser også, at 5 % af hændelserne omhandler manglende henvisning/indkaldelse til opstart af behandlingsforløb. Dette betyder, at kræftpatienten er blevet diagnosticeret eller behandlet og stillet et behandlingsforløb i udsigt (f.eks. stråleterapi, kemoterapi eller kræftkirurgi), men at henvisningen mellem afdelingerne på hospitalet ikke udføres/skrives (f.eks. dikteret, men ikke skrevet i journalen), hvorfor patienten ikke indkaldes. Praksissektoren opdager/rapporterer disse hændelser på baggrund af spørgsmål eller anmodning om hjælp fra kræftpatienter eller deres pårørende, enten når de ikke modtager indkaldelsen eller i forbindelse med et besøg i almen praksis i anden anledning.

Hændelser, som omhandler svigt i den sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation ('journal/vurderinger/henvisninger/epikriser' og 'resultater/billeder'), er opgjort i tabel 18.

Tabel 18: Sikkerhedsbrist i den sundhedsfaglige kommunikation & dokumentation som involverer 'journal/vurdering/henvisning/epikrise' og 'resultater/billeder' (n=84*)

	Antal	(%)
Henvisning til udredning, diagnostiske test eller behandling <ul style="list-style-type: none"> • Ikke skrevet (eller dikteret) i journal/epikrise på hospitalsafdeling • Ikke udfyldt korrekt (lokationsnr, akut vs. elektiv, symptombeskrivelse) • Ikke afsendt fra hospitalsafdeling/almen praksis • Afsendt, men ikke modtaget (systemfejl) • Afsendt til forkert modtager • Henvisning modtaget men visiteres ikke akut (CVI vurdering) • Afsendes, men omvisiteres til forkert modtagerafdeling (CVI håndtering) • Afsendes, men modtager effektuerer ikke rettidigt • Afsendes, men modtager vurderer henvisningen som fejl/ikke relevant 	42	(50)
Beskrivelser/resultat** af malignitet i røntgen/patologisvar (f.eks. høj PSA-værdi) <ul style="list-style-type: none"> • Prøven er ikke analyseret (pga. prøvematerialet) eller ikke modtaget • Resultat ikke beskrevet (rettidigt) • Resultat ikke afsendt/modtaget (rettidigt) • Resultat modtages men overses • Resultat modtages og ses, men følges ikke op (ukendt ansvar) 	25	(30)
Vurderinger af symptomer eller prøvesvar <ul style="list-style-type: none"> • Tolkning af symptomer/patologisk svar, som bestående eller anden sygdom (der foretages ikke klinisk handling) • Tolkning af symptomer efter (falsk) negativ screening/kontrol • Forskellige kliniske vurderinger 	9	(11)
Journalnotat/epikriser fra hospitaler indeholdende f.eks. forslag/plan/anmodning om yderligere undersøgelse <ul style="list-style-type: none"> • Epikrise ikke skrevet (rettidigt) • Bifund ikke beskrevet i epikrisen/journalen • Epikrise ikke afsendt/modtaget (rettidigt) • Epikrise modtages i praksis, men overses • Epikrise modtages og udføres, men resultat følges ikke op (ukendt ansvar) 	8	(9)

*Ikke medtaget andet (n=3). **inkl. prøvesvar

I tabellen ses, at hændelser med manglende eller uklar kommunikation mellem sektorer, internt i sektorerne eller med patienten, især påvirker booking eller planlægning af kræftforløbet; henvisning/indkaldelse (50 %) og beskrivelser/resultater (30 %). I hændelserne beskrives henvisninger, som dels praksissektoren rekvirerer (undersøgelser/test på hospitaler), dels har hospitalsafdelinger/ diagnostiske enheder/ambulatorier som rekvirent (inkl. tilsynsgående speciallæge på hospitalsafdeling). I hændelser ses Centralvisitationer⁴¹ (36), som et forsinkende led, hvis de fejl-/omvisiterer henvisninger til en forkert afdeling, eller afviser henvisninger uden at den praktiserende læge gives besked.

⁴¹ Formål med centralvisitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og gøre disse mere sikre, så lægerne i praksissektoren ikke skal bruge tid på at finde den for patienten relevante hospitalsafdeling (38).

6.6 Opsamling – praksissektoren

Størstedelen af hændelser fra praksissektoren, er rapporteret af praktiserende læger, og omhandler det diagnostiske kræftforløb (74 %). Det oplyste hændelsessted i hændelserne, er fordelt mellem sygehuse (54 %) og praksissektoren (42 %).

Hovedparten af hændelserne, som praksissektoren rapporterer, forårsager fysisk skade på kræftpatienten (85 %). Blandt de alvorlige hændelser, som kræftpatienten udsættes for (74 %), er konsekvensen forsinkelse i sundhedsvæsnets kræftudredning eller -behandling (72 %). Psykiske og organisatoriske konsekvenser er beskrevet i henholdsvis 4 % og 90 % af hændelserne.

De hyppigst rapporterede hændelsestyper fra praksissektoren er *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* samt *administrative processer*. Begge hændelsestyper forekommer i alle dele af kræftforløbet. Kommunikations- og dokumentationsproblemerne optræder typisk mellem sektorer og omfatter primært journaler/vurderinger/henvisninger/epi-kriser, som enten mangler, er forsinkede eller uklare. Tilsvarende er problemerne i de administrative processer typisk relateret til aftaler/indkaldelse/henvisning, der ikke udføres eller ikke udføres til rette tid. IT-løsninger såsom Edifact, Advis, den elektroniske patientjournal, fælles medicinkort eller visiterende led såsom Centralvisitationen, er tiltænkt at øge patientsikkerheden omkring henvisninger og prøvesvar, men det forudsætter, at løsningerne bruges rigtigt og fungerer. I hændelserne fra praksissektoren ses, at de i sig selv er medvirkende årsager til de utilsigtede hændelser.

Hovedparten af de kræftrelaterede hændelser, som er rapporteret fra praksissektoren, identificerer risikoområder i udredningsforløb. Selve udredningsforløbet, som kan igangsættes af egen læge eller læge på hospitalsafdeling/ambulatorie, indeholder en række delelementer, såsom klinisk vurdering af symptom, ordination og rekvisition af henvisninger/prøver/tests, indkaldelse, svarafgivelse, klinisk vurdering af resultater osv. Det er velkendt, at utilsigtede hændelser i almen praksis omhandler disse delelementer, dog er konsekvensen særdeles alvorlig for kræfttramte, hvis det medfører forsinket eller mangelfuld diagnostik af kræft eller forsinket behandlingen (37, 38). De kræftrelaterede hændelser fra praksissektoren, er en konsekvens af svigt i sundhedsvæsnets arbejdsgange i håndteringen henvisninger/indkaldelse, særligt i overgangen mellem almen praksis og hospitalsafdeling. Forsinkelser ses at være en konsekvens af sundhedsvæsnets organisering og drift (centralvisitationer, kræftpakker, kapacitet af sekretær/læger/it-systemer/diagnostiske undersøgelser). Forsinkelser kan dog også være en konsekvens af forkerte faglige vurderinger/skøn eller kliniske processer, herunder vurdering af behov for udredning eller fortolkning/reaktion på prøvesvar. Særligt patienter, hvis symptombillede ukarakteristisk, stemmer overens med en anden sygdom eller hvor symptombilledet ændres som følge af anden behandling, er repræsenteret.

I nogle hændelsesbeskrivelserne anføres, at patienten eller dennes pårørende er årsagen til, at hændelsen opdages inden den forårsager yderligere forsinkelse – hvis de har reageret på manglende indkaldelse, prøvesvar eller vedvarende symptomer. Oftest beskrives, at patient/pårørende opfordres til at genhenvende sig, hvis de ikke har modtaget en indkaldelse til undersøgelse på sygehuset eller indkaldelse til behandling, som planlagt. Ansvar vil altid

være de sundhedsprofessionelles, men hændelsesbeskrivelserne fra praksissektor indikerer, at patienter og pårørende udgør en væsentlig sikkerhedsbarriere med potentiale for at forbedre patientsikkerheden.

Med udgangspunkt i de kræftrelaterede hændelser rapporteret fra praksissektoren, ses der særlige risici forbundet med:

- Forsinkelser i udrednings- og behandlingsforløb, på baggrund af manglende/forkert håndtering af oplysninger, såsom henvisninger, indkaldelser og undersøgelsesvar
- Forsinkelser udrednings- og behandlingsforløb, på baggrund af forkert klinisk vurdering af symptomer eller undersøgelsesresultater.

7 Resultater fra det præhospitale område

7.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser

Af de 460 kræftrelaterede hændelser, som er rapporteret fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren, er 16 hændelser rapporteret fra det præhospitale område (3 %). Resultaterne herunder skal således læses med forbehold for et relativt lille materiale.

7.2 Kræftforløbet

De 16 hændelser fordeler sig på faser i kræftforløb, som vist i tabel 19.

Tabel 19: Hændelser fordelt på faser i kræftforløbet (n=16)

Faser	Antal	(%)
Udredning og diagnostisk af kræftsygdom (inkl. tilbagefald/spredning ⁴²)	0	(0)
Behandlingsforløb (inkl. opfølgingsforløb ⁴³)	0	(0)
Pleje/genoptræning/rehabilitering ⁴⁴ i den kommunale sundhedssektor	10	(62)
Terminal fase (herunder plejeindsats og smertelindring)	5	(31)
Andet	1	(6)

Af tabellen ses, at hovedparten af hændelserne omhandler indsatser som foregår mens kræftpatienten er i et plejeforløb eller netop overgår til et plejeforløb (62 %) eller et terminal forløb (31 %).

7.3 Hændelsessted

I tabel 20 ses, hvilket sted i sundhedsvæsenet de 16 hændelser som er opdaget og rapporteret fra det præhospitale område, er sket.

Tabel 20: Hændelsessted (n=16)

Hændelsessted	Antal	(%)
Primærsektor, heraf:	12	(75)
• Det præhospitale område	6	(37)
• Praksissektor (vagtlæge)	3	(19)
• Kommunal sundhedssektor (hjem, plejebolig, andet)	3	(19)
Offentlige sygehuse	4	(25)

I tabellen ses, at hændelserne hovedsageligt vedrører indsatser i primærsektor, hvor 37 % er sket i det præhospitale område (6 hændelser), mens 19 % vedrører samarbejdet med henholdsvis praksissektoren og den kommunale sundhedssektor. I alt 25 % vedrører samarbejdet med offentlige sygehuse (4 hændelser).

⁴² Uanset om dette opdages i eller udenfor planlagt opfølgning/screening.

⁴³ Betegnelse for opfølgingsforløb, som foruden fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald ved klinisk undersøgelse, også har fokus på rehabilitering og senfølger, både af fysisk og psykisk karakter.

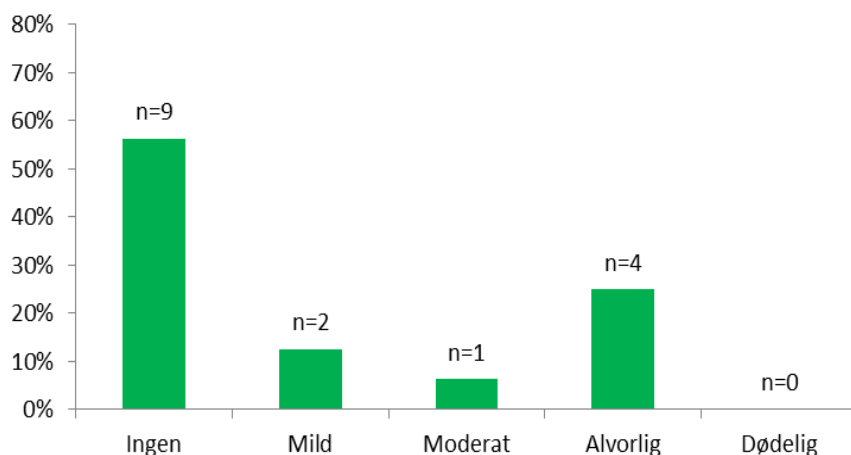
⁴⁴ Inklusiv øvrige indlæggelser eller kontakter på sygehus, hvor der i hændelsen ikke nævnes placering i forløbet.

7.4 Konsekvens

7.4.1 Fysiske konsekvenser

Mindre end halvdelen af hændelserne rapporteret fra det præhospitale område forårsager fysisk skade på de involverede kræftpatienter (44 %); 25 % alvorlig skade, 13 % mild skade og 6 % moderat skade (figur 13). Ingen hændelser rapporteret fra det præhospitale område forårsager død.

Figur 13: Alvorlighed – fysisk skade (n=16)



Ved alvorlig skade beskrives forsinket ankomsttidspunkt af ambulance. Konsekvensen af forlænget respons i den akutte fase, hvor tid netop en afgørende faktor, er sen igangsættelse af akut livreddende behandling hos kræftpatienten.

Ved moderat skade beskrives lavt blodsukker og bevidstløshed hos kræftpatienten, med efterfølgende indlæggelse.

Ved mild skade beskrives manglende smertedækning af kræftpatienten og overdosering af smertestillende morfin.

Eksempler på hændelser fra det præhospitale område med forskellig fysisk skade

Alvorlig En herre kendt med cancer, bliver telefonisk visiteret til en ambulance (kørsel 2) af vagtlægen pga. pludselig opstået mavepine og et lav blodtryk. Ved vores ankomst finder vi patienten liggende døsig i sengen med tydelige symptomer på shock (bleg, klam, kold), med smerter i højre side af abdomen strækkende om i ryggen. Under transporten bliver vi opmærksomme på, at patienten har fået konstateret et abdominalt aorta-aneurisme og der ses tydeligt pulserende abdomen, herefter er sagen nærmest klar. Undertegnede som ambulancebehandler og min makker påpeger overfor visitator, at vi bør køre direkte til nærmeste relevante modtagesygehus med karkirurgisk speciale, så den livreddende behandling ikke forhales. Dette nægtes - patienten indbringes til afdeling (X).

Moderat Ambulancetur til bevidstløs cancerpatient som kørsel 1. Lægevagt har tidligere været hos patienten om natten og givet medicin for kramper (som lægevagten mente skyldes en blodprop i hjernen). Pårørende har nu ringet 112, pga. fortsatte kramper og medicinen ikke har haft effekt. Det viser sig, at patienten har lavt blodsukker og klarer helt op efter indgift af glucose. Vi undrer os over, at lægevagten hhv. ikke måler blodsukkeret eller bestiller en ambulance når han mistænker en apoplexi (og derved undgår vores kørsel 1).

Mild	<p>Hjemtransport. Vi henter en patient på en kræftafdeling som skal køres hjem til plejecenter og spørger sygeplejersken, om patienten er så dårlig, som det ser ud til. Hun kender ikke patienten, men siger at vi kan køre med patienten. Det er utrygt ikke at få at vide hvad patient fejler og den potentielle risiko for at patienten ikke overlever transporten. Under turen er han meget fjern og bleg (lav iltmætning, lav blodtryk, høj puls), der er ingen papirer med, og patienten svarer ikke relevant. Vi kontakter først plejecenter omkring patientens tilstand (de kender ikke patienten) og dernæst sygehusafdelingen. Sygeplejerske og efterfølgende en læge informerer om, at patienten har afslået behandling på sygehuset, er terminal og derfor kan fortsætte til plejecenter.</p>
Ingen	<p>Ambulancetur til muligt mors på plejehjem som kørsel 1. Ved ankomst fortæller plejepersonalet, at patienten - en ældre terminal cancerpatient hvor egen læge har skrevet i papirerne at der ved hjertestop ikke skal rekvireres ambulance eller andet - er konstateret mulig død kl 18 dagen før. Personalet har forinden forsøgt at få lægevagt forbi og erklære patienten for død, uden held (lægevagten sagde, at det måtte egen læge gøre den følgende dag). Egen læge oplyser dagen efter, at hun først har tid mellem kl 16-18. Politiet er blandet ind i sagen grundet nogle mistænkelige forhold med de pårørende og ønsker derfor et ligsyn på patienten. Politiet rekvirerer os derfor kl 12.26 til kørsel 1, da der angiveligt ikke er sikre dødstegn. Vi konstaterer rigor mortis samt livores, desuden ligger patienten i hvidt lagen med blomster på brystkassen. Vi kører med livet som indsats til en person som har været skønnet død i 18,5 timer.</p>

7.4.2 Psykiske og organisatoriske konsekvenser

I de kræftrelaterede hændelser rapporteret fra det præhospitale område, er der i 6 % af hændelserne beskrevet psykisk konsekvens for kræftpatienten (eller deres pårørende) mens 50 % har organisatorisk konsekvens.

Af psykiske konsekvenser beskrives; at tryghed for kræftpatient og pårørende forsvinder, at kræftpatienten og familien bliver ked af det eller bange.

Af organisatoriske konsekvenser beskrives; forkerte kørsler (ukorrekt visitering af akutte ambulancekørsler, dvs. kørsel 1 vs kørsel 2), tidsforbrug på at identificere sygehusafdelinger, på at køre til forkerte patientadresser og på at identificere relevant sygehuspersonale. Der beskrives yderligere, at sundhedsvæsenets ressourcer såsom akutte kørsler, ikke bruges optimalt og at f.eks. tidlig indsats af vagtlæger kan forebygge indlæggelser.

7.5 Hændelsestyper

7.5.1 Hovedkategori, procestrin og problemkategorier

De 16 hændelser har givet anledning til 38 registreringer af hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,4 hændelsestype pr. hændelse.

De anvendte hændelsestyper ses i tabel 21.

Tabel 21: Hændelser fordelt på hændelsestype (n=16)*

Hændelsestyper	Antal	(%)
Administrativ proces	14	(87)
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	13	(81)
Klinisk proces	4	(19)
Medicinering	2	(13)
Bygninger og infrastruktur	2	(13)
Individ, team og organisation	2	(13)
Infektion	1	(6)
Medicinsk udstyr	0	(0)
Patientuheld	0	(0)
Blod	0	(0)
Gasser og luftarter	0	(0)
Selvskade, selvmord	0	(0)
Anden utilsigtet hændelse	0	(0)

*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (i alt 38)

I tabellen ses, at de fleste hændelser er af typerne administrativ proces samt sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation. Fordeling på proces- og problemkategorier⁴⁵ fremgår herunder:

1. **Administrativ proces**, 14 hændelser (87 %), heraf
 - Reaktion på nødsituationer, 6 hændelser (43 %)
 - Indlæggelse/modtagelse, 5 hændelser (36 %)

Problemerne omhandler eksempelvis visitation af akut kørsler, hvor alarmcentralens/vagtlægers håndtering eller vurdering af situationen har været 'uklar/ufuldstændig' eller 'ikke udført til rette tid', i følge ambulancepersonalet.

2. **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation**, 13 hændelser (81 %), heraf
 - Mellem sektorer, 8 hændelser (62 %)

Problemerne omhandler eksempelvis dokumentation omkring afståelse fra genoplivning af terminale patienter, hvor oplysningen omkring ingen genoplivning er 'uklar/ufuldstændig/manglende' eller 'manglende eller forsinket adgang til dokument'. Er den kommunale sundhedssektor uvidende om at familien og hospitalet har aftalt, at kræftpatienten ikke skal genoplivet ved forværring af tilstand, og ringer de 112, så må ambulanceredderne ikke stoppe den livredende behandling førend end en læge ankommer.

⁴⁵ Her præsenteres kun de kategorier og underkategorier som rummer flest hændelser.

Eksempler på hændelser fra det præhospitale område og forskellige hændelsestyper

Administrativ proces	Ved hjemtransport af terminal kræftpatient fra hospital fik vi mundtlig at vide, at vi ikke skulle forsøge genoplivning hvis patienten fik hjertestop. Vi bad om at få et stykke papir, hvor det stod på med lægens underskrift, men fik en kopi af journalen, hvori der stod at patienten var ordineret "ingen genoplivning". Vi gjorde afdelingen opmærksom på, at det desværre ikke var nok, jvf. "Administrativ procedure for ambulancetjenesten vedr.: Omsorg for den terminalt syge patient. stk. 5.2". Det aftaltes med afdelingen, at i tilfælde af hjertestop skulle vi opstarte genoplivning og hurtigst muligt kontakte en akutlæge for at afklare om genoplivningen skulle indstilles.
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	Lægevagten bestiller en transport fra cancerpatients hjemmeadresse til modtagelsen på sygehuset. Det viser sig, at der er blevet oplyst forkert sygehusafdeling, som patienten skal afleveres på, så vi/ambulancen bruger ekstra meget tid på sygehuset.
Klinisk proces	Terminal cancerpatient med stærke smerter. Det var ikke muligt at anlægge en venflon pga. patienten var urolig og havde porøse vener. Der tages kontakt til akutlægen, hvor der anmodes om lov til at give Fentanyl intramuskulært i stedet for intravenøst for at undgå en pinefuld transport, men patienten var stadig forpint og ikke smertedækket ved ankomst til sygehus.
Medicinering	Under indtransport af uhelbredelig cancerpatient observerer vi, at patienten har små pupiller og en respiration på 3-5 pr. min. Jeg ser i borgermappen, at patienten får Oxynorm og mistænker overdosering. Jeg trækker Narcanti op og kikker på ampullen (men SER ikke). Med det samme jeg giver det, tænker jeg der er noget galt og kikker på ampullen igen og opdager at jeg ved en fejl har givet Haldid. Jeg trækker straks Narcanti op og giver dette til patienten, der umiddelbart får en markant bedre respiration samt større pupiller.

7.6 Opsamling – det præhospitale område

Der er få rapporter fra det præhospitale område, hvilket skal have i mente i fortolkningen af resultaterne.

Hovedparten af hændelserne fra det præhospitale områder omhandler kræftpatienter, som er i plejeforløb, eller i overgang fra et endt kræftbehandlingsforløb på sygehus til et plejeforløb i kommunen (62 %). 44 % af hændelserne forårsager fysisk skade på kræftpatienterne: 25 % medfører alvorlig skade, 13 % mild skade og 6 % moderate skader. Psykiske og organisatoriske konsekvenser er beskrevet i henholdsvis 25 % og 78 % af hændelserne.

Hændelserne er oftest af typen *administrativ proces* (87 %), som vedrører henholdsvis respons på nødsituationer og indlæggelser, samt af typen *sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation* (81 %), som vedrører kommunikationen med vagtcentralen og samarbejdsparter på sygehuse og i praksissektoren/vagtlæger. Hændelserne beskriver dels udfordringer i forbindelse med aftaler omkring genoplivning og dels udfordringer i visitationen af ambulancekørslen. Det er ikke altid muligt at afgøre via gennemlæsning af hændelsesbeskrivelserne, hvorvidt en hændelse omhandler en fejlvisitering, manglende ressource/kapacitet eller forkert reaktion på nødsituationen.

Hændelserne peger endvidere på, at tekniske problemer i kommunikationen kan forsinke informationer fra vagtcentralen til redderne samt fra redderne til sygehuse. Enkelte hændelser omhandler, at kræftdiagnosen påvirker visiteringen af kræftpatienter, hvor (anden) akutopstået sygdom, fejl vurderes som udvikling i kræftsygdommen. Materialet er dog lille, så analysegrundlaget er sparsomt.

8 Resultater fra kræftpatienter og pårørende

8.1 Antal kræftrelaterede utilsigtede hændelser

I det samlede materiale på 531 kræftrelaterede hændelser, er 71 hændelser rapporteret af kræftpatienter eller deres pårørende (13 %). I alt 37 af 71 hændelser er fra pårørende (52 %), 18 hændelser er fra kræftpatienter (25 %) og 16 hændelser er fra andre personer, som har rapporteret på vegne af kræftpatienten (23 %).

8.2 Kræftforløbet

Rapporterne fra patienter og pårørende er meget detaljerede og indeholder beskrivelser af hændelser, der ofte går på tværs af sektorer, hospitalsafdelinger og faggrupper. Det er dog oftest muligt at relatere selve hændelsen til en fase i kræftforløbet og at identificere enten primær eller sekundærsektor som hændelsessted.

De 71 hændelser fordeler sig på faser i kræftforløb, som vist i tabel 22.

Tabel 22. Hændelser fordelt på faser i kræftforløbet (n=71)

Faser	Antal	(%)
Udredning og diagnostisk af kræftsygdom (inkl. tilbagefald/spredning ⁴⁶)	26	(36)
Behandlingsforløb (inkl. Opfølgning ⁴⁷)	27	(38)
Pleje/genoptræning/rehabilitering ⁴⁸ i den kommunale sundhedssektor	3	(1)
Terminalfase (herunder plejeindsats og smertelindring)	15	(24)

Af tabellen ses, at hændelserne hovedsagelig omhandler indsatser som foregår hhv. mens kræftpatienten er i et behandlings- eller opfølgingsforløb (38 %), under udredning for kræft i det diagnostiske forløb (36 %) eller i den terminale fase (24 %). Det skal bemærkes, at andelen af hændelser i de forskellige forløb ikke siger noget om, hvor sikkerheden er bedst, da andelen primært udtrykker hvor mange hændelser der er rapporteret – ikke hvor mange hændelser der rent faktisk har fundet sted.

8.3 Hændelsessted

I tabel 23 ses hvor i sundhedsvæsnet hændelserne er sket, ifølge kræftpatienter og deres pårørende.

⁴⁶ Uanset om dette opdages i eller udenfor planlagt opfølgning/screening.

⁴⁷ Betegnelse for opfølgingsforløb, som foruden fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald ved klinisk undersøgelse, også har fokus på rehabilitering og senfølger, både af fysisk og psykisk karakter.

⁴⁸ Inklusiv øvrige indlæggelser eller kontakter på sygehus, hvor der i hændelsen ikke nævnes placering i forløbet.

Tabel 23: Hændelsessted (n=71)

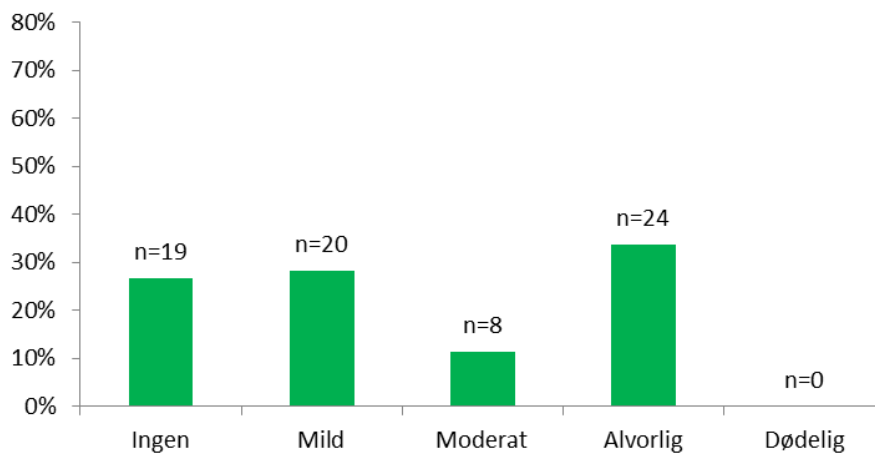
Hændelsessted	Antal	(%)
Offentlige sygehuse	65	(92)
Primærsektor, heraf	6	(8)
• Praksissektoren (almen praksis)	3	(4)
• Den kommunale sundhedssektor (plejebolig, hjemmesygepleje)	3	(4)

Hovedparten af hændelserne som kræftpatienter og deres pårørende rapporterer, opleves at relatere sig til offentlige sygehuses funktioner (92%), mens få hændelser vedrører primærsektoren (8 %). Det skal bemærkes, at andelen af hændelser forskellige steder i sundhedssektoren ikke siger noget om, hvor sikkerheden er bedst, men er et udtryk for antallet af rapporterede hændelser – ikke hvor mange hændelser der rent faktisk har fundet sted.

8.4 Konsekvens

8.4.1 Fysiske konsekvenser

Størstedelen af de hændelser rapporteret af kræftpatienter og deres pårørende har medført fysisk skade (73 %, 52 hændelser); 34 % medfører alvorlig skade, 28 % mild skade og 11 % moderat skade (figur 14). Blandt de alvorlige hændelser forårsagede 3 hændelser direkte fysisk skade på kræftpatienten (4 %), mens 21 hændelser gav anledning til forsinkelse i kræftudredning eller kræftbehandlingen (30 %). Ingen af hændelserne har medført død. I alt 19 af hændelserne (27 %) gav ikke anledning til patientskade.

Figur 14: Alvorlighed – fysisk skade (n=71).

Ved alvorlig skade beskriver kræftpatienterne følgende fysiske konsekvenser; tab af førlighed, stomi, hjertestop (patienten overlever) og forsinkelse⁴⁹ i forbindelse med kræftudredningen eller kræftbehandlingen, hvor kræften har udviklet sig til et alvorligere stadie.

Ved moderat skade beskriver kræftpatienterne følgende fysiske konsekvenser; bestråling af forkert område i forbindelse med strålebehandling, udvikling af tryksår, midlertidig føleforstyrrelse, hjerterytmeforstyrrelser, absces og begyndende sepsis.

Ved mild skade beskrives følgende fysiske konsekvenser hos kræftpatienterne; at modtage 'ineffektiv behandling', unødvendige nålestik, blå mærker, ødemer, manglende ernæring og blærebetændelse. Desuden beskriver patienterne som konsekvenser af forkert medicinering særligt smerter, men også abstinenser, manglende søvn og hallucinationer samt kvalme og opkast. I de hændelser hvor kræftpatienter er i terminalt forløb, beskriver de pårørende dels genoplivningsforsøg (som indstilles) og ikke ønskede indlæggelser, hvor kræftpatienten dør på sygehus frem for i eget hjem som var patientens og de pårørendes ønske og dels vejtrækningsproblemer og smerter, som konsekvens af sene sygebesøg/behandling.

Eksempler på hændelser fra kræftpatienter og deres pårørende med forskellig fysisk skade

Alvorlig

Min mor indlægges til kikkertoperation af kræftknode. Under operationen opdager de, at kræften også er viklet ind i æggelederen, og de må derfor åbne hende men får revet hul på tarmen. Efterfølgende har hun mange smerter, tager på i vægt og får høj feber. Her bliver det konstateret, at der stadig er hul på tarmen, og hun bliver akut opereret og får stomi.

Moderat

Jeg skulle opereres for en lille tumor. Jeg gjorde opererende læge og anæstesipersonalet opmærksom på, at de under operation skulle være ekstra påpasselige i forhold til min nakke pga. tidligere operation i lænderegionen og deraf følgende periodevis ømhed i nakkeregionen. Umiddelbart efter opvågning oplevede jeg smerter i nakken og føleforstyrrelser ud i begge arme, føleforstyrrelserne i hænderne forsvandt gradvis, men smerten i nakken blev.

Mild

Min mor var til kontrol, hvor det blev lovet, at hun ville få medicin mod mundsvamp. Min mor har flere metastaser efter pancreas cancer og svamp i munden giver hende ubehag, og hun mister lysten til at indtage mad. Efter 1,5 døgn er medicinen endnu ikke til afhentning (manglende elektronisk recept), og hun er nødt til at ringe til afdelingen for at rykke. Dette er ikke ok for en terminal patient!

Ingen

Min veninde, som er terminal cancer patient, skulle til blodtransfusion på sygehus, men egen læge og hjemmesygeplejerske havde forgæves forsøgt at komme i kontakt med afdelingen mhp. at aftale transport. De bad min venindes mor om at forsøge i løbet af aftenen. Da jeg kom på besøg, kunne jeg heller ikke ringe afdelingen op men ringede til hovednummeret. Her fortalte jeg, at vi havde forsøgt at ringe afdelingen op, hvortil receptionisten svarede, at hun kunne se, at røret ikke var lagt ordentligt på og det havde været galt siden sidst på eftermiddagen så hun ville forsøge at kontakte en serviceassistent mhp. at gå over på afdelingen

⁴⁹ Forsinkelse på mere end to dage er vurderet som alvorlig og kodet som forsinkelse, mindre forsinkelseslængde er klassificeret som mild skade. Hændelser, som er afværget inden det medførte forsinkelse, er klassificeret med ingen skade og ikke kodet som forsinkelse.

8.4.2 Psykiske og organisatoriske konsekvenser

20 hændelser fra kræftpatienter og pårørende (28 %) har psykisk konsekvens for kræftpatienten eller deres pårørende, hvor hændelserne opleves at give; nervøsitet, psykisk nedtur og tristhed og oplevelsen af manglende respekt fra sundhedsprofessionelle. Særligt de alvorlige hændelser – i særdeleshed forsinkelser – beskrives som værende opslidende, en stor belastning, traumatiserende, at give bekymringer og angst for det videre forløb.

Organisatorisk konsekvens optræder i 59 % af hændelser fra kræftpatienter og deres pårørende (42 hændelser) og omhandler bl.a. udeblivelser/aflysning af bookede aftaler som patienten ikke var informeret om, overflødige konsultationer og overflødig indlæggelse/transport til sygehus. Ligeledes beskriver kræftpatienterne og de pårørende, at de oplever dobbeltarbejde i sundhedsvæsnet pga. ukoordinerede aftaler/indkaldelser fra forskellige afdelinger.

8.5 Hændelsestyper

8.5.1 Hovedkategori

De 71 hændelser, der er rapporteret fra kræftpatienter og deres pårørende, har givet anledning til 147 registreringer af hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,2 hændelsestype pr. hændelse. Hændelsestyperne ses herunder (tabel 24).

Tabel 24: Hændelser fordelt på hændelsestype (n=71)

Hændelsestype	Antal	(%)*
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	47	(66)
Klinisk proces	46	(65)
Administrativ proces	25	(35)
Medicinering	16	(23)
Individ, team og organisation	6	(8)
Bygninger og infrastruktur	3	(4)
Infektion	2	(3)
Medicinsk udstyr	1	(1)
Patientuheld	1	(1)
Blod	0	(0)
Gasser og luftarter	0	(0)
Selvskade, selvmord	0	(0)
Anden utilsigtet hændelse	0	(0)

*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper (i alt 147).

I tabellen ses, at de rapporterede hændelser oftest er af typerne sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation, klinisk proces, administrative proces efterfulgt af medicinering. Fordeling på proces og problemkategorier⁵⁰ fremgår af nedenstående:

1. **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation**, 47 hændelser (66 %), heraf

- Med patient, 35 hændelser (74 %)
 - Beskrivelser/resultater/billeder, 10 hændelser (29 %)
 - Journal/vurderinger/henvisninger/epikriser, 8 hændelser (23 %)

Problemerne omhandler primært, at patienterne oplever sundhedspersonernes informationer som 'uklar/ufuldstændig/manglende', herunder ses hændelser, hvor patienten ikke indkaldes til undersøgelser/behandling eller hvor udskrives til hjemmet/plejehjemmet uden de pårørende informeres af sygehusafdelingen (f.eks. hændelser hvor der på hospitalet er taget beslutning om indstilling af alt behandling og påbegyndelse af terminal lindrende behandling uden involvering af de pårørende). De svigt, som kræftpatienterne oplever i den personlige dialog med sundhedspersonalet, omhandler at de sundhedsprofessionelle ikke lytter/tager patientens beskrivelse af symptomer/mistanke om tilbagefald, heri indgår oplevelse af personalets nonverbale kommunikation og attitude.

2. **Klinisk proces**, 46 (65 %) hændelser, heraf

- Fortolkning og reaktion på undersøgelser, 15 hændelser (33 %)
- Behandling og opfølgning, 11 hændelser (24 %)
- Pleje, 10 hændelser (22 %)
- Sygdomsudredning, 10 hændelser (22 %)

Problemer omfatter svigt i de sundhedsprofessionelles kliniske handlinger og fortolkninger som er 'ufuldstændig/utilstrækkelig udført', 'ikke udført' eller 'ikke udført til rette tid' og ses f.eks. i hændelser omkring mangelfuld håndtering af smerter og i hændelser, hvor patientens symptomer eller prøvesvar/diagnostiske undersøgelser fejltolkes. For patientrapporterne gælder, at både smerter og forsinkelser optræder som enten led i selve hændelsen eller som konsekvens af denne.

3. **Administrativ proces**, 25 hændelser (35 %), heraf

- Behandlingsforløb/patientforløb, 14 hændelser (56 %)

Problemerne i de administrative hændelser omhandler hovedsageligt indsatser i relation til koordineringen af udrednings- og behandlingsforløb, hvor overbringelse af information mellem de sundhedsprofessionelle er 'ikke udført' eller 'ikke udført til rette tid'. Hændelserne dækker bl.a. over bortkomne eller ikke afsendte henvisninger mellem hospitalsafdelinger, forsinkede indkaldelser og manglende prøvesvar. Patienternes/pårørendes beskrivelser i relation hertil at de oplever sig som 'tovholder' i forløbet.

⁵⁰ Her præsenteres kun de kategorier og underkategorier som rummer flest hændelser.

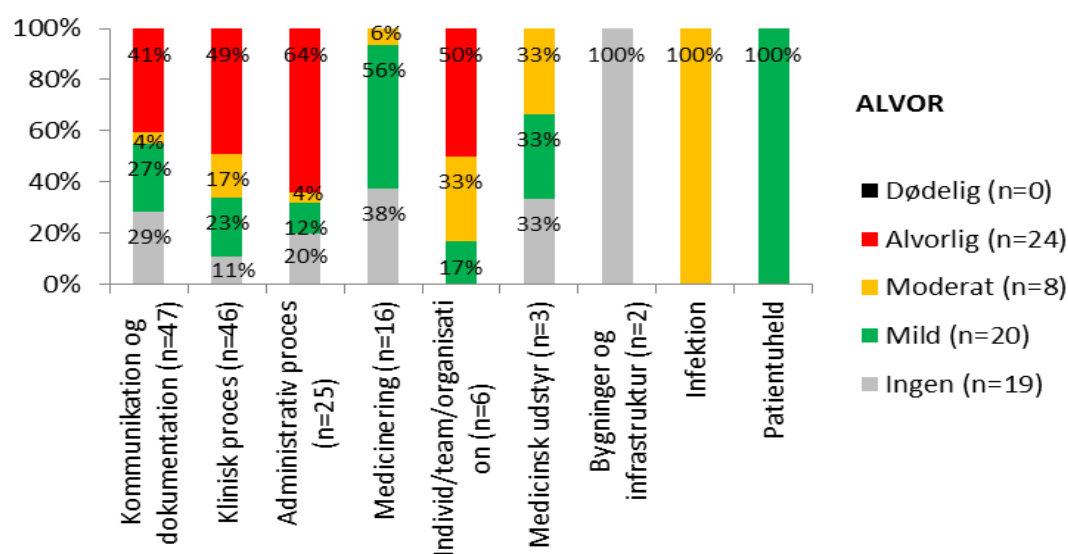
Eksempler på hændelser fra kræftpatienter/deres pårørende og forskellige hændelsestyper

Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	Jeg får lavet MR og hverken billeder er set eller beskrivelse læst, da jeg endelig får en tid i ambulatoriet 6 måneder senere. Der aftales fornyet røntgenkonference, men da jeg efter nogen tid rykker, oplyser sekretæren mig om, at aftalen ikke er effektueret. Det sættes i værk, og derefter bliver jeg ringet op af neurologen, der fortæller om kræften.
Klinisk proces	Jeg har fået foretaget tracheotomi pga. fund af ondartet kræft. Efter 1½ måned begynder jeg at bløde voldsomt. Undersøgelse og scanning viser et dræn, som ved en fejl ikke er fjernet. Og som jeg for øvrigt ikke var informeret om var anlagt.
Administrativ proces	Var til undersøgelse og får at vide at resultatet skal drøftes på en fælleskonference. Jeg får brev om indkaldelse til indlæggelse og behandling, men har ikke modtaget information om, hvad undersøgelsen viste. Det viser sig, at brevet med svar på fælleskonferencen ved en fejl aldrig er blevet afsendt.
Medicinering	Min far har en cancer og indlægges pga. en lungebetændelse. Han har metastaser og sammenfald af ryggen. Vi oplyser personalet om at ved skift af hans smertepaster, skal der sættes 125 mikrogram på. Dagen efter kan min far ikke finde ro pga. smerter. Det viser sig, at man ikke har lyttet til os som pårørende og kun sat 25 mikrogram på.

8.5.2 Alvorlighed og hændelsestyper

I figur 15 illustreres alvorligheden (fysisk skade) inden for de forskellige hændelsestyper.

Figur 15. Alvorlighed fordelt på hændelsestyper* (n=71)



*Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver hændelsestype (i alt 147 hændelsestyper).

Figuren viser⁵¹, at de alvorlige hændelser hyppigst forekommer i hændelsestyperne administrative processer, kliniske processer og sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation. Hændelser som forvolder moderat skade forekommer oftest ved klinisk proces eller medicinering. Hændelserne der ikke har medført skade eller kun i mild grad

⁵¹ Følgende 5 hændelsestyper kommenteres ikke pga. få hændelser; Individ, team & organisation, Medicinsk Udstyr, Bygninger/infrastruktur, Infektion og Patientuheld.

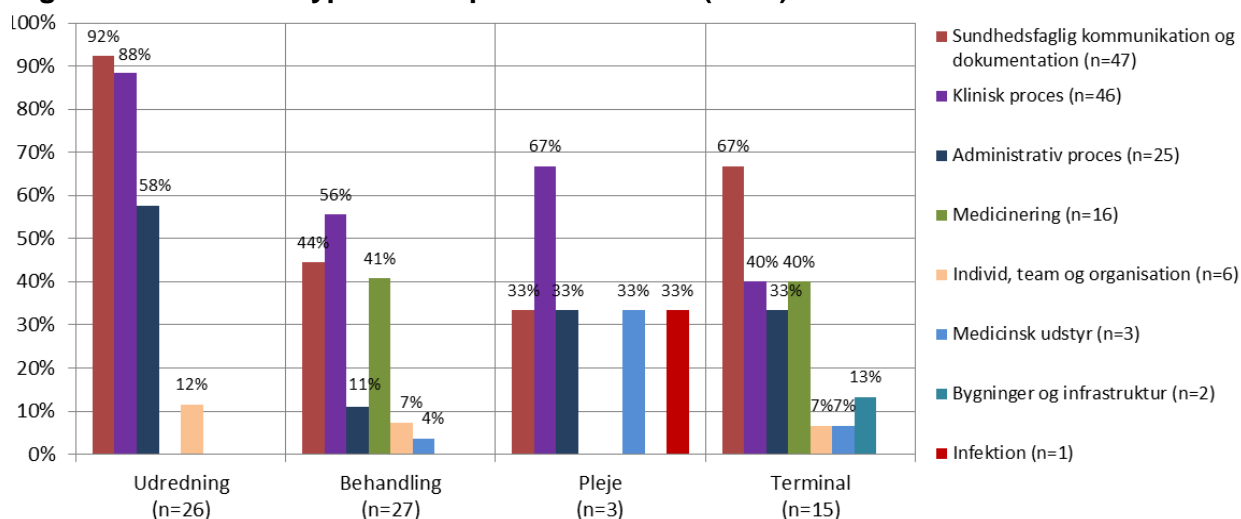
skader kræftpatienten, forekommer hyppigst inden for hændelsestyperne medicinering og sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation.

Kræftpatienterne gør i hændelsesbeskrivelserne opmærksom på, at de selv eller deres pårørende i nogle tilfælde er årsag til at fejlen opdages, inden den forårsager alvorlig skade (ofte væsentlig forsinkelse med manglende indkaldelse til udredende diagnostik eller behandling). Det sker ved, at patient/pårørende henvender sig til de sundhedsprofessionelle, hvis de ikke som planlagt har modtaget en indkaldelse til undersøgelse på sygehuset eller indkaldelse til behandling. Kræftpatienterne føler sig som ansvarlige for at følge op på og f.eks. efterspørge henvisninger og indkaldelser. At have tovholderfunktionen og have ansvar for at der ikke sker svigt i kræftforløbet, beskrives overvejende negativt. Temaet omkring aktiv involvering af kræftpatienter kan medvirke til at styrke patientsikkerheden i deres eget forløb, fylder stadig mere i både nationale og internationale sammenhænge. Det skal dog bemærkes at patientsikkerhed altid vil være sundhedsvæsnets ansvar.

8.5.3 Hændelsestyper og kræftforløbet

Figur 16 giver et overblik over, hvilke typer af hændelser, der forekommer i de enkelte dele i kræftforløbet.

Figur 16: Hændelsestype fordelt på kræftforløbet (n=71)*



*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper

Figuren viser, at de hændelsestyper sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation og kliniske processer, finder sted i alle dele af kræftforløbet, men er særlig hyppige i forbindelse med udredning, hvor også administrative processer er repræsenteret. Medicineringshændelser ses i behandlingsforløb og ved kræftpatienter i terminale forløb.

8.6 Opsamling – patienter og pårørende

Kræftpatienter og pårørende er de eneste, der er med i hele forløbet og oplever de utilsigtede hændelser helt tæt på. Hændelserne rapporteret af patienter og pårørende forekommer både i forbindelse med udredning og diagnostik (36 %), i behandlings- og opfølgingsforløb (38 %) og i den terminale fase (24 %). Størstedelen af hændelserne opleves at relatere sig til offentlige sygehuses funktioner (92%), mens få hændelser vedrører primærsektoren (8 %).

De hændelser, som kræftpatienter/pårørende rapporterer, vedrører typisk sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (66 %) og kliniske processer (65 %). De svigt, som kræftpatienterne oplever, omfatter såvel koordineringen af udrednings- og behandlingsforløb, hvor information overbringes mellem de sundhedsprofessionelle (indkaldelser), samt den personlige dialog med sundhedspersonalet, hvor patienten oplever, at de sundhedsprofessionelle ikke lytter/tager patientens beskrivelse af symptomer/mistanke om sygdom alvorligt. Sidstnævnte ses ikke i de sundhedsprofessionelles rapportering og illustrerer en viden omkring patientsikkerhedsbrist, som i sagens natur ikke kan rapporteres af sundhedsprofessionelle. Disse to hændelsestyper forårsager, sammen med ufuldstændige eller manglende prøvesvar/henvisninger mellem de sundhedsprofessionelle, væsentlige forsinkelser i kræftforløbene – forsinkelser som i denne analyse er vurderet som alvorlige.

De fleste af hændelserne rapporteret af kræftpatienter og pårørende har medført fysiske skader på kræftpatienten (73 %). I alt 34 % af hændelserne er skønnet alvorlige, hovedsagelig fordi hændelsen forsinkede kræftudredningen eller – behandlingen. De alvorlige hændelser ses hyppigt relateret til administrative processer (manglende henvisninger til f.eks. kemobehandling efter endt operation), klinisk processer (forkerte vurderinger) samt de sundhedsprofessionelles kommunikation & dokumentation (ikke at modtage indkaldelse, ikke at blive lyttet til og taget alvorlig). Endvidere påvirker 28 % af hændelserne kræftpatienterne psykisk og 59 % har konsekvenser for sundhedsvæsenet, i form af eksempelvis ineffektivitet og spildte ressourcer.

Med udgangspunkt i hændelser rapporteret fra kræftpatienter og deres pårørende, viser det sig, at der er særlige problemområder forbundet med:

- Koordinering af udrednings- og behandlingsforløb (forsinkelser pga. manglende indkaldelser eller svar på undersøgelser)
- Svigt i kliniske vurderinger af symptomer eller resultater
- Kommunikationen med de sundhedsprofessionelle
 - uhensigtsmæssig overbringelse af vanskelige budskaber
 - skiftende information
 - ikke at blive lyttet til, inddraget i beslutninger

9 Diskussion

Denne analyse er den første af sin slags, der analyserer kræftrelaterede utilsigtede hændelser, rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) fra primær sektor (praktiserende læger, hjemmeplejen, ambulancetjenesten mv.) og fra kræftpatienter og deres pårørende. Analysen er eksplorativ og bidrager med væsentlig information om risici, der kan bruges til at forbedre patientsikkerheden for kræftpatienter i det danske sundhedsvæsen.

9.1 Diskussion af udvalgte sikkerheds – og kvalitetsproblemer

Sammenhængsproblemer

Resultaterne i denne rapport peger på, at der er nogle særlige problemstillinger omkring overdragelse af ansvar for kræftpatienten og informationsoverlevering både i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.

Koordination og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet er centralt for at understøtte kontinuitet i kræftforløbet. Nogle forløb er enkle med relativt få kontakter til sundhedsvæsenet, mens andre er meget komplekse og involverer adskillige kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Kontinuitet handler både om den personlige relation mellem kræftpatienten og en eller flere af sundhedsvæsenets aktører, om udvekslingen af information mellem de sundhedsprofessionelle og om, at der er organisatorisk sammenhæng i patientens forløb.

Manglende koordination og sammenhæng er en gennemgående problematik i denne rapport, hvor mange hændelser er karakteriseret ved, at ansvaret for patienten skifter mellem sundhedspersoner på tværs af sektorer – uden at den understøttende informationsdeling, kommunikation og samarbejde er til stede. I disse overgange er der risiko for kontinuitetsbrist med utilsigtede hændelser og dårlige resultater for patienten som følge.

Sammenhængsproblemerne kommer i rapporten til udtryk ved, at størstedelen af hændelserne fra primær sektor og kræftpatienter er kendetegnet ved forskellige former for problemer med *kommunikation & dokumentation* og *administrative processer*. I tidligere undersøgelse af kræftspecifikke hændelser fra hospitalssektoren, udgjorde sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation og administrative processer hhv. 12 % og 11 % af alle rapporterede hændelser og i 2013 var forekomsten af disse to hændelsestyper indsendt til DPSD fra primærsektor på tværs af sygdomsgrupper på tilsvarende lave niveau (2, 34).

Tidligere undersøgelser af patientsikkerhed i kræftforløb viser ligesom denne analyse, at overgangs- og sammenhængsproblemer udgør et problem, både under og efter kræftbehandling (7, 22, 26, 39). Blandt de sikkerhedsproblematikker, som identificeres i denne analyse, er uhensigtsmæssigheder i forbindelse med overgange mellem sektorerne. I primærsektor opleves bl.a. mangelfulde udskrivelsesprocesser, hvor sygeplejerapporter eller epikriser er mangelfuld, eller kræftpatienter udskrives i så dårlig almentilstand, at plejen ikke kan varetages i kommunalt regi. Sundhedsvæsenet forsøger aktivt at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen af de forløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner, gennem de såkaldte Sundhedsaftaler (40). Det drejer sig f.eks. om formelle

aftaler mellem hospitaler og kommuner om varsling af udskrivelse i tilstrækkelig god tid, så patientens behov for pleje og rehabilitering kan imødekommes af hjemmeplejen, om ansvaret for at sikre at medicinen er korrekt, eller at hjælpemidler leveres umiddelbart efter udskrivelse. Alligevel er det beskrevet eksempler på, hvordan kræftpatienter udskrives uden den kommunale sundhedssektor informeres, hvordan praksissektoren først sent modtager epikriser samt er tvivl om, hvem der har ansvaret for rettidig reaktion på prøvesvar/undersøgelsesresultater og henvisninger, så der opstår unødigt forsinkelse på udredning og behandling. Vores fund tyder sammen med dette på, at Sundhedsstyrelsens vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser ikke er fuldt implementeret og at en tilsvarende vejledning for håndtering af henvisninger er relevant, hvilket også understøttes i andre undersøgelser (39, 41, 42).

I primærsektor er der sat særligt fokus på sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet og på at lære af hændelser, hvor der sker brist (jf. rapporteringspligten til DPSD). Sammenhængsproblematikken, når ansvaret for patienten skifter, illustrerer en generel patientsikkerhedsrisiko i sundhedsvæsenet. Da den praktiserende læge ofte er 'ankerperson' i udredningen og den kommunale sektor 'holder tov' på plejen både under og efter hospitalsbehandling og i den terminale fase, kommer sammenhængsproblemerne ofte til syne i primærsektoren. Såvel i denne som i andre undersøgelser viser det sig således vigtigt, at der arbejdes målrettet med at øge samarbejdet mellem de involverede parter i de forskellige dele af sundhedsvæsenet (43-50). Det vil sige at der er et fortsat behov for, at ansvaret for den kræftframte tydeliggøres, så hverken patient, pårørende eller sundhedsprofessionel er i tvivl om, hvem der på et givent tidspunkt har ansvaret for patienten.

Medicineringsproblemer

Cirka hver anden hændelse fra primærsektor vedrører medicinering og langt hovedparten er rapporteret fra den kommunale sundhedssektor. Problemerne er især relateret til dispensering, dokumentation og ordination. I litteraturen fremstår medicinering generelt som en særlig risiko i primærsektoren (43-48, 51). Vores analyse af risikomønstrene i de kræftrelaterede medicineringshændelser synliggør, at den kommunale sundhedssektor håndterer højrisikomedicin med potente bivirkningsprofiler og administration via intravenøse adgange. Tidligere undersøgelser af kræftspecifikke hændelser viser, at medicinering også udgør et problem i både primær- og sekundærsektoren (6, 34). I hjemmeplejen beskrives hyppigt risici i relation til håndtering af milde smertelindrende medikamenter som Paracetamol, men i denne undersøgelse, beskrives håndteringen af morfinlignende lægemidler at udgøre en risiko (46).

Nogle af de problemstillinger, som er identificeret i analysen er forsøges forebygget ved hjælp af forskellige tiltag. F.eks. beskriver en standard i Den Danske Kvalitetsmodel, hvordan videregivelse af korrekte medicinoplysninger inden patienter udskrives fra hospitaler skal sikres (40, 52). Ligeledes var implementering af medicinafstemning en indsats i projektet Patientsikkert Sygehus (53). Fundene i denne analyse tyder imidlertid på, at den kommunale sundhedssektor har nogle effektive mekanismer, der identificerer og forebygger overgangshændelser i forbindelse med udskrivelse af kræftpatienter, inden der sker skade på patienten. Der synes dog stadig at være rum for forbedring af medicineringsprocessen og øget samarbejde.

Patienter i terminale forløb

En stor andel af rapporterne omhandler sundhedsvæsenets indsatser til kræftpatienter i den terminale fase af deres sygdomsforløb (41 %), dvs. perioden, hvor patienten typisk kun har få uger tilbage at leve i. I litteraturen beskrives samspillet mellem hospital, kommune og almen praksis, at være essentiel for det gode forløb (20, 21, 32, 39). Viden om patientsikkerhed i denne del af kræftforløbet er generelt sparsom, og arbejdet her illustrerer vigtigheden af, også at få sat fokus på patientsikkerhed i palliative og terminale forløb – både som begreb og med forbedringsindsatser. Vores fund viser, at der er svage punkter i det nuværende samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis, omkring terminale kræftpatienter særligt relateret til videregivelse af oplysninger og medicinering. Dette medfører, at der ikke kan lægges en optimal plan for den terminale patients forløb, som støtter især hjemmepleje ved udvikling i sygdommen. Konsekvensen heraf, ses at være utilstrækkelig lindrende medicinering af kræftpatienten og uværdige forløb/død (f.eks. hvor kræftpatienten dør på et hospital trods ønske om at dø i eget hjem, eller at kræftpatienten forsøges genoplivet, trods døden er forventet). Fundene indikerer, at der er behov for et særligt fokus på at sikre hensigtsmæssige udskrivelsesforløb for terminale kræftpatienter og en optimal koordineret fælles indsats på tværs af sundhedsvæsenet.

Konsekvenser af hændelserne

Hovedparten af hændelserne i analysen skader kræftpatienten (63 %), hvor 21 % medfører alvorlig skade. Et tilsvarende billede af forekomsten af fysisk skade tegner sig i litteraturen (6, 39, 41). Grundet forskellige definitioner af alvorlighed og varierende vurdering af alvorligheden af forsinkelser, er det imidlertid vanskeligt at foretage sammenligninger på tværs af studierne. Undersøgelser har vist, at tidlig diagnostik og behandling af patienter med symptomer på kræft (eller tilbagefald) øger kræftpatienters sandsynlighed for at blive rask af behandlingen. Forsinket diagnose eller opstart af behandling giver fare for, at kræftsygdommen forværres inden behandlingen iværksættes, eller at en mere omfattende behandling med flere bivirkninger og større risiko for komplikationer bliver nødvendig. At nedbringe ikke-fagligbegrundet ventetid i forbindelse med diagnostik og behandling har været et centralt indsatsområde i danske kræftforløb de seneste 10 år (54). Glemte henvisninger og forsinkede prøvesvar kan måske umiddelbart synes 'banale', men i denne analyse har vi konsekvent vurderet hændelser med betydelig forsinkelse på udredning eller behandling som værende alvorlige, da de altså kan have betydelige konsekvenser og kan i sidste ende forringe kræftramtes mulighed for at overleve. Generelt i forhold til DPSD synes der imidlertid behov for konsensusbeslutning om vurdering af denne type konsekvenser.

Mange af hændelsesbeskrivelserne illustrerer hvordan hændelser, der fører til ingen eller mild skade på kræftpatienter kan have organisatoriske konsekvenser. Således ses uklare kommunikationsveje, unøjagtige vurderinger og manglende dokumentation af aftaler for det videre forløb at medføre spildt tid, merarbejde, afbrydelser og overflødige eller dobbelte undersøgelser.

Hændelser rapporteret af kræftpatienter og deres pårørende

Tidligere undersøgelser af kræftpatienters perspektiv på kvalitet og patientsikkerhed viser at følgende faktorer har betydning for patienternes vurdering: ventetid, problematiske overgange mellem sygehus og afdelinger/ambulatorier, personalekontinuitet og kendskab til eget behandlingsforløb. Ligeledes ses det, at koordination og kommunikation er nøgleord for

kræftpatienterne i relation til efterforløbet og i den palliative fase af sygdomsforløbet, (6, 7, 22, 24-26). Resultaterne af denne analyse viser i forlængelse heraf, at særligt den sundhedsfaglige dokumentation & kommunikation mellem den primære og sekundære sundhedssektor bidrager væsentligt til, at kræftpatienterne og deres pårørende oplever svigtende sikkerhed. Det relativt meget lave antal hændelser fra kræftpatienter og pårørende (71 hændelser), står i kontrast til tidligere landsdækkende undersøgelser, hvor 25 % af kræftpatienter oplever fejl og komplikationer i relation til indsatser i sundhedsvæsnet (7, 26).

I rapporterne fra kræftpatienter og deres pårørende forbindes forsinkelse i kræftudredning og kræftbehandling ofte med alvorlig skade på kræftpatienten og psykisk belastning. Tidligere undersøgelser viser, at forsinkelse eller forlænget ventetid medfører overvejelser hos kræftpatienter omkring forværring af deres sygdom og dårligere overlevelse (6), hvilket bekræftes i denne analyse. De alvorlige hændelser optræder primært i udredningsfasen, hvor patienterne henvender sig med symptomer, men hvor de oplever forsinkelse i forhold til at få stillet kræftdiagnosen. Oplevelsen af ikke at blive lyttet til forekommer både i praksissektoren og i hospitalssektoren og omfatter bl.a. situationer, hvor patienten ikke føler sig taget alvorligt, idet der ikke handles på deres symptombeskrivelser. De rapporterede hændelser fra patienterne har ofte baggrund i 'falsk negative' undersøgelser og forekommer især hos kræftpatienter, som i forvejen følges i ambulatorier pga. tidligere kræft. Det særlige ved denne type af hændelser er, at de kun identificeres af patienterne og ikke beskrives af de sundhedsprofessionelle.

9.2 Diskussion af metode

Analysen baserer sig på utilsigtede hændelser, som de sundhedsprofessionelle i primærsektor eller kræftpatienter og pårørende har opdaget og rapporteret til DPSD. Hændelser omhandlende primærsektor, som opdages og rapporteres af sundhedsprofessionelle i sekundærsektor, er således ikke inkluderet. Det betyder, at hændelserne repræsenterer en delmængde af de hændelser der rapporteres vedr. primærsektoren. Identifikation af kræftrelaterede hændelser i DPSD er sket via søgning på en række sygdoms- og behandlingsspecifikke søgeord i fritekstbeskrivelserne. Fremgangsmåden forudsætter, at ét af de 17 kræftrelaterede ord er anvendt i hændelsesbeskrivelsen, hvilket f.eks. ikke vil være tilfældet, hvis kræftsygdommen for rapportøren, ikke er kendt eller ikke umiddelbart spiller en rolle i forhold til hændelsen. Således ville andre søgeord måske identificere andre/flere rapporter. En overordnet sygdomskategorisering af hændelserne i DPSD, kunne formentlig optimere fremsøgningen af kræftrelaterede hændelser.

Alene i 2013 blev der rapporteret ca. 1.900 hændelser fra patienter og pårørende, ca. 51.300 hændelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne og ca. 113.000 hændelser fra sundhedsprofessionelle udenfor hospitalerne (34). De i denne rapport i alt 531 kræftrelaterede utilsigtede hændelser, udgør således et relativt lille materiale. Rapporteringssystemer som DPSD er designet til at identificere risikoområder, som sundhedspersonale og ledelser bør være opmærksomme på og lære af, men er ikke egnet som monitoreringssystem og er ikke designet til statistisk anvendelse. Ikke desto mindre giver DPSD mulighed for at identificere typer af fejl, som ikke optræder i eksisterende

monitoreringssystemer og for at få en kvalitativ forståelse af de ting, der ikke forløber som forventet.

Det er kendt, at rapporteringssystemer generelt er behæftet med underrapportering, og det vurderes, at 7-15 % af det faktiske antal hændelser identificeres via rapporteringssystemer (1, 55, 56). Da rapportering af utilsigtede hændelser endvidere er påvirkelig af en lang række faktorer, er det ikke muligt ud fra resultaterne af denne analyse at estimere forekomsten af kræftrelaterede utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet (55, 57). Antallet afspejler således antallet af indsendte rapporter til DPSD og ikke det faktiske antal hændelser, der sker. Desuden må det antages, at eksempelvis hyppige eller tilbagevendende hændelser er underrepræsenteret, da rapportørerne sandsynligvis afstår fra at rapportere hver gang hændelsen sker, men fokuserer på de hændelser med konsekvens for patienten, dvs. hvor videreførelse eller iværksættelse af udredning/pleje/behandling forhindres eller begrænses. Yderligere er det forskelligt, hvad faggrupperne i de forskellige organisationer og sektorer har fokus på, hvilket har betydning for resultaterne af denne analyse. I Sundhedsloven findes derudover rammer for, hvad de enkelte sundhedspersoner/sektorer skal rapportere til DPSD, hvor rapporteringspligten i primærsektor omfatter hændelser, som sker i sektorovergange og medicinering (23). Denne rapport giver dermed ikke et fuldstændigt billede af virkelig heden, men er kilde til viden om karakteren af de sikkerhedsproblemer som rapporteres omkring kræftforløb. De metodemæssige begrænsninger synliggør behovet for, at der fremadrettet fortsat arbejdes med at tilvejebringe et validt og pålideligt datagrundlag, der gør det muligt at vurdere sikkerheden i kræftforløb og vurdere effekten af de interventioner, der sættes i værk.

Rapportering af utilsigtede hændelser til DPSD er en mulighed for patienter og pårørende, er ikke et krav. Det er dog usikkert, hvor systematisk kræftpatienterne og deres pårørende informeres herom. Patienter og pårørendes bevæggrunde for at rapportere hændelser er ikke kendt, herunder i hvilket omfang karakteren eller konsekvensen af de oplevede hændelser har indflydelse på, om en hændelse rapporteres. Det vides heller ikke om det politiske fokus på eksempelvis forsinkelser i kræftdiagnostik og kræftbehandling, eller andre offentlige dagsordner, har indflydelse på patientrapporteringen. Selvom hændelsesbeskrivelserne fra kræftpatienter og deres pårørende generelt er af en anden karakter end sundhedspersonalets, giver flere af rapporterne indtryk af et vist sundhedsfagligt indblik og kendskab. Det kan således ikke udelukkes, at kræftpatienter med sundhedsprofessionel baggrund, eller de som har sundhedsprofessionelle pårørende, er overrepræsenteret i analysen. Samlet set antyder det begrænsede antal af hændelser rapporteret fra kræftpatienter og pårørende, at patienter kun i begrænset omfang kender til og benytter rapporteringsmuligheden.

Hændelserne er manuelt gennemgået med fornyet kodning af alvorlighedsscore og suppleret af klassifikationen af hændelsestyperne, da der blev konstateret en meget stor variation i kodepraksis. Sagsbehandlingens alvorlighedsscorer af hændelserne i DPSD var i flere tilfælde kodet i forhold til den potentielle skade, som hændelsen *kunne* medføre - ikke i forhold til den faktiske skade. En systematisk tilgang til rapportørernes beskrivelser af årsager til de utilsigtede hændelser og deres fysiske, psykiske- og organisatoriske konsekvens, herunder konsekvent kategorisering af f.eks. alvoren i nærhændelser og forsinkelser, har gjort det muligt at skabe overblik over de skader hændelserne har medført og typen af utilsigtede hændelser. Imidlertid må det fremhæves, at en høj detaljeringsgrad i

hændelsesbeskrivelserne giver bedre mulighed for at nuancere konsekvensen, præcisere fasen i kræftforløbet, hændelsessted og hændelsestyperne.

Denne analyse af patientsikkerhedsrisici i kræftforløb kan, sammen med anden viden om patientsikkerhed, bruges som afsæt for forbedring af sikkerheden i sundhedsvæsenet.

10 Litteraturliste

1. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen T, Bech K, Stockmarr A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskrift for Læger. 2001;163(39):5370-8.
2. Utilsigtede hændelser i kræftbehandlingen - en analyse af hændelsesrapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, København: 2010.
3. Sundhedsloven, Kapitel 61. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedssektoren. Patientsikkerhed – LBK 913 af 12. juli 2010.
4. Nøgletal Kræftens Bekæmpelse: Kræftens Bekæmpelse; 2013 [cited 2013]. Available from: <http://www.cancer.dk>.
5. Patientsikkerhed i kræftbehandlingen - journalgennemgang med Global Trigger Tool. Kræftens Bekæmpelse, København: 2010.
6. Kræftpatienters rapportering af utilsigtede hændelser. Kræftens Bekæmpelse, København: 2010.
7. Sandager M, Sperling C, Vinter MM, Knudsen J, Jensen H. Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsnet gennem udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse: Patientsikkerhed K; 2011.
8. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? BMJ quality & safety. 2012;21(4):267-70.
9. Wu AW. Medical error: the second victim. The Western journal of medicine. 2000;172(6):358-9.
10. Nissen A, Dørflinger LH, Nielsen AS, Møller HC. Praktiserende lægers støtte og omsorg for patienter i kræftforløb – en gennemgang af nyere dansk litteratur, interview og workshop med læger, praksissygeplejersker og patienter. Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H), 2013.
11. Kræftindsatsen i et aktuelt sundhedsfagligt perspektiv. Danske Regioner 2010.
12. Topping ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: a cohort study in primary care. European journal of cancer (Oxford, England : 1990). 2013;49(9):2187-98.
13. Rubin G, Neal R, Abel G, Lyratzopoulos G. Integrated research efforts are needed to better understand how to reduce the proportion of patients with cancer who are diagnosed as emergencies. British journal of cancer. 2013;108(7):1550-1.
14. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft. København: 2012.
15. Den kommunale borgerrettede forebyggelsesindsats. Kræftens Bekæmpelses Fokusrapport 2014-15, (2013).
16. Styrket indsats for den ældre medicinske patient: faglig oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen, København: 2011.

17. Rapport om lægemidler involveret i alvorlige utilsigtede hændelser
Lægemiddelstyrelsen: 2011.
18. Sundhed - Akut og præhospital: Danske Regioner; 2013 [cited 2014 28-02-2014].
19. Specialevejledning for klinisk onkologi. Sygehusbehandling og Beredskab,
Sundhedsstyrelsen 2011.
20. Anbefalinger for den palliative indsats. København: 2011.
21. Karstoft K, Nielsen AF, Timm H. Palliativ indsats i den kommunale pleje. Kortlægning
af den palliative indsats i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem i Danmark
2010-2011. Palliativt Videnscenter: Palliativt Videnscenter; 2012.
22. Jespersen KR, Lipczak H, Knudsen JL. Kræftpatienters klager - en analyse af
patientsikkerhed og kvalitet i kræftforløbet. Kræftens Bekæmpelse: 2013.
23. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedssektoren m.v. LBK
nr 913, (13. juli 2010).
24. Korngut S, Johnsen A, Spielmann M, Neergaard M, Grønvold M. Kræftpatienters
oplevelser i den palliative fase af sygdomsforløbet. København: 2012.
25. Enevoldsen C, Sperling C, Sandager M, Knudsen JL. Kræftpatienters oplevelser med
sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling. Patienternes kommentarer i fri
tekst. Kræftens Bekæmpelse, Barometerundersøgelse: 2011 2011. Report No.
26. Sandager MT, C S, Vinter MM, Dahllöf LS, Bæksted C, Knudsen JL, et al. Kræfttramtes
behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses
Barometerundersøgelse: 2013.
27. Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet, Begrebsdatabasen Statens Serum
Institut2013 [cited 2014 28-05-2014].
28. Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk
Patientsikkerhedsdatabase. Patientombuddet: 2011.
29. Bartels P, Poulstrup A. Patientsikkerhed: Alle taler om det, der sker fremskridt, men det
går (for) langsomt. Ugeskrift for Læger. 2012;174(45):2765.
30. Jensen HI, Christensen M, Hansen MD, Jørgensen SJ, Sørensen AL, Mainz J.
Patientsikkerhed i medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Ugeskrift for Læger.
2010;172(21):1606-9.
31. Mogensen TS, Poulsen J, Wendelboe B, Pedersen BL. Patientsikkerhed i Danmark –
et år efter pilotundersøgelsen. Ugeskrift for Læger. 2002;164(38):4377-9.
32. Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen. Sundhedsstyrelsen:
Sundhedsstyrelsen; 2002.
33. "Patientombuddets estimering af antal rapporter i studieperioden". 2013.
34. Årsberetning 2013. Dansk Patientsikkerheds Database, Del 1. Patientombuddet: 2014.
35. Promedicin.dk: Dansk Lægemiddel Information A/S; 2014 [cited 2014 05-03-2014].
Available from: <http://pro.medicin.dk/>.

36. Introduktion til brug af CVI Region Hovedstaden, praksisinformation: Region Hovedstaden, praksisinformation; 2011. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/visitation-hovedside/central-visitation-cvi/introduktion-brug-cvi/>.
37. Månedens UTH. Parakliniske undersøgelser. Dansk Selskab for Almen Medicin - dit videnskabelige selskab.2014. Available from: http://www.dsam.dk/flx/udvalg_og_interessegrupper/patientsikkerhedsudvalget/maanedens_uth/?Highlight=utilsigtede.
38. Jensen H, Nissen A, P. V. Quality deviations in cancer diagnosis: prevalence and time to diagnosis in general practice. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners. 2014;64(619):92-8.
39. Christiansen A, Lipczak H. Kræftpatienters sikkerhed i sundhedsvæsenet efter kræftbehandling. København: 2014.
40. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler [cited 2014 14022014]. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler>.
41. Knudsen J, Sengeløv L, Gandrup P, Morgensen T, Hellebek T, Nafei H, et al. Overgange i udredning, diagnostik & behandling. Dokumentationsrapport 2012. 2012.
42. Lipczak H, Rønfeldt LR, Knudsen JL, Palshof T. Patientsikkerhed i Kræftforløb. Statusrapport 2012. Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, 2012.
43. Christensen M, Nielsen AJ. Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. En pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer. Danske Sundhedsinstitut (DSI), 2006.
44. Jensen M, Pedersen K. Utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI), 2010.
45. Harrison M, Keeping-Burke L, Godfrey C. Safety in home care: a mapping review of the international literature. Int J Evid Based Healthc 2013(11):148–60.
46. Medicinering i hjemmeplejen og i plejebolig – identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. København: Patientombuddet, 2012.
47. Evidence scan: Levels of harm in primary care. The Health Foundation, Inspiring improvement: 2011.
48. Silva D, Bamber J. Evidence scan. Improving quality in general practice. The Health Foundation Inspiring Improvement, 2014 November. Report No.
49. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen - rapport fra udvalg vedrørende almen praksis. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
50. Siemsen IM. Patientovergange - et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange. DTU Management: Institute for Planlægning, Innovation og Ledelse, 2011.
51. Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Quality & safety in health care. 2007;16(1):34-9.

52. Medicingennemgang. Den Danske Kvalitets Model for sygehuse 2. version. København: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, 2014.
53. Patientsikkert sygehus - Medicinafstemning Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2013 [02-04-2014].
54. Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
55. Bjorn B, Anhoj J, Lilja B. [Reporting of patient safety incidents: experience from five years with a national reporting system]. Ugeskrift for læger. 2009;171(20):1677-80.
56. Vincent C, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety. London: The Health Foundation 2013 2013.
57. Pedersen BL, Mogensen T. Hvorfor sker der skader og fejl? Patientsikkerhed – fra sanktion til læring. København: Munksgaard Danmark; 2003.

11 Bilagsliste

Bilag 1: Klassifikation af hændelser, som anvendes i DPSD (ICPS hændelsestyper)

Bilag 2: Konsekvenser (fysisk, psykisk og organisatorisk)

Bilag 3: Rapportørers løsningsforslag

Bilag 1: Klassifikation af hændelser, som anvendes i DPSD

De rapporterede utilsigtede hændelser skal i DPSD være klassificeret som følger nedenfor, ifølge Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. Klassifikationen er en modificeret udgave af WHO's ICPS klassifikation (28).

Den obligatoriske klassifikation består af 13 forskellige hovedkategorier (i rapporten betegnet hændelsestyper) og væsentlige processer. Den ikke obligatoriske klassifikation består af en udvidet klassifikation med oplysninger om proces og problem. En hændelse kan rumme elementer af flere hovedkategorier med tilhørende detaljer om proces og problem, og skal i så fald klassificeres med flere krydser i DPSD (28).

1) Administrative processer

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med administrative procedurer i sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være i forbindelse med sektorovergange samt indgåelse af aftaler og tidsbestilling. Hændelsen foregår typisk uden patientens tilstedeværelse og er ofte relateret til planlægningen af patientens ophold eller forløb i sundhedsvæsenet.

Proces:

- Overdragelse af ansvar
- Aftale/indkaldelse/henvisning
- Behandlingsforløb/Patientforløb
- Indlæggelse/modtagelse
- Udskrivelse
- Identifikation
- Informeret samtykke
- Respons på nødsituationer
- Andet/vides ikke

2) Kliniske processer

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med f.eks. undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning og sundhedsfaglig pleje. Hændelsen er ofte foregået i den direkte kontakt mellem sundhedsperson og patient, men kan også omfatte delprocesser tæt knyttet til diagnostik og behandling uden direkte patientkontakt.

Proces:

- Opsporing og forebyggelse
- Sygdomsudredning
- Behandling og opfølgning
- Pleje, genoptræning og terapi
- Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests
- Fysisk eller medicinsk tvangsbehandling
- Anden proces/vides ikke

3) Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med sundhedspersoners kommunikation og dokumentation (mundtlig eller elektronisk) om en patient. Kategorien omfatter fx sundhedspersoners kommunikation med patient/pårørende/anden sundhedsperson.

4) Infektion

Utilsigtede hændelser, hvor patienter får en infektion i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet. Infektionen kan være en sepsis, absces, pneumoni, urinvejsinfektion m.v.

5) Medicinering

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med ordination, dokumentation, recepthåndtering, opbevaring, dispensering og administration af medicin samt observation af patienten.

6) Blod og blodkomponenter

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med tapning, testning, opbevaring, levering, ordination, dokumentation, dispensering, administration af blod og blod-komponenter samt observation af patienten.

7) Gasser og luft til medicinsk anvendelse

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med forsyning, ordination, dokumentation, dispensering, administration af gasser og luftarter til medicinsk anvendelse samt observation af patienten.

8) Medicinsk udstyr

Utilsigtede hændelser, der er forårsaget af eller opstår i forbindelse med anvendelse af medicinsk udstyr til behandling af patienter.

9) Selvskade, selvmordsforsøg eller selvmord

Utilsigtede hændelser, hvor en patient begår selvskade, forsøger at begå eller begår selvmord.

Proces:

- Selvskade
- Selvmordsforsøg
- Selvmord

10) Patientuheld

Utilsigtede hændelser, hvor en patient kommer ud for et uheld eller en ulykke, f.eks. fald.

Proces:

- Fald
- Brandskade
- Andet

11) Bygninger og inventar

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med brand og røgdudvikling, logistik, forsyningssystemer og transportmidler samt i forbindelse med kommunikationssystemer m.v.

12) Individ, team og organisation

Utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med utilstrækkelige resurser eller uhensigtsmæssig organisering af arbejdet.

13) Øvrige

Utilsigtede hændelser, som ikke kan placeres i de øvrige er.

Bilag 2. Konsekvenser (fysiske, psykiske og organisatoriske)

Fysisk konsekvens (faktuel fysisk skade)

Hændelser som opdages/afværger inden det skader patienten klassificeres som ingen skade, uanset den potentielle alvorlighed. Hændelser som ikke opdages/afværger, vurderes alle som havende en faktisk skadende konsekvens for patienten, dvs. minimum mild skade.

Ingen skade:

- Alle afværgede hændelser

Mild skade:

- Medicin, som ikke gives, ikke gives på planlagt tidspunkt (for sent) eller gives i forkert dosis, betegnes som fejlmedicinering.
- Pleje, som ikke gives, ikke gives på planlagt tidspunkt (forsinket) eller gives forkert, betegnes som insufficient pleje.
- Fald.
- Hændelser, hvor der vurderes behov for øget observationsniveau såsom flere besøg, konsultation med vagtlæge og lign. (f.eks. ved over/underdosering af smertestillende), men hvor skaden ikke viser sig eller udvikler sig.

Fejlmedicinering, insufficient pleje og fald er håndteret ens, dvs. scoret minimum som mild skade uanset om der i hændelsesbeskrivelsen 1) står beskrevet at der ingen skade er sket på patienten, 2) står beskrevet at skaden er uvis/ikke kendt, eller 3) ikke står beskrevet en konsekvens eller at der mangler beskrivelse af konsekvens (tomt felt). De sundhedsprofessionelles vurdering af faktisk skade baserer sig ofte på en subjektiv vurdering af lidelse hos patienten og evnen til at beskrive det i hændelsesrapporterne. Arbejdsgangene i primærsektoren gør det særlig vanskelig at monitorere konsekvensen af eksempelvis fejlmedicinering og deres vurdering af skaden bygger ikke nødvendigvis på egne observationer men baserer sig på subjektiv vurdering af patienten, de pårørendes beskrivelse eller den potentielle alvorlighed. Ligeledes giver afvigelse fra ordineret medicin eller planlagt plejeindsats sjældent er målbar faktisk skade (f.eks. hvis et besøg til sårskift glemmes med tages den efterfølgende dag, eller hvis der gives dobbelt dosis morfin tablet til natten inden fejlen rettes)

- Uønsket indlæggelse af terminale kræftpatienter.

Det er vanskeligt at vurdere faktisk skade af hændelser omkring kræftpatienter i terminalfase ud fra om hændelserne reelt ændrer udfaldet pga. den fremskredne sygdom. Ved gennemlæsning er hændelser ved kræftpatienter i terminal fase overvejende kategoriseret som mild skade, da hændelserne ikke nødvendigvis er 'årsagen' til at patienten dør. Ligeledes er uønskede terminale forløb, herunder genoplivningsforsøg/uønsket indlæggelse og lignende, netop ofte den utilsigtede hændelse.

Moderat skade:

- Tryksår (inkl. udvikling af tryksår).
- Hændelser, som kræver indlæggelse på hospital (eksklusiv terminale kræftpatienter)

Alvorlig skade:

- Varig fysisk skade (f.eks. mistet førlighed, stomi)
- Akut livstruende forløb/genoplivende behandling (eksklusiv terminale patienter)
- Forsinkelse i den akutte livreddende behandling i den præhospitale indsats
- Forsinkelse, som ikke er faglig begrundede, på mere end 2 dage i kræftudredning eller opstart af kræftbehandling. Da konsekvensen af tid ikke kendes præcist, og dermed ikke kan beskrives førend resultatet kendes, er alle hændelser som har resulteret i væsentlig forsinkelse kodet ens. Dvs. hændelser, hvor mistanken om kræft først på et senere tidspunkt

af- eller bekræftes (uanset kræftstadiet), håndteres på samme vis som hændelser, hvor rapportøren vurderer at et fremskredt tumorstadium skyldes forsinkelse. Eller hvor rapportøren opdager kræftsygdommen og retrospektivt vurderer/analyserer at forløbet er blevet forsinket afgørende.

Psykisk konsekvens

Hændelser, hvor rapportøren anvender ord der eksplicit beskriver en psykisk tilstand hos patienten (angst, stress, ked-af-det-hed og lign.). Hændelser, hvor rapportøren anvender ord der beskriver etiske problemstillinger ved kræftpatienter i den terminale fase, såsom 'uværdigt forløb' eller 'uværdig død', er ligeledes kodet til at have psykisk konsekvens.

I flere hændelser beskrives, at kræftpatienten og de pårørende oplever, at sundhedsvæsenet fremstår uprofessionelt og uorganiseret eller, at kræftpatienten oplever manglende sammenhæng i deres behandling/forløb. Disse hændelser, uanset om de er beskrevet af de sundhedsprofessionelle eller kræftpatienterne, er ikke registreret hverken med psykisk konsekvens.

Organisatorisk konsekvens

Hændelser, hvor rapportøren anvender ord der eksplicit beskriver ressourceforbrug hos den sundhedsprofessionelle (f.eks. tid på at tage telefonisk kontakt til andre sundhedsprofessionelle eller sygehusafdelinger, aflysning af bookede patientaftaler, aflysning af diagnostiske undersøgelser osv.). Organisatorisk konsekvens er registreret uanset om ressourceforbruget er i forbindelse med at hændelsen opdages (skaden afværges) eller i forbindelse med at mindske skadens omfang (skaden er sket).

Hændelser, som har medført moderat eller alvorlig fysisk skade, indbefatter qua definitionen, et øget behandlingsniveau og er registreret med organisatorisk konsekvens.

I flere hændelser beskriver de sundhedsprofessionelle eller kræftpatienten og de pårørende, at de oplever, at sundhedsvæsenet fremstår uprofessionelt og uorganiseret eller at kræftpatienten oplever manglende sammenhæng i deres behandling/forløb. Disse hændelser, uanset om de er beskrevet af de sundhedsprofessionelle eller kræftpatienterne, er ikke registreret med organisatorisk konsekvens.

Bilag 3: Rapportørers løsningsforslag

Nedenfor ses sammenskrivning af forslag til forebyggelse af hændelser fra rapportørerne i primær sektor (den kommunale sundhedssektor, praksissektor, præhospitale område) og fra kræftpatienter og deres pårørende.

Forsinkede kræftudrednings- og behandlingsforløb (almen praksis)

- Informere og opfordre patienter til at reagere, hvis de mod forventning ikke modtager indkaldelse til udredning/behandling eller opfølgende undersøgelse, eller hvis de ikke modtager et ventet prøvesvar.
- Planlægning af forløb. At præ-booke patienten til en konsultation/opfølgende samtale (almen praksis) når der viderehenvises til udredning/undersøgelse eller test, medhenblik på sikring af svar og resultater. Herved kan manglende henvisninger/svar/indkaldelser og ubehandlede symptomer identificeres (patienten kan aflyse hvis denne er påbegyndt et udredningsforløb).
- At alle - både plejepersonale, hospitalslæger, praksislæger og sekretærer - som har fat i patientens journal skal være mere omhyggelige med at notere, at journal skal retur til bestemte personer, med henblik på videre planlægning.
- At hospitalslæger sikrer at lavrisikopatienter, der skal fortsætte i opfølgingsforløb i kirurgisk regi, får tiden til næste besøg med hjem efter endt onkologisk behandling (så der ikke skal ventes på epikriser).
- Der skal udvikles et reminder-system på alle prøver og henvisninger sendt fra praksis, og der skal handles på prøvesvar med det samme.
- At øge antallet af lægesekretærer på sygehuse og dels at understøtte lægerne på sygehuse, så de husker at markere vigtige notater som akutte.
- At der kvitteres for at henvisninger modtages og indkaldelse er afsendt (it-løsning).
- Styrke sikre procedurer omkring prøvesvar (rettidig håndtering og informering til patient, 'red flag' til rekvirent ved afvigende resultat, kvittering for modtagelse).
- Derfor er det vigtigt med en mere sikker proces, når scanningssvar og andre prøvesvar overleveres fra et hospital til et andet, så der bl.a..
- Rapportørerne efterspørger procedurer for henvisninger og indkaldelser, herunder tydelige retningslinjer for ansvarsplacering i overgange mellem afdelinger/sygehuse, dvs. hvornår har den henvisende afdeling ansvaret, og hvornår overgår ansvaret til den afdeling, patienten er henvist til.
- Rapportørerne foreslår desuden, at der laves et system, hvor henvisninger og prøveresultater kan spores.
- Optimere røntgenafdelingers procedurer for svarafgivelse til primærsektoren. Dels bør det overvejes, om man i tilfælde af et uventet malignt fund bør telefonere til rekvirenten (særligt i tilfælde hvor resultat findes som bifund).
- Anden opsætning af kliniknyt, så det tydeliggøres hvor henvisningen skal sendes hen.
- Ved modtagelse af henvisning på hospitaler/CVI som er fejlvisiteret, bør modtagerafdeling enten selv videresende henvisningen, eller kontakte praksis per telefon for at reducere tidsspild.

- Ved involvering af privatklinikker i udredning af kræft, bør patienter have mundtligt svar på undersøgelser ved den pågældende læge/klinik umiddelbart efter denne er foretaget – dette for at undgå at der vedlægges en beskrivelse til patienten, såfremt den pågældende patient ikke har modtaget svar.

Visitering til ydelser i primærsektor

- Rapportører i den kommunale sundhedssektor forslår, at der bør være let adgang til kontakt til relevante samarbejdsparter så de ikke oplever, at ingen kender patienten/behandlingen/planen når de ringer med tvivlsspørgsmål i relation dokumenter, herunder tvivl omkring medicinering.
- Den kommunale sundhedssektor efterspørger større åbenhed fra sygehuset om patientens tilstand/situation og at blive inddraget i udskrivelsessamtalen, så der er et bedre grundlag for at planlægge den videre proces.
- Rapportører i den kommunale sundhedssektor forslår, at kræftpatienter og pårørende får oplevelsen af at kunne klare sig derhjemme med den rette indsats (ved korrekt vurdering og rettidig igangsættelse af rehabilitering). Herunder forebygges (gen)indlæggelser.
- Opmærksomhed omkring udskrivelse havde været ønskværdig især fordi de vælger at udskrive op til weekend hvor der er mindre hjælp at hente til en sårbar/kompleks patient

Medicineringsproblematikker:

- At der gøres en ekstra indsats på sygehuse i forbindelse med udskrivelse for at medicinafstemme, herunder at der tages stilling til: ændrede præparatnavne, op/nedtrapningsplan, behov for pn., genoptagning af pauserede medicin, medsendelse af medicin (dosis/styrke), korrekt administrationsvej (kan patienten ikke synke tabletter da anden læsning såsom injektioner), recepter, behov for hjælp til medicinophældning/dosering.
- At der gøres en ekstra indsats på sygehuse for at kræftpatienten (og evt. pårørende) er inddraget i og har forstået informationen omkring eventuelle medicinændringer og indkøb af medicin.
- At der i forbindelse med udskrivelse fra sygehuse foregår opfølgende besøg fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen.
- At der gøres en ekstra indsats på sygehuse i forbindelse med udskrivelse for at sende rettidig epikrise til praktiserende læge med oplysninger om aktuel medicin; herunder smerteplan, AK-plan (inkl. ansvar for AK-kontrol) og oplysninger om (vigtig) seponeret medicin. Dvs. INDEN patienten skal bestille medicin eller kommer til blodprøvekontrol.
- At praksissektor opstrammer egne procedurer, så der ikke forekommer AK-behandling uden at denne kontrolleres.
- At sundhedsprofessionelle i den kommunale sundhedssektor (og på hospitaler) øger opmærksomheden på at forebygge bivirkninger af f.eks. smertebehandling og strålebehandling/kemoterapi (opstart af laksantia, kvalmestillende, svampeinfektionsmiddel).
- At der udarbejdes afføringspolitik på plejehjem med en plan for obstipationsprofylakse.

- Sikre at personalet har kompetencer til at håndtere den komplekse medicinering af kræftpatienter sikkert (udregne dosis/styrke, dispensere/administrere medicinen, vurdere effekten og bivirkninger). Enkelte hændelser skyldes, at personalet ikke har tilstrækkelig erfaring i hvordan medicin håndteres eller medicinliste/ordinationer læses. Derfor foreslår den kommunale sundhedssektor grundig oplæring af personalet, også i hvordan medicinskemaer læses.
- Øget opmærksomhed på optimal smertemedicinering (plan, observationer for effekt og bivirkning) og samarbejdet mellem parterne involveret. Særligt tidligere involvering af det palliative team efterspørges.

Patientens rolle

- I de tilfælde, hvor en patient har fået ordineret en diagnostisk undersøgelse eller behandling, f.eks. palliativ strålebehandling, opfordres patienten/pårørende til at tage kontakt til afdelingen/egen læge, hvis de ikke modtager en dato/indkaldelse. Dette uafhængigt af hvorfra henvisningen/ordinationen stammer (egen læge eller hospitalslæger). Det er allerede eksisterende praksis nogle steder, at sundhedsprofessionelle opfordrer patienter/pårørende til at reagere på manglende indkaldelser/prøvesvar, men fundene i relation til ventetid peger på, at denne opfordring kan tydeliggøres og eventuelt tidsdateres (f.eks. en uge)
- Ved udskrivelse fra en hospitalsafdeling opfordres personalet og patienterne til at følge op på udestående rekvirerede undersøgelser eller henvisninger.
- Være bedst muligt informeret i forbindelse med beslutninger og valg.

Samarbejde på tværs af fag

- At de praktiserende læger i ligeså høj grad prioriterer samarbejde med plejehjem som f.eks. hospitaler, da der her også ligger meget syge og komplekse beboer. Optimerer kommunikationen ex ved brug af ISBAR tjekliste
- Dokumentere og følge handleplaner/iværksatte tiltag (f.eks. vende-, afførings-, kostregistreringsskema)
- Praksissektor foreslår en række tiltag for at sikre, at patienten overgår til opfølgingsforløb på hospitaler efter planen eller at kontrol i praksis opstartes. Det kan fx gøres til en procedure at præ-booke opfølgningstider ved behandlingsafsluttende samtale eller at patienten får en tid i hånden når de udskrives/ved afslutning fra afdelingen
- Sikring på hospitaler: Da en tilsynsgående læge kun foreslår ordinationer/undersøgelser mens patientens stamafdeling skal effektuere dem, åbner det mulighed for, at ingen føler sig ansvarlige for kræftpatientens videre udredningsforløb. Dvs. den læge, der bestiller en (CT)-undersøgelse skal sikre sig, at patienten informeres om det, og ikke videregives (via epikrisen) til praktiserende læge.
- Funktionelle IT-løsninger, som EPJ og FMK øger patientsikkerhed, forudsat det fungerer og bruges rigtigt. Alternativt skaber det også mange utilsigtede hændelser. Et enkelt læsningsforlag går på at oprette en risikomanagerfunktion i IT-afdelingen
- En sikker procedure til at high-lighte patologiske laboratoriesvar i praksissektor.

Plejeforløb

- Fokus på kompetencer og uddannelse i den kommunale sundhedssektor for at tilgodese kompleksiteten i plejeindsatser hos kræftpatienter.
- Rapportører efterlyser større viden og indsigt (=respekt) på tværs af sektorerne i hinandens "arbejdsvirkelighed" og arbejdsopgaver, herunder vilkår, roller og ansvar.

Udskrivelse

- At de sundhedsprofessionelle på sygehuset ved udskrivelsen sikrer, hvem der skal følge op på bestilte undersøgelser og der skal bestilles tid til svar som medgives. Dette for at undgå, at det beslutes, at en afdeling (eller praktiserende læge) skal give svar, hvis de ikke er indforståede.
- At de sundhedsprofessionelle på sygehuset ved udskrivelsen sikrer sig, at der medsendes fyldestgørende sygeplejebrev, så hjemmeplejen ved, hvad der er forløbet under indlæggelsen, og hvad der skal gøres fremadrettet (og hvilken rolle de har) idet den kommunale sundhedssektor ofte står som den der koordineret forløb mellem praksissektor, ambulante behandlinger/opfølgning på sygehuse, genoptræning osv.)
- At de sundhedsprofessionelle på sygehuset ved udskrivelsen sikrer sig ambulante notater og epikriser til egen læge skrives hurtigt, og at indholdet er fuldstændigt og relevant, idet egen læge ofte står som tovholder i et patientforløb med alvorligt syge kræftpatienter.
- At øge muligheden for at de sundhedsprofessionelle på sygehuse forstår den kommunale sundhedssektors arbejdsgange (muligheder og begrænsninger)
- En enkelt praktiserende læge understreger, at det skal udspecificeres klart i epikriser, hvem der har behandlingsansvar, og at patient og pårørende ligeledes får information om, hvor de skal have svar på prøver, så forløbet ikke forsinkes unødigt, når egen læge ikke har indblik i behandlingsplanen.
- En rapportør anfører at hjælpemiddelcentraler ikke bør lukke tidligt fredage, da det ikke understøtter, at der også fredage udskrives patienter med behov for hjælpemidler/medicinske udstyr
- Manglende genoptræningsplan: Derfor er det vigtigt, at sikre at der ved udskrivelse foreligger en genoptræningsplan – som kravet foreskriver.

Terminale patienter

- 'Anstændige udskrivelser', herunder afklaring mellem involverede/samarbejdende parter ved både indlæggelser og udskrivelser om hvem der gør hvad, så kræftpatienten og dennes pårørende oplever sammenhængende og optimalt forløb omkring livets afslutning, at patientens sidste ønsker og hjemlige forhold er udgangspunkt – med mulighed for at justere/ændre.
- At patient/pårørendes, hjemmeplejens eller hjemmesygeplejerskers ønske om fornyet vurdering af behov for eksempelvis smertelindrende medicin, accepteres som velbegrunnet, da tilstanden kan ændres/forværres indenfor kort tid.
- Personalet i den kommunale sundhedssektor efterspørger særlig oplæring i symptomlindring (inkl. smertebehandling) ved terminale patienter.
- Vigtigt at information omkring genoplivning videregives.

- Kompetenceudvikling, så de sundhedsprofessionelle i den kommunale sundhedssektor (i alle vagtlag) har viden om den specialiserede terminalpleje og kan handle ud fra dette.
- At den kommunale sundhedssektor (og sekundærsektoren) sikrer, at der ved terminale patienter i eget hjem/plejehjem eksisterer både ordinationer og planer for medicin i tryghedskasser (behandling af hhv. smerter, konfusion, væske på lungerne osv.). Herunder at hjemmesygeplejen/hospitalssygeplejersken er opmærksom på behov for (midlertidige) konvertering af eksempelvis perorale ordinationer til injektioner eller lignende.
- Øget fokus på samarbejdet mellem den kommunale sundhedssektor og hospitalsafdelinger, for at sikre fælles ansvar for, at informationer og rammerne er til stede, så den sidste tid kan varetages i eget hjem/plejehjem hvis det er ønsket, netop for at undgå at patienter dør på hospital mod sin vilje.
- Feedback. At de sundhedsprofessionelle har direkte adgang til akut rådgivning fra de specialiserede palliative enheder eller praktiserende læge ved udvikling i sygdomsfasen.
- Tidlig varsling af den kommunale sundhedssektor når terminal patient udskrives (og grundig planlægning) for at undgå akutte indlæggelser/uønskede indlæggelser i forbindelse med død.

Denne rapport beskriver patientsikkerheden i kræftforløb med udgangspunkt i indholdet af 531 utilsigtede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase – rapporteret af sundhedsprofessionelle i den primære sundhedssektor og af kræftpatienterne selv og deres pårørende.

Med særligt fokus på typen af patientsikkerhedsproblemer og konsekvenserne heraf, belyses kræftrelaterede utilsigtede hændelser fra:

- Den kommunale sundhedssektor (f.eks. hjemmeplejen, hjemmesygeplejen)
- Praksissektor (f.eks. almen praksis, speciallæger, vagtlæge)
- Det præhospitale område (f.eks. vagtcentral, ambulancepersonale, paramedicinere)
- Kræftpatienter og deres pårørende

Rapporten bidrager med viden om, hvilke specifikke patientsikkerhedsproblemer i sundhedsvæsnets indsatser, som kræftpatienter udsættes for – og udgør dermed en vigtig brik i det samlede billede af patientsikkerheden i kræftforløb, dels indenfor primær- og sekundærsektor og i særdeleshed i overgange imellem sektorerne. Særlige problematikker omhandler:

- Deling af informationer om og ansvar for kræftpatienten (alle rapportørgrupper)
- Forsinkelser i kræftudredning og -behandling (praksissektor og kræftpatienter)
- Koordination af udskrivelser fra hospitaler, herunder manglende medicinafstemning og uens kliniske vurderinger af kræftpatientens behov (den kommunale sundhedssektor)
- Medicinering af kræftpatienter (den kommunale sundhedssektor)
- Kræftpatienter i den terminale fase (den kommunale sundhedssektor)
- Respons på nødsituationer (det præhospitale område)
- Oplevelsen af at sundhedsvæsnets ikke lytter (kræftpatienter)

Kræftens Bekæmpelse
Dokumentation og Kvalitet
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
Tlf: 3525 7500
www.cancer.dk

