

Til ledere og medarbejdere

Årsrapport 2021

Patientsikkerhed, -klager og -forsikringsager



Klinisk Udvikling

Indhold

Forord.....	2
Patientsikkerhed i 2021.....	3
Patientsikkerhedskulturmåling	3
Patientsikkerhed i en Corona tid.....	4
Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH.....	4
Hvem rapporterer hændelserne?	6
Kerneårsagsanalyser	6
Afviste og anonyme utilsigtede hændelser.....	7
Utilsigtede hændelser rapporteret fra andre sektorer	7
Tiltag i organisationen på baggrund af UTH.....	9
Ledelsesforankring og organisering af patientsikkerhedsarbejdet på OUH	9
Patientklager i 2021	11
Klagetyper og antal	11
Læring af klager	12
Patienterstatningen 2021.....	14
Referencer	16

Forord

Patientsikkerhedsarbejdet på OUH udvikles fortsat både med fokus på det proaktive perspektiv, og det reaktive patientsikkerhedsarbejde med læring af det, der allerede er hændt, på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser (UTH). Dette sker gennem overordnet opmærksomhed på mønstre og tendenser i UTH rapportering, gennem sparring tværregionalt, og i særdeleshed ved lokal læring i afdelingerne. Dette arbejde afspejles i denne årsrapport.

Med udgangspunkt i OUH's vision for Patientsikkerhed er der arbejdet på at udvide det proaktive arbejde gennem kurser, kulturmålinger og konkret understøttelse af organiseringen af det lokale patientsikkerhedsarbejde. Der har det forgange år været flere afdelinger, der har valgt at omorganisere sig i forhold til kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde, for at fange læringen bedre og i en bredere medarbejderkreds. Alt sammen for at gøre det bedre for patienten og sætte patienten først.

Der er både nationalt og internationalt øget fokus på psykologisk tryghed, compassion og second victim i forbindelse med patientsikkerhed. Og dette er også blevet synligt i OUH's proaktive arbejde gennem kurser og samarbejde på tværs af afdelinger.

Der er stort læringspotentiale i de sager, hvor patienter og pårørende løfter deres stemme, hvad enten det er i rapporteringer af utilsigtede hændelser eller i klagesager. De enkelte patientklager håndteres individuelt, men derudover ser vi på klagerne på tværs af OUH for at få læring af mønstre og tendenser på tværs af sygehuset. I denne årsrapport er der opgjort helt overordnede oplysninger om klager til OUH. Alle afdelinger på OUH udarbejder hver især opgørelser over de klager de modtager samt lokale indsatser i forbindelse hermed.

Sidst i denne rapport findes en oversigt over patienterstatningssager, som er afgjort i 2021, og disse medvirker også med viden om problemstillinger og forbedringsområder.

Årsrapporten er således opdelt i tre dele: Patientsikkerhed, Patientklager og Patienterstatningssager. Det kontinuerlige arbejde med ovenstående tre områder giver et væsentligt input i forbedringsarbejdet på OUH og medvirker til at målrette vores strategiske indsatser og til at sætte patienten først.

Patientsikkerhed i 2021

Det proaktive arbejde

Visionen for patientsikkerhed [Vision for patientsikkerhedsområdet på OUH](#), bygger på fire nøglebegreber: *”speak-up”, proaktiv ledelse, læring og organisering*”. På OUH arbejdes der løbende for at understøtte det konkrete arbejde i disse nøglebegreber.

Flere afdelinger har i 2021 arbejdet med reorganisering af patientsikkerhedsarbejdet og der ses nye frugtbare konstellationer. Der er ikke et easy-fix til dette arbejde, men nysgerrigheden og omstillingslysten vidner om en ihærdighed og vilje til at skabe patientsikre forløb og afdelinger. Patientsikkerhedsteamet har været involveret med sparring og inspiration på flere afdelinger.

Speak-up er forankret i en kultur med psykologisk tryghed, og dette emne er i år 2021 blevet en til fast del af grundkurset for patientsikkerhedsnøglepersoner, samtidig med at der er etableret et tilbagevendende kursus omkring psykologisk tryghed og second victim. Begge kurser har været velbesøgte og har fået god feedback.

Der arbejdes kontinuerligt med utilsigtede hændelser og forbedringer i alle afdelinger på OUH og på alle niveauer i organisationen, og sammen med udrustning i risikostyring og patientsikkerhedsrunderinger opbygges en mere moden sikkerhedskultur. Dette skal fastholdes og videreudvikles, så OUH forbliver en robust organisation i de kommende år med flytning til Nyt OUH for øje.

Patientsikkerhedskulturmåling

I 2021 har tre afdelinger foretaget patientsikkerhedskulturmåling med redskabet Safety Attitude Questionnaire (SAQ). Flere afdelinger har vist interesse for dette arbejde, men dels Corona og dels sygeplejestrækken har været udfordringer, der har skubbet dette.

SAQ består af en elektronisk spørgeundersøgelse, hvor medarbejdernes besvarelser danner et billede af afdelingens eller afsnittets patientsikkerhedskultur og sætter spot på områder, der kan arbejdes med i forhold til at løfte patientsikkerheden. Besvarelserne deles i temaer, der hver især belyser forhold, der indvirker på patientsikkerheden, og dermed kan ledelsen sammen med nøglepersoner og medarbejdere lægge forbedringstiltag på områder, der afdelingsspecifikt gør en forskel for patientsikkerheden. Dette gøres på workshops i direkte relation til spørgeundersøgelsen, og resultaterne bliver her omdannet til handling.

Anæstesiologisk Afdeling V, Svendborg og Urinvejskirurgisk Afdeling L har gennemført undersøgelsen og Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D har foretaget en pilotafprøvning som forløber for en undersøgelse på hele afdelingen i 2022.

Patientsikkerhed i en Corona tid

Siden foråret 2020 har Covid-19 pandemien haft stor betydning for patientsikkerheden og patientsikkerhedsarbejdet på OUH. I årsrapporten for 2020 blev det beskrevet hvilke udfordringer pandemien gav for patientsikkerheden på OUH, og hvorledes organisationen – herunder dygtige klinikere – håndterede udfordringerne.

I 2021 er der rapporteret 202 utilsigtede hændelser, der er registreret relateret til Covid-19. De har især omhandlet følgende mønstre:

- Hændelser vedrørende isolation og værnemidler: Dvs. rapporterede UTH om manglende brug af værnemidler, manglende overholdelse af isolationsregimer, manglende skiltning, etc.
- Problemstillinger omkring vaccinationer og (nogle) omkring oprettelsen af vaccinationscentre.

Samlet set har det fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv været positivt at se hvor godt de udfordringer, der fulgte i kølvandet på pandemien, er blevet håndteret på OUH og hvor robust en organisation OUH har vist sig at være.

Det reaktive arbejde

Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH

I 2021 blev der sagsbehandlet og afsluttet 4622 utilsigtede hændelser på OUH hvilket stort set svarer til antallet fra 2020 (4679). I alt blev der på de danske hospitaler sagsbehandlet 46.455 i 2021, hvilket er 583 færre end i 2020. OUH's andel af afsluttede rapporterede sager udgør 10% af de danske hospitalers.

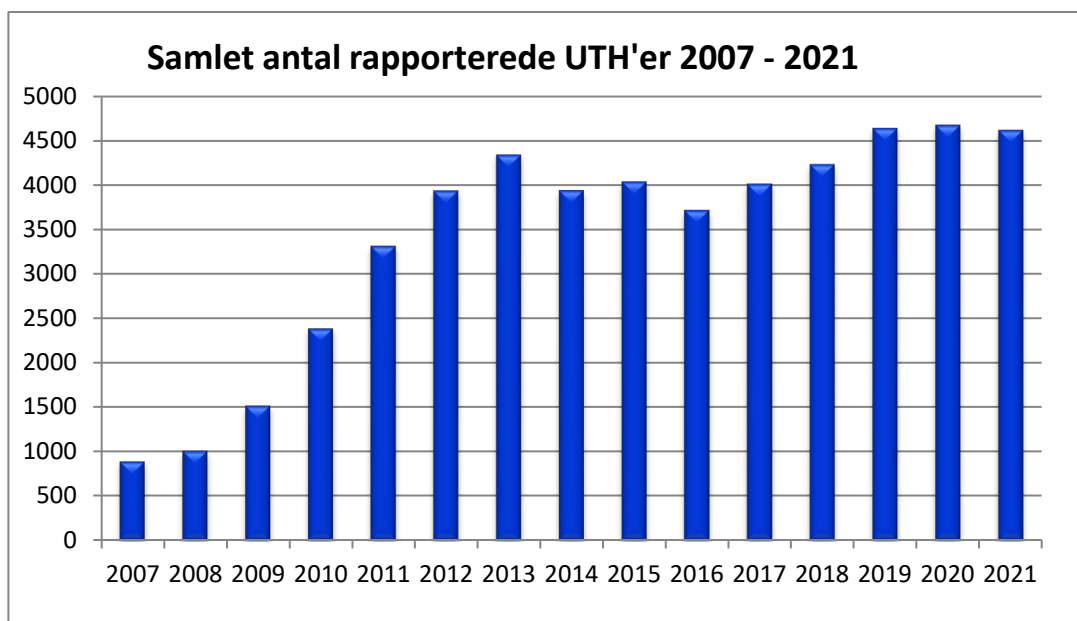


Diagram 1

Det skal pointeres, at selv om antallet af rapporteringer er højt, kan det høje antal rapporteringer **ikke** tages som udtryk for, at situationen ikke ændres og at der ikke arbejdes med problemstillingerne. Det høje antal rapporteringer afspejler snarere, at der også på OUH har været et betydeligt fokus på patientsikkerhed i de sidste 10 - 12 år. Patientsikkerhed er for alvor kommet på dagordenen, og det har resulteret i en åben patientsikkerhedskultur og derfor mange rapporterede utilsigtede hændelser, herunder mange "near-miss-hændelser".

Alvorlighedsgrad	OUH 2020	OUH 2021	Hospitaller i Danmark 2021*
Ingen skade	65,8%	61%	57,6%
Mild skade	20,3%	21,5%	21,1%
Moderat skade	10,4%	11,5%	13,2%
Alvorlig skade	3,1%	2,5%	2,2%
Dødelig	0,3%	0,3%	0,5%

Tabel 1

*Lands gennemsnit for alle hospitaler i Danmark

Alvorlighedsgraden af de rapporterede utilsigtede hændelser på OUH svarer stort set til lands gennemsnittet for alle hospitaler i Danmark, dog med mindre afvigelser - fx har OUH en større andel af hændelser uden skade.

UTH-kategorier	OUH 2020	OUH 2021	Hospitaller i Danmark 2021*
Medicinering fx tabletter, vaccine og væsker	23%	25,4%	26,2%
Behandling og pleje	15,5%	15%	15,1%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	13,4%	14,3%	14,5%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	15%	13,9%	13,4%
Henvisninger ind/udskrivelse og medicinlister	6,8%	7,8%	8,2%
Anden utilsigtet hændelse	5,8%	5,7%	5,7%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	4,6%	3,7%	3,4%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen m.v.	4,2%	3,7%	2,7%
Patientidentifikation	3,2%	3%	2,8%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	3%	2,9%	2,4%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	1,7%	1,5%	1,6%
Infektioner	1%	0,9%	0,7%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1%	0,9%	1,4%
Blod og blodprodukter	0,6%	0,5%	0,5%
Gasser og luft	0,5%	0,3%	0,4%
Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr	0,06%	0,2%	0,1%
Selvskaade og selvmord	0,06%	0,04%	0,9%

Tabel 2

*Lands gennemsnit for alle hospitaler i Danmark

Ovenfor vises de utilsigtede hændelser fordelt på kategorier i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) for 2020 og 2021. På OUH ses stort set samme mønster af hændelser i de to år. Ovenfor vises tillige landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark. Sammenlignes OUH med landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark, ligner OUH stort set resten af landet.

Hvem rapporterer hændelserne?

Langt de fleste utilsigtede hændelser rapporteres af sundhedspersonale. Kun få hændelser rapporteres af patienter og pårørende. I 2021 er 100 hændelser rapporteret af patienter- eller pårørende, hvilket er en lille stigning i forhold til 2020 (94 rapporteringer). Der ses samme lave repræsentation af patient/pårørende rapporteringer på de andre sygehuse i Danmark.

Rapportører af UTH på OUH	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021
Sundhedsfaglig rapport	4565	4585	4522
Patient/pårørende rapport	79	94	100

Tabel 3

For at styrke UTH-rapporteringer fra patienter og pårørende har Styrelsen for Patientsikkerhed og landets fem regioner tidligere ad flere omgange iværksat kampagner, med det formål at få patienter og pårørende til at rapportere flere utilsigtede hændelser. Kampagnerne har bestået af informationsfilm, pjecer og plakater. Se mere [her](#).

Rapporterne fra patienter og pårørende sagsbehandles på samme måde som de øvrige rapporterede utilsigtede hændelser, dog tager de kliniske afdelinger ofte kontakt til de rapporterende patienter/pårørende med henblik på at følge op og give tilbagemelding. De rapporter som modtages fra patienter og pårørende dækker alle alvorlighedsgrader og giver anledning til god læring i organisationen.

Kerneårsagsanalyser

De fleste rapporterede utilsigtede hændelser kategoriseres med "ingen skade", "mild skade" eller "moderat skade". I denne type hændelser er det typisk de kliniske afdelinger, der analyserer og følger op. Når der rapporteres en meget kompleks hændelse, en "alvorlig" eller "dødelig" hændelse, vurderes det altid om der bør foretages en kerneårsagsanalyse, dvs. en dybdegående analyse udført af et tværfagligt team.

I 2021 blev der udført i alt 28 kerneårsagsanalyser af utilsigtede hændelser på OUH. Hændelserne har især omhandlet følgende temaer:

- Forsinket diagnostik og behandling.
- Kommunikation, overgange og overlevering (imellem vagtlag, imellem afdelinger, imellem personalegrupper).
- Observationer og dokumentation.

To af ovenstående kerneårsagsanalyser er foretaget i samarbejde med det præhospitale område, én er foretaget i samarbejde med et patientbefordringsselskab og én er foretaget i samarbejde med en kommune.

I forbindelse med analyserne udarbejdes der handleplaner, hvoraf nogle er afdelingsspecifikke og andre er løftet til organisationsniveau.

Afviste og anonyme utilsigtede hændelser

I 2021 er i alt 152 rapporterede UTH blevet slettet eller afvist af den lokale sagsbehandler. De slettede sager er markeret afvist/slettet af følgende årsager:

- Misforståelser: Hvis en rapportering viser sig ikke at være en UTH alligevel når man gennemgår sagsforløbet.
- Dobbeltreporteringer: Samme UTH er rapporteret flere gange (dvs. samme forløb, samme pt.).
- Arbejdsmiljø: Rapporteringen omhandler personalets sikkerhed, ikke patientens.
- Test-sager.
- Klage over fagligt virke/serviceklage.
- Mangelfuldt oplyst.

Af de i alt 4622 sagsbehandlede rapporterede UTH i 2021, er kun 188 rapporteret anonymt. Dette understøtter billedet af, at vi har en åben patientsikkerhedskultur på OUH.

Utilsigtede hændelser rapporteret fra andre sektorer

I det fælles nationale rapporteringssystem for UTH, Dansk Patientsikkerhedsdatabase, er det muligt at rapportere utilsigtede hændelser på tværs af sektorer.

Mange utilsigtede hændelser i patientforløb på tværs af sektorer vedrører handlinger, der entydigt finder sted i én sektor, men opdages i en anden sektor - fx en hændelse som finder sted på et sygehus, men opdages i en kommune eller hos almen praksis.

Nedenfor er opgjort hændelser som er rapporteret til OUH fra andre sektorer i 2018 - 2021.

Hændelser rapporteret til OUH fra:	Antal 2018	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021
Apotek	13	6	8	8
Kommune	382	405	357	418
Det præhospitale område	4	3	6	7
Almen praksis	24	23	40	40
Andet (fx behandlingscenter)	0	0	1	4
Andet hospital	8	10	23	15
I alt	431	447	435	492

Tabel 4

Hændelser som rapporteres til OUH fra anden sektor tilgår de lokale sagsbehandlere på OUH's afdelinger, som er ansvarlige for sagsbehandling af de enkelte hændelser. De mønstre og tendenser der identificeres på tværs i rapporteringer fra primær sektor til OUH indgår i det løbende patientsikkerhedsarbejde og kan også medføre specifikke tværgående indsatser.

Som det fremgår ovenfor, blev der i 2021 rapporteret 492 UTH til OUH fra andre sektorer. I 2020 blev der rapporteret 435, og der er således tale om en stigning på 13 %. Stigningen ses fra det kommunale område. Nedenfor ses de utilsigtede hændelser i sektorovergangene fordelt på kategorier:

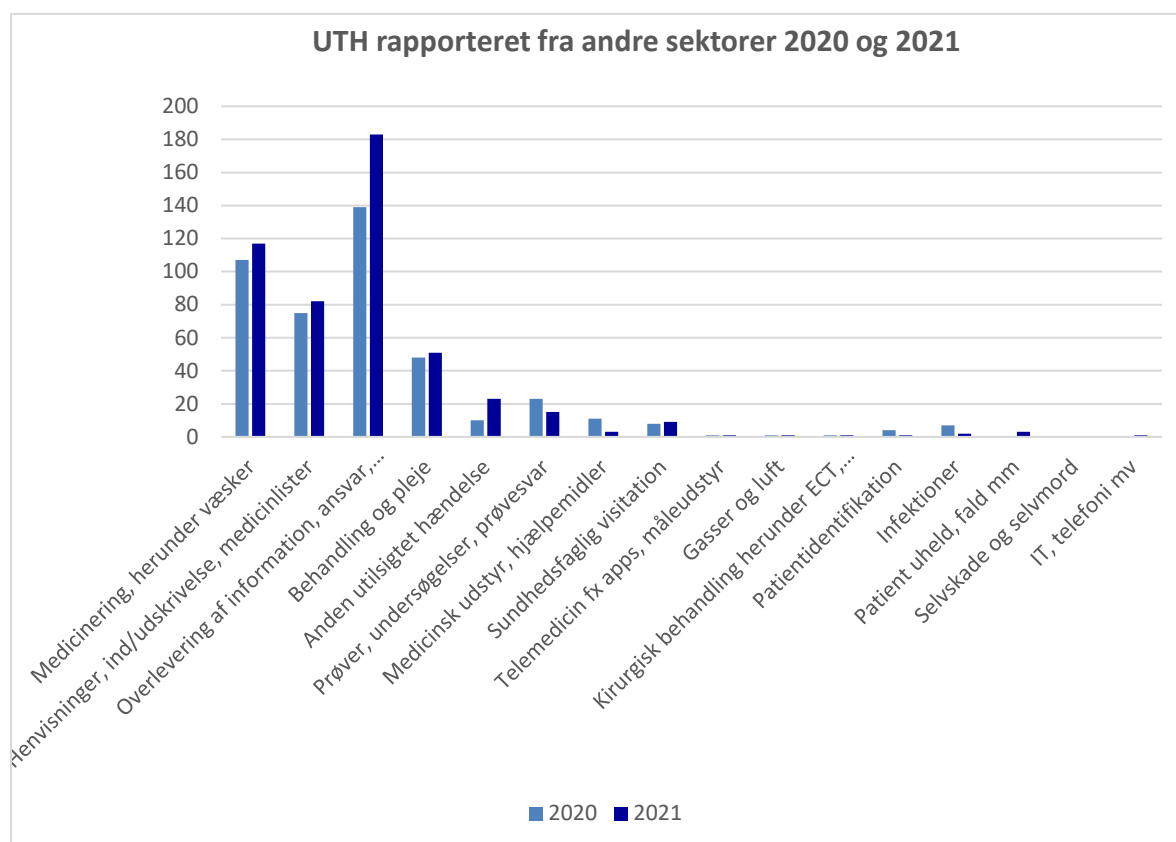


Diagram 2

Det højeste antal utilsigtede hændelser er i de sidste to år rapporteret indenfor gruppen; *overlevering af information, ansvar, dokumentation*. Denne kategori omhandler især hændelser vedr. mangelfuld

information omkring patientens pleje og behandling til plejepersonalet i kommunen ved udskrivelsen. Herunder ses bl.a. en del hændelser omhandlende manglende - eller mangelfyldt udfyldte – genoptræningsplaner. Arbejdet med disse udfordringer løftes bl.a. i ”Implementeringsgruppen for pleje og behandling”, som er en tværsektoriel undergruppe under Samordningsforum Fyn. Udfordringerne vil ligeledes fremover blive løftet i regi af den store indsats, som netop nu foldes ud omkring ”det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”.

Tiltag i organisationen på baggrund af UTH

Der har i årets løb været flere eksempler på afdelinger, der har arbejdet med læring på baggrund af UTH. Medicineringsfejl er den største enkeltstående gruppe af UTH, der rapporteres. Det handler både om, at det er en de opgaver, der laves allerflest af, og også at det ofte er en kompleks opgave med hyppige ændringer. Derfor er der ekstra fokus på det. Følgende projekter har fx sat fokus på det:

Der blev i gruppen til nedbringelse af medicinerings fejl (GNMF), som arbejder på at sikre medicinerings-processer, bl.a. ved at analysere medicineringsfejl på OUH, sammenholde arbejdsgange med retningslinjer og foreslå nye initiativer, lavet en rapport med konkrete anbefalinger til nedbringelse af medicineringsfejl. Disse blev udgivet i rapporten: [Anbefalinger til nedbringelse af medicineringsfejl på OUH 2021.pdf \(rsyd.dk\)](#). Gruppen har ligeledes oprettet siden [Medicinering på OUH](#) på OUH’s intranet hvor der kan hentes viden og inspiration til arbejdet med medicineringsfejl.

Derudover har Hjertemedicinsk Afdeling B lavet et tværfagligt projekt, ”Sikker medicin fra start” for at nedbringe medicineringsfejl, hvor der er lært af lokale UTH og arbejdsgange og igangsat nye arbejdsgange og tiltag. Hjertemedicinsk Afdeling B’s projekt er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside om [lokale indsatser for patientsikkerheden](#).

Ledelsesforankring og organisering af patientsikkerhedsarbejdet på OUH

Patientsikkerhedsarbejdet på OUH er forankret i den lokale afdelingsledelse. Alle afdelinger har en eller flere patientsikkerhedsnøglepersoner, der er udpeget af og refererer til afdelingsledelsen. Disse nøglepersoner driver dels den daglige sagsbehandling og læring af UTH, og dels forbedringer på denne baggrund. Se funktionsbeskrivelse for nøglepersoner for patientsikkerhed [her](#).

Afdelingerne er forskelligt organiserede og flere har patientsikkerhedsarbejdet lagt ind i kvalitets- og forbedringsfora. I løbet af 2021 har flere afdelinger arbejdet aktivt med at definere og omorganisere afdelingens arbejde med patientsikkerhed, og patientsikkerhedsteamet i Klinisk Udvikling har i forskelligt omfang understøttet disse processer. Samtidigt har flere afdelinger også vist interesse for at arbejde med patientsikkerhedskultur og tre afdelinger har gennemført kulturmåling.

Det har i de senere år været rutine, at afdelingsledelserne har modtaget ugentlige rapporter over afdelingens UTH. I efteråret 2021 har Styrelsen for Patientsikkerhed foretaget en større justering af

rettighederne til at kunne modtage disse, hvorfor alle afdelinger har gennemset og justeret modtagerne af rapporterne. OUH's direktion modtager desuden ugentligt udvalgte alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser, ligesom direktionen også orienteres ad hoc om utilsigtede hændelser af særlig karakter.

Ud over det lokale arbejde, løftes meget patientsikkerhedsarbejde på tværs af OUH som målrettede indsatser (fx task force for usigtede prøvesvar), implementering af nye tværgående retningslinjer (fx TOKS) eller som indsatser, der involverer flere afdelinger. Det overordnede arbejde koordineres via direktionen samt i OUH's Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd, som har det overordnede strategiske ansvar for den samlede tværgående kvalitetsorganisation. Se OUH's tværgående kvalitetsorganisation [her](#). Patientsikkerhedsteamet i Klinisk Udvikling har den daglige kontakt med nøglepersonerne i forbindelse med sparring i konkrete sager eller emner, samt i forhold til oplæring af nye nøglepersoner. Teamet gennemfører årligt to heldagskurser i patientsikkerhed og derudover tilbydes regelmæssige kurser i datatræk i DPSD. Derudover lancerede teamet i 2021 et nyt kursus omhandlende psykologisk tryghed, som var godt besøgt og hvor der blev givet positiv feedback og et ønske om kurset blev gentaget.

Det lykkedes i 2021 at afholde de kvartalsvise netværksmøder for OUH's patientsikkerhedsnøglepersoner både i Svendborg og i Odense, hvoraf et dog blev afholdt virtuelt pga. Covid-restriktioner. Netværksmøderne har fokus på gensidig orientering om sidste nyt på patientsikkerhedsområdet, sparring, videndeling og drøftelser f.eks. ud fra cases præsenteret af patientsikkerhedsteamet eller af nøglepersoner.

Patientklager i 2021

Klagetyper og antal

Hvis en patient ønsker at klage over en behandling, er der mulighed for at rette en formel klage til Styrelsen for Patientklager, men mange patienter henvender sig også direkte til den afdeling, som har udført den behandling, som patienten er utilfreds med.

Klager rubriceres oftest i disse tre typer:

- *Styrelsessager:* Styrelsen for Patientklager behandler klager over den faglige behandling (forløb og rettigheder) i det danske sundhedsvæsen. I Styrelsen for Patientklager behandles klager over et samlet behandlingsforløb, uden at rette klagen mod en bestemt sundhedsperson og over tilsidesættelse af patientrettigheder f.eks. maksimale ventetider for livstruende kræftsygdomme, sygehusenes kontaktpersonordning og betaling for sygehusbehandling i udlandet.
- *Disciplinærnævnsager:* Hvis der klages over en eller flere konkrete sundhedspersoner behandles klagen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Styrelsen for Patientklager sekretariatsbetjener Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Disciplinærnævnet og Styrelsen for Patientklager anvender samme grundlag for vurderingen af klagen, nemlig om behandlingen er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Styrelsen for Patientklager har fokus på, at der skal ske læring af patientklager, og at patienterne tilbydes en dialog med sygehuset inden der igangsættes en realitetsbehandling af en klage.
- *Borgerklager:* Dette er klager som er indgået til OUH, fx til en afdelingsledelses eller direktionen og kan være klage over sundhedsfaglig virksomhed, kommunikation, opførsel, ventetider m.v. Det vurderes om klager skal tilbydes en dialog eller om klagen skal besvares skriftligt.

Opgaven med at registrere og ekspedere styrelsessager og patienterstatningssager har tidligere ligget i Direktionssekretariatet, men overgik pr. 1. september 2021 til Ortopædkirurgisk Afdeling O. Nedenstående data stammer fra disse opgørelser. Direktionssekretariatet ekspederer fortsat disciplinærnævnsager.

Antal borgerklager er tidligere blevet opgjort fra den regionale database kELD, men antal hentes nu i Acadre.

Styrelsessager 2021					
Afvist	Ikke kritik	Kritik	Kritik med indskærpelse	Lukket uden afgørelse	Total
10	166	58	0	5	239

Disciplinærnævnsager 2021					
Afvist	Ikke kritik	Kritik	Kritik med indskærpelse	Lukket uden afgørelse	Total
2	58	12	1	2	74

Forklaring af kategorier:

- Afvist: Kategorien dækker typisk over at Styrelsen for Patientklager ikke har kompetence til at behandle sagen, sagen er forældet eller tilfælde, hvor et ønske om genoptagelse af en sag afvises.
- Ikke kritik: Der er ikke grundlag for at udtale kritik.
- Kritik: Der er grundlag for kritik
- Kritik med indskærpelse: Der er grundlag for kritik med indskærpelse
- Lukket uden afgørelse: Typisk tilfælde hvor klagen frafalder.

Borgerklager i 2020 og 2021	
År	Antal sager i alt
2021	249
2020	268

Læring af klager

OUH arbejder med læring af klagesager på flere niveauer.

Afdelingsledelser

Den enkelte afdeling har retningslinjer, som beskriver hvordan afdelingerne anvender klagesager og erstatningssager til læring. Den enkelte afdeling tilrettelægger selv arbejdet hermed, og til brug for læringen på tværs af afdelinger rapporteres årligt om initiativer, der er igangsat på baggrund af klagerne. Rapporteringen sker sammen med den årlige rapportering af utilsigtede hændelser til Klinisk Udvikling.

Direktionen

Den enkelte kontaktdirektør afholder dialoger med patienter/pårørende som klager og vurderer løbende, om der er klagesager og patientskadeerstatningssager, som bør drøftes med den enkelte afdelingsledelse og om der er behov for tiltag på afdelingsniveau.

Sygehusniveau

Én gang om året udarbejdes denne årsrapport med opgørelser over udviklingen i antal af klager i forhold til typer. Læring af patientklager på sygehusniveau sker bl.a. ved at Klinisk Udvikling følger udviklingen i mønstre og tendenser i klagesagerne, og inddrager dem i det øvrige forbedringsarbejde.

I 2020 indgik Klinisk Udvikling i et forskningssamarbejde med OPEN, SDU, omkring systematisk indholdsanalyse, kvantificering og visualisering af klagesager (HCAT). De systematiske HCAT-analyser af patientens klagebreve kan bruges til at identificere specifikke forbedringsområder, som patienter finder vigtige. Ledelsen kan efter behov gøre brug af HCAT-analyserne og bruge data for at understøtte strategier, forbedringstiltag og organisatorisk læring. Denne tilgang har potentiale til at forbedre patienttilfredshed og sænke antallet af klager og erstatningskrav. Arbejdet med dette projekt forventes udvidet i 2022 og følges i OUH's Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd.

Patienterstatningen 2021

Patienterstatningen tilkender erstatning efter lov om klage og erstatningsadgang § 20, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er sket på en af følgende måder:

1. Hvis en erfaren specialist ville have handlet anderledes og skaden dermed ville være undgået (ikke optimal diagnosticering eller behandling).
2. Hvis der er tale om svigt i medicinsk udstyr.
3. Hvis man ved valg af anden metode kunne have undgået skaden.
4. Hvis der indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende end hvad patienten med rimelighed må tåle (rimelighedsreglen).

Herudover tilkendes erstatning, hvis en patient under behandling på et sygehus kommer ud for en ulykke, under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler. For forsøgspersoner og donorer tilkendes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv m.v., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag. Endelig tilkendes erstatning for lægemiddelskader, hvis de skadelige bivirkninger med overvejende sandsynlighed skyldes et lægemiddel, og hvis skaden går ud over, hvad patienten med rimelighed bør acceptere. Alle oplysninger, som relaterer sig til sagsbehandlingen af patienterstatningssager på OUH, registreres i Patienterstatningens database, hvorfra nedenstående opgørelser er hentet.

Som det fremgår af nedenstående er den samlede udbetaling af patienterstatningssager fra OUH faldet

med 1,1% i 2021, dvs. fra kr. 75.986.919 i 2020 til 75.123.213.kr. i 2021.

Tabel 1. Udbetalte erstatninger i 2021 opgjort på speciale

Nedenstående opgørelse er baseret på Patienterstatningens opgørelser på specialer. Bemærk, at udbetalingerne kan relatere sig til anmeldelser, som ligger flere år tilbage. Udbetalingen af erstatninger (fraset lægemiddelskader) foretages af Internt Ledelsessekretariat for Sundhedsområdet i regionen.

Speciale	Udbetalt 2018	Udbetalt 2019	Udbetalt 2020	Udbetalt 2021
Akut medicin	584.628	861.359	508.649	1.527.547
Anæstesiologi og intensiv medicin	1.575.816	888.218	1.511.020	4.445.741
Dermatologi	791.710	22.675	20.995	0
Diagnostisk radiologi	1.158.905	6.660.308	13.693.054	4.578.620
Geriatrici	0	464.240	0	0
Gynækologi	2.004.366	3.163.721	5.469.717	4.731.845
Hæmatologi	0	1.774.200	17.208	145.769
Infektionsmedicin	0	0	0	0
Intern medicin	81.945	201.542	0	947.484
Kardiologi	448.515	3.086.778	5.055.941	4.408.921
Karkirurgi	837.300	411.810	901.738	2.253.299
Kirurgi	1.022.429	208.592	12.482.237	4.844.834
Kirurgisk gastroenterologi	4.707.108	9.495.076	0	0
Klinisk fysiolog./nuklearmedicin	0	85.758	0	47.837
Klinisk immunologi	2.050	46.029	40.751	176.247
Kæbekirurgi	431.689	201.962	5.597.502	223.646
Medicinsk endokrinologi	0	0	113.037	237.062
Medicinsk gastroenterologi	52.740	0	55.967	418.983
Medicinske lungesygdomme	554.524	93.263	0	0
Nefrologi	0	0	0	13.870
Neurokirurgi	5.427.653	11.404.568	8.768.015	22.711.831
Neurologi	1.358.614	12.521.199	721.452	1.503.299
Obstetrik	1.408.050	452.251	2.400.116	621.956
Oftalmologi	355.642	544.836	931.884	416.232
Onkologi	344.160	21.995	2.537.945	507.421
Ortopædisk kirurgi	9.310.699	4.649.469	10.860.986	12.996.036
Oto-rhino-laryngologi	332.620	410.631	204.852	331.445
Patologi	1.894.232	0	86.955	89.201
Plastikkirurgi	50.258	50.258	0	260.471
Pædiatri	330.000	0	0	177.392
Reumatologi	440.830	0	0	1.078.183
Thoraxkirurgi	2.752.194	7.179.885	1.263.246	1.620.599
Urologi	2.525.405	4.729.348	627.464	1.626.492
Andet	176.626	3.601.854	2.116.189	112.634
I alt kr.	40.960.708	73.231.825	75.986.919	75.123.213

Referencer

- Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. - nr. 913 af 13. juli 2010: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134520>
- Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. - Vejledning nr. 67 af 14. juli 2010: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134522>
- Sundhedsloven: [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134522)
- Sundhedsaftalen 2019-2023: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm277954>
- Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021: <https://stps.dk>

Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus
Klinisk Udvikling
Klørvænget 8C, Indgang 101, 4. sal . 5000 Odense C
Tlf. 6541 7900
ouh.klu@rsyd.dk
www.ouh.dk