

Til ledere og medarbejdere

Årsrapport 2020

Patientsikkerhed, -klager og -forsikringsager



Klinisk Udvikling

Indhold

Forord	2
Patientsikkerhed i 2020	3
Patientsikkerhedskulturmåling	3
Patientsikkerhed og arbejdet med den Syddanske Forbedringsmodel	4
Patientsikkerhed i en Corona tid	4
Pilotprojekt om utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsnet	5
Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH	6
Hvem rapporterer hændelserne?	7
Kerneårsagsanalyser	8
Afviste og anonyme utilsigtede hændelser	8
Utilsigtede hændelser rapporteret fra andre sektorer	9
Ledelsesforankring og organisering af patientsikkerhedsarbejdet på OUH	10
Patientklager i 2020	12
Klagetyper og antal	12
Læring af klager	13
Patienterstatningen 2020	15
Referencer	17

Forord

OUH sætter patienten først – også når det gælder patientsikkerheden

Både nationalt og internationalt sker der i disse år et paradigmeskift inden for patientsikkerhedsområdet. Traditionelt set, har der i arbejdet med patientsikkerhed været meget fokus på det reaktive arbejde med utilsigtede hændelser. Et nyt patientsikkerhedsbegreb, som man kan kalde ”patientsikkerhed 2.0”, er nu begyndt at manifestere sig i praksis. Det handler om proaktivt at få indbygget sikkerheden i de daglige rutiner, og at være på forkant med alle risici. Det gør man bl.a. ved at skabe en veludviklet patientsikkerhedskultur. Også på OUH står vi i dette paradigmeskifte og vil i de følgende år øge indsatsen på det proaktive område.

Det proaktive og reaktive patientsikkerhedsarbejde supplerer hinanden. Samtidig med det proaktive arbejde holder vi fast i vores veletablerede og læringsrige reaktive arbejde med de utilsigtede hændelser: Selv om der hver dag behandles og plejes patienter på OUH i gode og veltilrettelagte forløb – og hvor personalet leverer ydelser af meget høj kvalitet – ser vi jo desværre til tider forløb, hvor tingene ikke går helt som planlagt, eller hvor der forekommer fejl. Vi ønsker at lære af de forløb, så de samme fejl ikke sker for andre patienter. I denne rapport er opgjort mønstre og tendenser for de utilsigtede hændelser, der samlet set er rapporteret på hele OUH i 2020. Hver afdeling på OUH udarbejder ligeledes opgørelser over deres utilsigtede hændelser samt beskrivelse af deres organisering og lokale indsatser.

De patientklager, som hospitalet modtager fra patienter og pårørende, er en vigtig kilde til viden om forbedringsområder, som patienterne finder væsentlige for OUH at arbejde med. Klagerne indeholder meget viden om, hvor vi skal forbedre os, hvis patienterne skal opleve, at OUH sætter patienten først. De enkelte klager håndteres individuelt, men derudover ser vi på klagerne på tværs af OUH for at få læring af mønstre og tendenser på tværs af vort sygehus. 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.

En tredje vigtig kilde til viden om problemstillinger og forbedringsområder er via patienterstatningssager. Sidst i denne rapport findes en oversigt over patienterstatningssager, som er afgjort i 2020.

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 2020

Det proaktive arbejde

Patientsikkerhed er en veletableret del af værdisættet på OUH. Der arbejdes kontinuerligt med utilsigtede hændelser og forbedringer i alle afdelinger på OUH og på alle niveauer i organisationen. Der er kort sagt opbygget en moden sikkerhedskultur. Vi skal fastholde, at OUH forbliver en robust organisation i de kommende år. Derudover er det nu tid at tage patientsikkerhedsarbejdet et skridt videre, og skabe en kultur hvor vi handler mere proaktivt, reagerer hurtigere på de usikkerheder vi støder på og hvor vi udbygger vores læringskultur. En del af fundamentet for dette kommende arbejde er forankret i [Vision for patientsikkerhedsområdet på OUH](#), som blev vedtaget i 2019. Visionen bygger på fire nøglebegreber: *”speak-up”, proaktiv ledelse, læring og organisering*. Visionen har følgende 10 konkrete indsatsområder, som tilsammen skal understøtte en videreudvikling af patientsikkerhedskulturen på OUH i de kommende år:

- Datadrevet kulturmåling.
- Patientsikkerhedsrunderinger/Gemba med patientsikkerhedsfokus.
- Risikovurdering og stop the line (tidligere straksanalyse).
- ”Speak up” – Medarbejderskab.
- Læring af dødsfald.
- Observation og opfølgning på kritiske observationsfund.
- Systematisk fremsendelse af utilsigtede hændelser til lederne.
- Koncept for systematisk spredning af læring.
- Modulopbygget kompetenceudvikling af nøglepersoner.
- Visuel ledelse.

Visionen er udarbejdet i samarbejde med Direktionen samt OUH’s Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd, og indsatserne i visionen følges og evalueres løbende i sidstnævnte. Fra det proaktive arbejde i 2020 kan især nævnes indsatserne omkring: arbejdet med kulturmålinger (beskrevet yderligere nedenfor), retningslinjen for [Risikovurdering og stop the line](#), systematisering af læring af dødsfald/hjertestop, samt arbejdet med i konceptet omkring ’Observation og opfølgning på kritiske observationsfund’ (beskrevet yderligere nedenfor under arbejdet med Den Syddanske Forbedringsmodel). Indsatsen omkring systematisk fremsendelse af utilsigtede hændelser til lederne blev iværksat i 2019.

Patientsikkerhedskulturmåling

I 2020 har to afdelinger foretaget patientsikkerhedskulturmåling med redskabet Safety Attitude Questionnaire (SAQ). Dette redskab 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 forbedrings-tiltag 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.

Det er planen, at det datadrevne patientsikkerhedskulturarbejde med SAQ skal udbredes til alle afdelinger på OUH i løbet af 2021 og 2022, således at de enkelte afdelinger og afsnit har en bevidsthed om den aktuelle patientsikkerhedskultur, hvad der skal fastholdes og hvad der skal forbedres, også i forhold til flytning til Nyt OUH.

Patientsikkerhed og arbejdet med den Syddanske Forbedringsmodel

Både ledere og nøglepersoner bliver løbende uddannet til at udvikle deres standardarbejde omkring patientsikkerhedsarbejdet ved inddragelse af forbedringsværktøjer, og dermed kunne anvende disse til at understøtte det proaktive arbejde ved hjælp af løbende forbedringer. Foruden de lokale forbedringsindsatser understøttes patientsikkerhedsarbejder også i større forbedringsindsatser på tværs af OUH. Arbejdet foregår ofte ved hjælp af metoden PDCA (Plan, Do, Study, Act) hvor der først afprøves og testes i mindre dele af organisationen, og derefter skaleres til andre relevante dele af organisationen. Af eksempler kan nævnes:

- Forebyggelse af alvorlig sepsis gennem eliminering af forebyggelige severe events (hjertestop, død og overflytning til intensiv). Forbedringsarbejdet foregår i samarbejde med to kliniske afdelinger, og består primært ved hjælp af observationer, data og standardarbejde.
- Identificering af arbejdet omkring de medicinske senge. Her identificeres områder, hvor der med fordel kan ændres/effektiveres gennem fjernelse af spild og ikke værdiskabende aktiviteter, der både kan lette arbejdet for sygeplejerskerne, og forbedre patientsikkerheden i afsnittene. Forbedringsarbejdet består primært ved hjælp af observationer og forbedringsværktøjer.
- I arbejdet med Lærings og Kvalitetstemas (LKT) er der i sporet Hoftenære brud, arbejdet videre med nedsættelse af 30 dags mortaliteten. Forbedringsarbejdet består primært ved hjælp af standardarbejde og tjeklister.
- Sikker Patientflow, hvor der blandt andet arbejdes med at have så få patienter i satellit for at øge patientsikkerheden, da den jo er størst, når patienterne er i "egen" afdeling. Forbedringsarbejdet består primært ved hjælp af tavler.

Patientsikkerhed i en Corona tid

Siden foråret 2020 har Covid-19 pandemien haft stor betydning for patientsikkerheden og patientsikkerhedsarbejdet på OUH.

Med Covid-19 pandemiens ankomst blev patientsikkerheden stærkt udfordret på mange områder: Der skulle modtages patienter med en ny type sygdom, som vi ikke kendte, mange arbejdsgange og informationsveje skulle ændres, personale skulle kompetenceudvikles og flyttes til afdelinger, som de ikke tidligere havde arbejdet på,

patienter måtte flyttes til satellitafdelinger etc. etc. På trods af udfordringerne har pandemien også vist hvor robust en organisation OUH på mange måder er. Da pandemien startede blev der straks nedsat nye organisatoriske fora til at varetage udfordringerne, og dygtige klinikere og ledere har tænkt patientsikkerhed ind i de mange nye forhold, og hurtigt fået samlet op på de risici der har været.

Patientsikkerhedsteamet i Klinisk Udvikling har løbende (dagligt) overvåget de rapporterede UTH, som har omhandlet Covid-19 med henblik på at understøtte en hurtig opfølgning på udfordringer på organisationsniveau.

I pandemiens første uger og lige efter nedlukningen af Danmark (marts 2019), blev der rapporteret færre UTH end vanligt. Dette har været et mønster på nationalt niveau, og skyldes sandsynligvis den reducerede aktivitet i resten af sygehusvæsnet. Allerede i maj måned var antallet dog atter oppe på vanligt niveau, og som det fremgår nedenfor har det ikke haft indflydelse på det samlede antal rapporterede UTH på OUH.

Antallet af utilsigtede hændelser som omhandler Covid-19, kan ikke opgøres helt præcist. I begyndelsen af april indførte Styrelsen for Patientsikkerhed en mulighed for at registrere de UTH i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som omhandler Covid-19. I perioden april – december (inkl.) 2020 er der registreret i alt 206 UTH omhandlende Covid-19 på OUH, det reelle tal vurderes dog at være højere.

De rapporterede utilsigtede hændelser omkring Covid-19 omhandler især følgende mønstre:

- Hændelser vedrørende isolation og værnemidler: Dvs. rapporterede UTH om forkert brug (eller manglende brug) af værnemidler, manglende overholdelse af isolationsregimer, manglende skiltning, etc.
- At lære en ny sygdom at kende: Dette omhandler rapporter om hvor hurtigt en Covid-19 patient kan blive kritisk syg, og at personale skulle lære at have opmærksomhed herpå, fx ved at sikre, at der altid medsendes relevant sundhedsfagligt følge i forbindelse med transport af Covid-19 patienter (rundt i huset og imellem matrikler).
- Udfordringer forbundet med satellitpatienter: Herunder udfordringer med ansvarsfordeling og kompetencer imellem specialerne.
- Udfordringer med podning og podede klinikker (i forbindelse med oprettelse af klinikkerne).

Patientsikkerhedsarbejdet omkring Covid-19 fortsætter ind i 2021, hvor der især varetages nye udfordringer med organisering af de mange nye vaccinationsklinikker.

Pilotprojekt om utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsnet

I slutningen af 2019 modtog OUH - sammen med andre sygehuse og kommuner i Danmark - en invitation fra Styrelsen for Patientsikkerhed om at deltage i et pilotprojekt omkring utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet. Pilotprojektet skulle køre fra marts til september 2020, med det formål at teste mulige ændringer af:

1. Hvilke utilsigtede hændelser der er pligt til at rapportere.

2. En ny alvorlighedsklassifikation.
3. Rapporteringsformularen, så det bliver lettere for rapportøren at rapportere utilsigtede hændelser.

I alt 11 afdelinger fra OUH valgte at deltage i projektet: Kæbekirurgisk Afdeling K, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Reumatologisk afdeling C, Medicinsk Afdeling M/FAM, Svendborg, Geriatrisk Afdeling, Svendborg, Hudafdeling I og Allergicentret, Ortopædkirurgisk Afdeling O, Endokrinologisk Afdeling M, Neurokirurgisk Afdeling U, Fælles Akutmodtagelse, Odense, og Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling V, Svendborg.

Projektet er nu ved at blive evalueret. Det forventes bl.a. at munde ud i en ændring af Sundhedsloven omkring rapporteringspligten af utilsigtede hændelser i juli 2022.

Det reaktive arbejde

Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH

I 2020 blev der sagsbehandlet og afsluttet 4679 utilsigtede hændelser på OUH hvilket stort set svarer til antallet fra 2019 (4644). På nationalt niveau ses en svagt faldende tendens i det samlede antal af rapporterede UTH på hospitaler. I alt blev der på de danske hospitaler sagsbehandlet 47.038 i 2020, hvilket er 4.317 færre end i 2019. OUH's andel af afsluttede rapporterede sager udgør 10 % af de danske hospitalers.

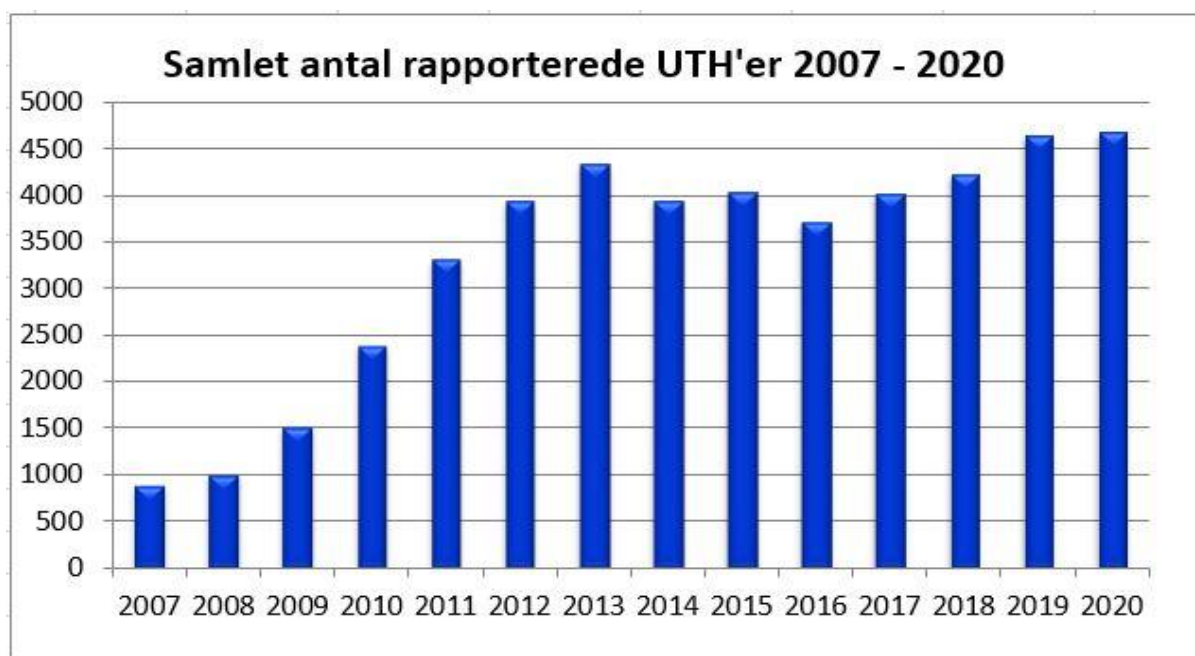


Diagram 1

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 2019	OUH 2020	Hospitaller i Danmark 2020*
Ingen skade	66%	65,8%	61%
Mild skade	21,2%	20,3%	21,9%
Moderat skade	9,9%	10,4%	13,7%
Alvorlig skade	2,6%	3,1%	2,6%
Dødelig	0,2%	0,3%	0,7%

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 2019	OUH 2020	Hospitaller i Danmark 2020*
Medicinering fx tabletter, vaccine og væsker	24%	23%	24,2%
Behandling og pleje	13,6%	15,5%	15,2%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	13,4%	15%	14,2%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	13,7%	13,4%	13,4%
Henvisninger ind/udskrivelse og medicinlister	6,9%	6,8%	8,8%
Anden utilsigtet hændelse	5,5%	5,8%	5,9%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	5,4%	4,6%	3,8%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen m.v.	5%	4,2%	2,9%
Patientidentifikation	4%	3,2%	3%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	3,3%	3%	2,7%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	2%	1,7%	1,7%
Infektioner	1%	1%	0,9%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1%	1%	1,3%
Blod og blodprodukter	0,9%	0,6%	0,6%
Gasser og luft	0,4%	0,5%	0,4%
Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr	-	0,06%	0,02%
Selvskade og selvmord	0,04%	0,06%	0,7%

Tabel 2

*Lands gennemsnit for alle hospitaler i Danmark

Ovenfor vises de utilsigtede hændelser fordelt på kategorier i Dansk Patientsikkerhedsdatabase for 2019 og 2020. På OUH ses stort set samme mønster af hændelser i de to år. Ovenfor vises tillige lands gennemsnittet for alle hospitaler i Danmark. Sammenlignes OUH med lands gennemsnittet 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 2020 er 94 hændelser rapporteret af patienter- eller pårørende, hvilket er en lille stigning i forhold til 2019 (79 rapporteringer). Der ses samme lave repræsentation af patient/pårørende rapporteringer på de andre sygehuse i Danmark.

Rapportører af UTH på OUH	Antal 2018	Antal 2019	Antal 2020
Sundhedsfaglig rapport	4133	4565	4585
Patient/pårørende rapport	104	79	94

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 2020 blev der udført i alt 32 kerneårsagsanalyser af utilsigtede hændelser på OUH. Hændelserne har især omhandlet følgende temaer:

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

To af ovenstående kerneårsagsanalyser er foretaget i samarbejde kommuner, én er foretaget i samarbejde med Psykiatrisk Afdeling og én i samarbejde med Sygehus Lillebælt og Rigshospitalet.

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

Afviste og anonyme utilsigtede hændelser

I 2020 er i alt 198 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.).
- Arbejds miljø: Rapporteringen omhandler personalets sikkerhed, ikke patientens.
- Test-sager.
- Klage over fagligt virke/ serviceklage.
- Mangelfuldt oplyst.

Af de i alt 4679 sagsbehandlende rapporterede UTH i 2020, er kun 237 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 - 2020.

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

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 2020 rapporteret 435 UTH til OUH fra andre sektorer. I 2019 blev der rapporteret 447, og der er således tale om et lille fald på 2,7 %. Faldet ses fra det kommunale område. Det bemærkes samtidig, at rapporteringer fra almen praksis er stigende.

Nedenfor ses de utilsigtede hændelser i sektorovergangene fordelt på kategorier:

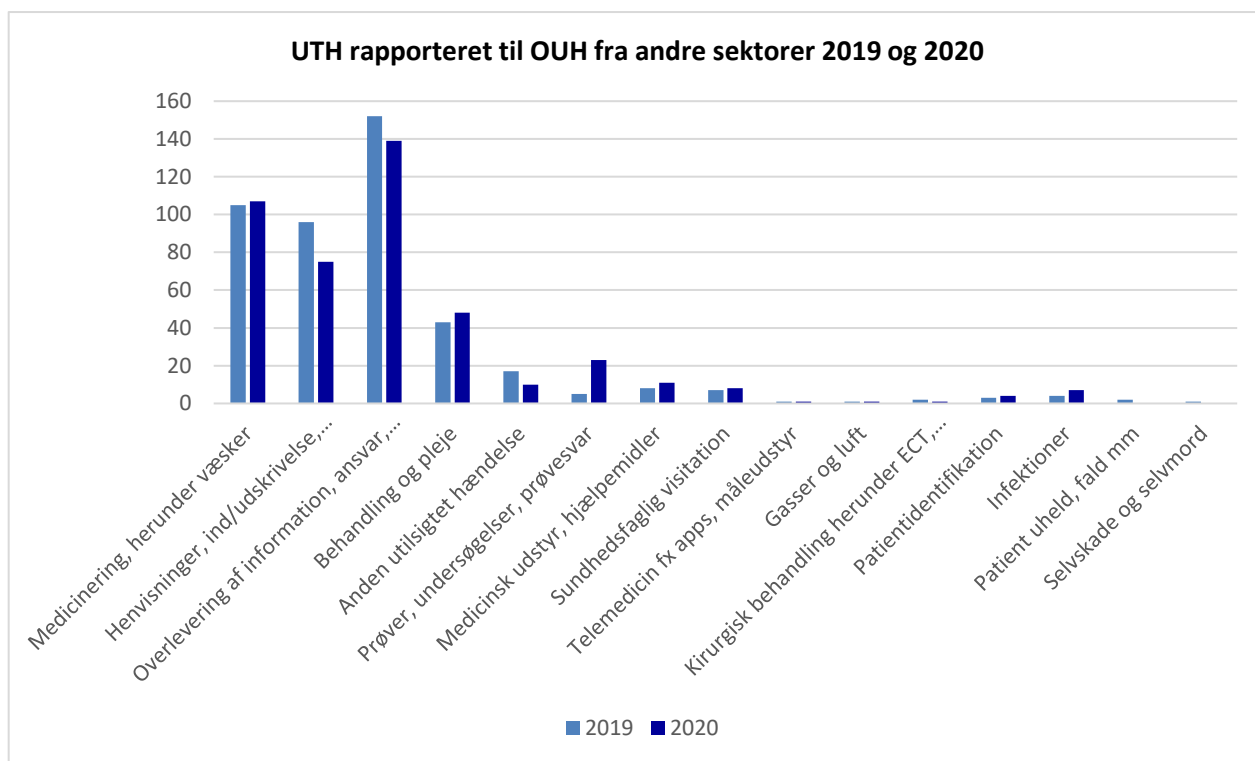


Diagram 2

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”.

Ledelsesforankring og organisering af patientsikkerhedsarbejdet på OUH

Patientsikkerhedsarbejdet på OUH er forankret i ledelsen, som har det overordnede ansvar for patientsikkerheden. Patientsikkerhedsarbejdet foregår kontinuerligt på mange niveauer på OUH. Først og fremmest lokalt i alle afdelinger. Her er arbejdet (på de fleste afdelinger) centreret i lokale forbedringsgrupper, hvor afdelingens nøglepersoner for patientsikkerhed indgår. Nøglepersonerne for patientsikkerhed er udpeget af og refererer til afdelingsledelsen. Se funktionsbeskrivelse for nøglepersoner for patientsikkerhed [her](#).

For at sikre yderligere ledelsesforankring i arbejdet med utilsigtede hændelser, har alle afdelinger på OUH i løbet af 2019 etableret en arbejdsgang, hvor afdelingens utilsigtede hændelser systematisk fremsendes til afdelingsledelsen. Dette sikrer, at afdelingsledelserne på OUH løbende informeres om egne utilsigtede hændelser, og kan handle agilt herpå.

OUH's Direktion modtager desuden ugentligt udvalgte alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser. Derudover orienteres Direktionen ad hoc om utilsigtede hændelser af særlig karakter.

Ud over det lokale arbejde, løftes meget patientsikkerhedsarbejde på tværs af OUH i form af målrettede indsatser relateret til strategiarbejde (fx observation og opfølgning på kritiske observationsfund), i form af beslutninger om nye tværgående retningslinjer (fx transport af patienter, hvor der på forhånd er fravalgt genoplivning) eller som indsatser der involverer flere afdelinger (fx audit på hjertestop). Det overordnede arbejde koordineres via direktionen samt i OUH's Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd (KPR), som har det overordnede strategiske ansvar for den samlede tværgående kvalitetsorganisation. Se OUH's tværgående Kvalitetsorganisation [her](#).

Direktionen, afdelingsledelserne og nøglepersonerne for patientsikkerhed understøttes af stabsmedarbejdere (patientsikkerhedsteamet) i Klinisk Udvikling (KLU). Teamet har bl.a. kontakten til nøglepersonerne i det daglige. Dette sker bl.a. ved sidemandsoplæring af alle nye nøglepersoner, sparring i dagligdagen, kvartalvise netværksmøder samt planlægning og gennemførelse af kurser og undervisning.

Pga. Covid-19 har det i 2020 kun været muligt at afholde to ud af fire planlagte netværksmøder for patientsikkerhedsnøglepersoner i Odense og Svendborg. Netværksmøderne har fokus på gensidig orientering om sidste nyt på patientsikkerhedsområdet, sparring, videndeling og drøftelser ud fra cases præsenteret af patientsikkerhedsteamet i KLU og dels nøglepersoner på afdelingsniveau.

I 2020 er der desuden afholdt grundkursus for nøglepersoner for patientsikkerhed på OUH.

Patientklager i 2020

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's direktion og kan være klage over sundhedsfaglig virksomhed, kommunikation, opførsel, ventetider m.v. Direktionen vurderer om klager skal tilbydes en dialog eller om klagen skal besvares skriftligt.

Direktionssekretariatet registrerer alle klager i kELD (en regional database over klager), og det er disse data, som danner grundlag for nedenstående opgørelser. I forhold til nedenstående data gøres der dog opmærksom på at antallet af styrelsessager og disciplinærnævnsager ikke kan anses at være komplette, idet Styrelsen for Patientklager har et efterslæb i sagsbehandlingen for 2018 og 2019 pga. Styrelsens udflytning fra København til Aarhus.

Som det fremgår af nedenstående mangler mange sager en afgørelse.

Styrelsessager i 2019 og 2020					
År	Antal sager i alt	Antal afsluttede sager	Medhold	Ikke medhold	Delvis medhold
2020	269	110	22	80	6
2019	144	98	16	72	9

Tabel 5

Disciplinærsager i 2019 og 2020				
År	Antal sager i alt	Antal afsluttede sager	Kritik	Ikke kritik
2020	101	43	7	34
2019	59	42	4	37

Tabel 6

Direktionssekretariatet har i 2020 registreret 189 klager indgået til besvarelse af direktionen.

Borgerklager i 2019 og 2020	
År	Antal sager i alt
2020	189
2019	119

Tabel 7

Direktionssekretariatet har ikke tilsvarende opgørelser fra tidligere år, men der vurderes overordnet at være en stigning i antallet af dialoger og herunder også i klagesager, hvor dialogen med klager er overgået til afdelingsledelsen.

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 patientskauderstatningssager 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 er Klinisk Udvikling desuden indgået i et forskningssamarbejde med OPEN, SDU, omkring opgørelse af mønstre og tendenser i klage- og erstatningssager. Arbejdet med dette projekt følges af OUH's Kvalitets- og Patient-sikkerhedsråd.

Patienterstatningen 2020

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.

Og 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 steget med 3,8 % i 2020, dvs. fra kr. 73.231.825 i 2019 til kr. 75.986.919 i 2020.

Tabel 1. Udbetalte erstatninger i 2020 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 2017	Udbetalt 2018	Udbetalt 2019	Udbetalt 2020
Akut medicin	681.554	584.628	861.359	508.649
Anæstesiologi	383.548	1.575.816	888.218	1.511.020
Børnekirurgi	0	0	0	0
Dermatologi	215.000	791.710	22.675	20.995
Diagnostisk radiologi	5.817.658	1.158.905	6.660.308	13.693.054
Geriatrici	0	0	464.240	0
Gynækologi	3.271.641	2.004.366	3.163.721	5.469.717
Hæmatologi	61.920	0	1.774.200	17.208
Infektionsmedicin	0	0	0	0
Intern medicin	320.840	81.945	201.542	
Kardiologi	-307.443	448.515	3.086.778	5.055.941
Karkirurgi	90.646	837.300	411.810	901.738
Kirurgi	3.316.599	1.022.429	208.592	12.482.237
Kirurgisk gastroenterologi	3.642.849	4.707.108	9.495.076	0
Klinisk fysiolog./nuklearmedicin	0	0	85.758	0
Klinisk immunologi	50.492	2.050	46.029	40.751
Kæbekirurgi	460.777	431.689	201.962	5.597.502
Medicinsk endokrinologi	159.744	0	0	113.037
Medicinsk gastroenterologi	191.937	52.740	0	55.967
Medicinske lungesygdomme	1.097.077	554.524	93.263	0
Nefrologi	19.380	0	0	0
Neurokirurgi	12.781.985	5.427.653	11.404.568	8.768.015
Neurologi	985.837	1.358.614	12.521.199	721.452
Obstetrik	1.357.528	1.408.050	452.251	2.400.116
Oftalmologi	534.918	355.642	544.836	931.884
Onkologi	34.830	344.160	21.995	2.537.945
Ortopædisk kirurgi	9.914.759	9.310.699	4.649.469	10.860.986
Oto-rhino-laryngologi	3.435.75	332.620	410.631	204.852
Patologi	182.796	1.894.232	0	86.955
Plastikkirurgi	126.872	50.258	50.258	0
Pædiatri	766.650	330.000	0	0
Reumatologi	73.620	440.830	0	0
Thoraxkirurgi	7.453.083	2.752.194	7.179.885	1.263.246
Urologi	3.575.431	2.525.405	4.729.348	627.464
Andet	420.485	176.626	3.601.854	2.116.189
I alt kr.	61.118.770*	40.960.708	73.231.825	75.986.919

*Data 2017 er inkl. lægemiddelskader.

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: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110>
- Sundhedsaftalen 2019-2023: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm277954>
- Årsberetningen for Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) 2020: <https://stps.dk/da/udgivelser/2021/aarsberetning-for-dansk-patientsikkerhedsdatabase-2020/>
- Styrelsen for Patientsikkerhed, 2020: <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