

LITTERATUR

1. Danske Regioner. www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/kvalitet-i-behandlingen/hsmr/2011 (1. mar 2013).
2. Foss NB, Kehlet H. Mortality analysis in hip fracture patients: implications for design of future outcome trials. *Br J Anaesth* 2005;94:24-9.
3. Engel C, Rasmussen LL, Nielsen JB et al. Potentielt forebyggelige dødsfald på et mellemstort centralsygehus. *Ugeskr Læger* 2007;169:2630-3.
4. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL jr. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology* 1978;49:239-43.
5. Årsrapport DCCG. www.dccg.dk/. 2011. (1. mar 2013).
6. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P et al. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation* 2013;84:465-70.
7. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 2001;286:415-20.
8. Moller MH, Adamsen S, Thomsen RW et al. Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *Br J Surg* 2011;98:802-10.
9. Vester-Andersen M, Waldau T, Wetterslev J et al. Effect of intermediate care on mortality following emergency abdominal surgery. *Trials* 2013;14:37.

Der er forskel på patienters og personales oplevelse af fejl under indlæggelse

Louise Vang Christensen¹, Claire Holm² & Allan Enevoldsen³

I den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2011 svarede 13% af de indlagte patienter på landsplan, at de havde oplevet fejl under indlæggelsen [1]. Heraf vurderede 39%, at personalet var dårlige eller virkelig dårlige til at håndtere fejl [1]. På Medicinsk Afdeling, Frederiksberg Hospital, var resultaterne henholdsvis 12% og 50% [1].

I en amerikansk undersøgelse fra 2007 med telefoninterview med 1.656 patienter oplevede 39% fejl [2]. Center for Kvalitet har i en afhandling fra januar 2012 haft fokus på forbedringsinitiativer på baggrund af LUP 2009 [3].

I Region Midtjylland er der også fokus på patientoplevelde fejl. Ved telefoninterview af 135 indlagte patienter angav 36%, at de havde oplevet fejl. 25% af patienterne vurderede, at personalet var dårligt eller virkelig dårligt til at håndtere fejl, og 86% mente, at fejlene kunne være undgået [4].

En forudsætning for god håndtering af patientoplevelde fejl er bl.a., at personalet er sig bevidst, at patienten har oplevet en fejl. Vi ønskede derfor at undersøge, hvilke typer fejl patienterne oplevede under deres indlæggelse, med henblik på kvalitetssikring og forbedring af patientoplevelsen og med det formål at styrke personalets opmærksomhed og fremtidige handlemulighed.

METODE

Undersøgelsen blev gennemført i foråret 2012 på Medicinsk Afdeling, Frederiksberg Hospital. Vi inkluderede konsekutivt 580 patienter, der var indlagt i over et døgn i perioden februar-marts 2012. Ved flere ind-

læggelser inden for perioden blev udelukkende den seneste indlæggelse medtaget i undersøgelsen. Patienter med adressebeskyttelse blev ekskluderet.

Hver patient fik i april 2012 tilsendt et informationsbrev og et struktureret spørgeskema med spørgsmål om, hvorvidt de havde oplevet fejl under deres indlæggelse. Kun patienter, der havde oplevet fejl, skulle udfylde og returnere spørgeskemaet. I maj-juni 2012 blev de patienter, som havde svaret bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt de havde oplevet fejl, kontaktet med henblik på et semistruktureret telefoninterview ud fra et spørgeskema. Målet var at få svar fra mindst 30 patienter, der havde oplevet fejl (baseret på erfaringer fra LUP, hvor ca. 10% oplevede fejl, og ca. 50% besvarede et spørgeskema [1]).

Baggrundsplysningerne var køn, alder, og hvilket afsnit patienten var indlagt på. Svarene fra telefoninterviewene blev optalt og inddelt i syv kategorier (Tabel 1). Et patientsvar kunne indgå i flere kategorier, da nogle patienter havde oplevet flere fejl under samme indlæggelse. Kategorierne blev fundet ud fra opgørelse af alle interview med inspiration fra kategorierne i LUP. Der blev ikke anvendt statistiske modeller, men blot udregnet antal fejl i procent.

Patienterne blev desuden bedt om at svare på, hvad, hovedårsagen til fejlen var efter deres opfattelse, og hvad personalet kunne have gjort anderledes i håndteringen af fejlen.

RESULTATER

Ud af 580 patienter udgik 24 pga. død. Af de tilbageblevne 556 patienter udgik yderligere seks af andre

UDVIKLINGS-ARTIKEL

1) Lægehuset i Borup
2) Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V02130149

TABEL 1

Typer af fejl.	Fejltype	n/N (%)
	Kommunikation	17/34 (50)
	Medicineringsfejl	12/34 (35)
	Behandling, pleje	7/34 (21)
	Infektion, skade, komplikation	6/34 (18)
	Administration	4/34 (12)
	Ventetid	3/34 (9)
	Andet (dårlig rengøring, dement patient)	3/34 (9)

TABEL 2

Personalets håndtering af fejl. De angivne værdier er n (%).

Fejltype	Håndtering						i alt
	virkelig god		nogen-lunde	dårlig	virkelig dårlig	personale kendte ikke til fejlen	
Kommunikation	2	4		2	6	1	
Medicineringsfejl	2	1		1		4	
Behandling, pleje ^a		2		1			
Infektion, skade, komplikation			1	1	1	1	
Administration	1						
Ventetid	1						
Andet ^a							
I alt	6 (18)	7 (21)	1 (3)%	5 (15)	7 (21)	6 (18)%	32

a) Svarede ikke (2 patienter i alt).

årsager. Vi modtog besvarelse fra i alt 86 patienter, hvoraf 45 ingen fejl havde oplevet. Der var således 41 patienter, som havde oplevet fejl. Der blev gennemført i alt 34 telefoninterview, idet syv af de 41, som have oplevet fejl, ikke ønskede telefonisk kontakt.

Hyppigheden af fejl blev opgjort i forhold til antallet af patienter i undersøgelsen. Et patientsvar kunne indgå i flere kategorier, hvorved summen af fejl i Tabel 1 blev 52. Hvis patienten havde oplevet flere fejl, var det personalets håndtering af den alvorligste fejl, de skulle kategorisere i spørgeskemaet.

Kommunikationsfejl var langt den hyppigste fejl og udgjorde 50%. Kategorien kommunikation/information dækker over manglende information om plan/behandling/undersøgelser og manglende information om medicin og bivirkninger. Hovedparten af de oplevede fejl (otte af 17) i kommunikationskategorien var relateret til dårlig tiltaleform, herunder ligegyldighed og manglende omsorg fra personalets side. Fem patienter manglede information om sygdomsforløb/behandling, og fire manglede information om deres medicinering og gennemgang af medicinen ved udskrivelser.

Patientoplevede medicineringsfejl udgjorde 35%. Primært drejede det sig om udlevering af forkert medicin, ombytning med medpatients medicin eller forkert doseringsæske/medicinliste medgivet ved udskrivelse.

Enkelte patienter påpegede, at de først fik udleveret al deres rigtige medicin flere dage efter indlæggelsen. En patient måtte vente mange timer på sovemedicin. En patient havde, pga. uklarhed på medicinlisten, taget firedobbelt digoxindosis efter udskrivelsen. Af Tabel 2 ses, at det hyppigst var i denne kategori, at personalet ikke kendte til fejlen.

Fejl i behandling/pleje udgjorde 21%. To patienter blev udskrevet med fortsatte rygsmerter og var utilfredse med, at smerterne ikke blev behandlet. Andre klager var manglende omsorg, at liggesår ikke blev opdaget (kun af pårørende), at intravenøs væske blev givet uden behov for dette (som rutine), at et venflon lå over tre dage, og i et tilfælde, at der blev givet for mange udrensninger med laksantia.

I kategorien skade/infektion/komplikation var der 18% fejl. Her omhandlede fejl smerter ved og efter venflonanlæggelse, nosokomial infektion med *Clostridium difficile*, pneumoni, efterfølgende infektion i en fod, fordi alle suturer ikke var fjernet, og flebitis efter venflon.

Administrationsfejl udgjorde 12% af fejlene. Herunder var manglende blodprøvesvar, der førte til, at DC-kardioverterterkonvertering måtte aflyses, bortkommet knoglemarvsprøve, ombytning af patienters identitet og deraf forkert information til pårørende om overflytning samt booking af ekkokardiografiundersøgelse på en dag, hvor lægerne havde fri.

Ventetid udgjorde 9% af fejlene. Det drejede sig om ventetid på sygeplejerske og på optagelse af journal og forsinkelse (ti timer) på påbegyndelse af glukoseinsulindrop, som var formålet med indlæggelsen.

Flere patienter nævnte også som en biting, at rengøringsstandard var for dårlig. I alt påpegede otte ud af 41 patienter, at rengøringen var for dårlig.

Personalets håndtering af fejl

Ud fra de 34 spørgeskemaer svarede 18%, at personalet håndterede fejl virkelig godt. 36% mente, at personalet håndterede fejl dårligt eller virkelig dårligt. Flest tilkendegivelser af dårlig/virkelig dårlig fejlhåndtering var i kommunikationskategorien.

Patienternes forslag til bedre håndtering af fejl var primært, at personalet skulle have anerkendt, at der var sket fejl, skulle have lyttet mere til patienten og informeret bedre om behandlingen. Andre forslag var bedre omgangstone, bedre kontrol af medicin og cpr-nummer, brug af mere tid ved udskrivelser og generelt bedre koordinering blandt personalet.



DISKUSSION

Hyppigheden af oplevede fejl i denne undersøgelse og oplevelsen af utilfredsstillende håndtering stemmer overens med landsdækkende tal fra LUP [1].

En meget væsentlig del af de oplevede fejl (primært i kategorierne kommunikation/information, behandling/pleje og ventetid) synes at ligge uden for rammerne for, hvad der i det daglige kliniske arbejde traditionelt opfattes som fejl, herunder hændelser til indberetning som utilsigtet hændelse. Dette gjorde sig også gældende i både en amerikansk og en britisk undersøgelse [2, 5]. Det har desværre ikke været muligt i denne undersøgelse at se, om personalet har oplevet de konkrete sager som fejl.

En styrke ved vores undersøgelse var, at vi interviewede patienterne telefonisk og ikke kun fik besvarede spørgeskemaer tilsendt, idet telefoninterview giver mulighed for mere uddybende svar, og at vi derfor opnåede et mere nuanceret billede af de fejl, patienterne oplevede.

Undersøgelsens resultat kan anvendes til kvalitetsforbedring i form af såvel forebyggelse som håndtering af indtrufne patientoplevede fejl. At patienternes fejloplevelse i høj grad knytter sig til kategorier, der måske ikke svarer til personalets, er i den sammenhæng en væsentlig information.

Vi bør således i fremtiden forbedre håndteringen af fejl vedrørende kommunikation og information og bl.a. fokusere på omgangstone. Der er foreslået patientcentrerede sikkerhedsprogrammer for at undgå fejl [2]. Patienternes behov for, at personalet anerkender oplevelsen af fejl, fremhæves ofte [1] og bekræftes i vores undersøgelse. Som det ses af tidligere nævnte nationale og internationale artikler, er fejl et universelt problem, som vi bør have særligt fokus på.

Med denne undersøgelse har vi fået bevidsthed om, hvad patienterne oplever som fejl. Ved at bruge denne viden kan vi i fremtiden forhåbentlig forebygge og forbedre håndteringen af fejl samt forbedre patientoplevelsen generelt. Vi håber, at dette både vil

gøre sig gældende lokalt på Frederiksberg Hospital, og at andre hospitaler kan lære noget af vores undersøgelse.

KORRESPONDANCE: Louise Vang Christensen, Lægehuset i Borup, Hovedgaden 16, 4140 Borup. E-mail: louisevangdk@yahoo.dk

ANTAGET: 24. april 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 22. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Enheden for Brugerundersøgelser. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). København, 2011.
2. Burroughs TE, Waterman A, Gallagher TH et al. Patients' concerns about medical errors during hospitalization. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:5-14.
3. Center for Kvalitet. Bedre patientoplevelser – hvordan? Effekten af forbedringsinitiativer på baggrund af LUP 2009. www.centerforkvalitet.dk/wm380477 (5. jun 2013).
4. Region Midt, Kvalitet og Udvikling – Hospitalsenheden Vest. Patientoplevede fejl. Oplæg til funktionsledermøde den 3. november 2011. www.vest.rm.dk/om+hospitalet/hospitalsledelsen/ledelsesstruktur/funktionsledelserne/funktionslederm%C3%B8der/visdagsorden?file=03-11-2011/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_3_Bilag_1_.pdf (5. jun 2013).
5. Britten N. Medication errors: the role of the patient. *Br J Clin Pharmacol* 2009;67:646-50.



PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK
7. APRIL 2014

Leverfibrose kan vurderes ved ikkeinvasiv ultralydelastografi

Peter Thielsen, Rune Wilkens, Søren Rafael Rafaelsen et al

Methotrexat kan anvendes som steroidbesparende behandling af svær astma

Malene Knarborg, Ole Hilberg & Ronald Dahl

Identifikation af et mesenterielt traktionssyndrom med laserkontrastundersøgelse

Morten Zaar, Niels H. Secher, Carsten Tollund et al

Nekrotisk ventrikel fire år efter fundoplikation ledte til fosterdød

Ebbe Thinggaard, Anders Peter Skovsen, Jeppe Kildsig et al

Måltrettet behandling af kronisk lymfatisk leukæmi

Carsten Utoft Niemann

Skrotal Pagets sygdom

Jacob Juel, Rasmus RVITge, Astrid Petersen et al

Potts puffy tumor er en sjælden komplikation i forbindelse med sinuitis

Henrik Bredahl Sørensen & Anna Gry Bille