

# Kvalitet og patientsikkerhed i KB

DLCG årsmøde 19. Juni 2009

Janne Lehmann Knudsen

Kvalitetschef, overlæge, ph.d, MHM

Kræftens Bekæmpelse



# Agenda

- Hvorfor en Kvalitetsenhed?
- Indsatsområder 2009
- Udvalgte projekter:
  - Patientsikkerhed
  - Kontrolforløb





# Hvorfor en Kvalitetsenhed ?

(Enhed for monitorering af kvalitet i patientforløbet)

- Erkendelsen af knowing-doing gap, mangel på viden og tilstrækkelig monitorering.
- Anspore til styrket kvalitet i kræftforløbet ved at:
  - afdække og højne viden om kvalitet
  - bringe viden i spil og evaluere indsatsen
  - forestå konkrete projekter

*Samarbejde med klinikere, ledelser, patienterne  
og politisk handling*



NU SKAL VI LIGE  
HA NOGLE BITTESMÅ  
KRYDSE I DET  
HER SKEMA



Larsen.



## Med afsæt i kræftpatienters perspektiv arbejder vi for, at sundhedsvæsenet:

- har let adgang til den nødvendige ekspertise
- leverer indsats af høj faglig kvalitet
- tager ansvar for/i hele forløbet
- opleves som professionelt uden unødige ventetider

*Patientens møde med sundhedsvæsenet*





# Sundhedsvæsenet skal gøre sit yderste for:

1. **At du modtager** behandling af samme høje kvalitet, uanset hvem du er, og hvad du fejler.
2. **At du får** netop den behandling, du har behov for, når du har brug for den.
3. **At du bliver** lyttet til og inddraget i, hvordan dit behandlingsforløb skal være, alt efter hvad du selv ønsker og magter.
4. **At du får** den information og støtte, du skal bruge for at træffe dine valg.
5. **At du møder** et system, der som udgangspunkt altid forsøger at hindre fejl, og som tager hånd om de fejl, der måtte ske.
6. **At du møder** et fagligt kompetent personale, der anvender den nyeste viden på deres felt.

*Patienternes sundhedsvæsen. DR, 2007*



**Vi tror på:**

**at den viden og de ressourcer, som patienter med kræft (og pårørende) har, i højere grad kan bruges aktivt til at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet på mikro- og makroniveau**

- **Fra del af problemet**  **del af løsningen**
- **Fra passiv modtager**  **aktiv deltager**





# Kræft LUP: specifikt for patienter med lungekræft

Den største andel positive svar:

- Læge med ansvar for medicinsk behandling/kemoterapi (96%/93,5%)

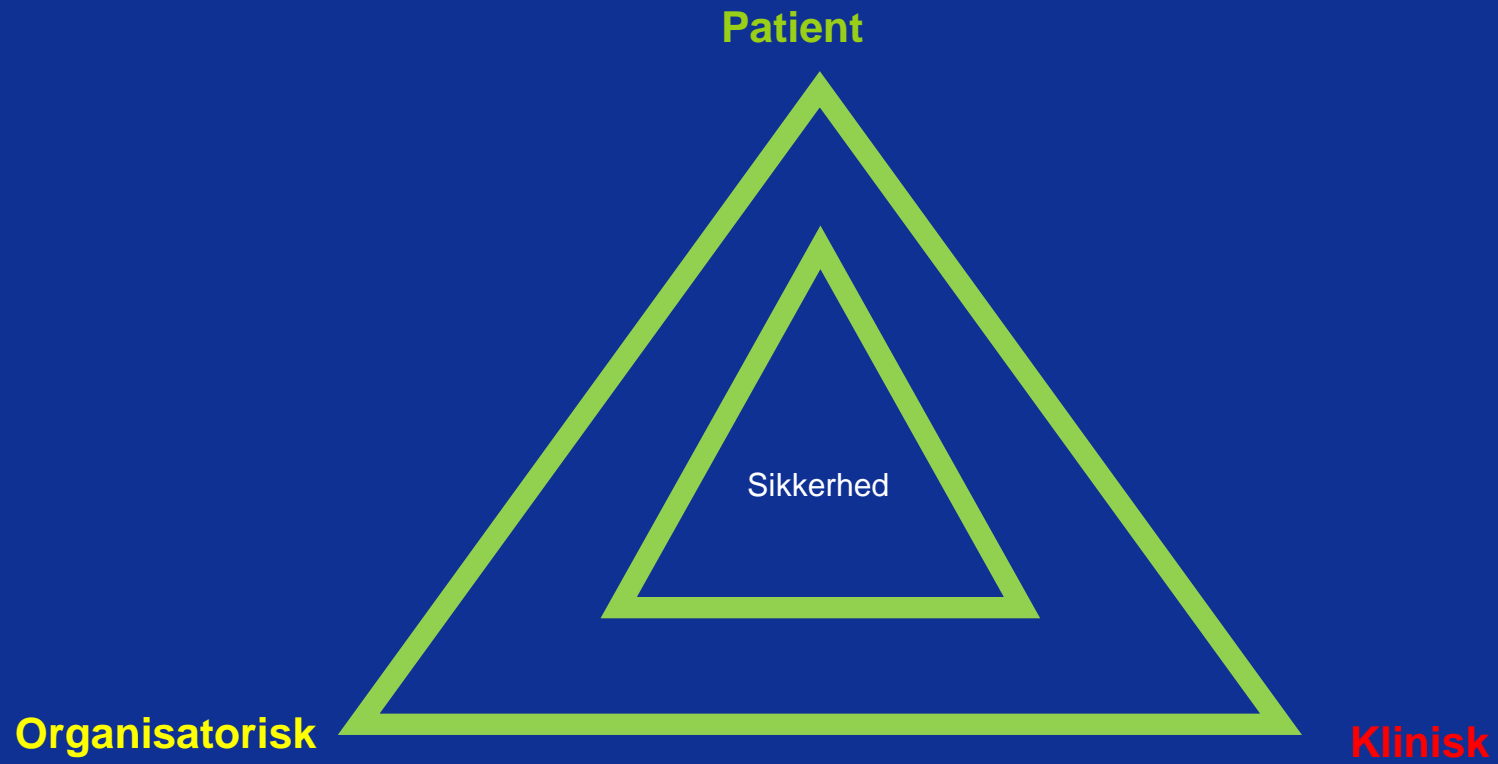
Den største andel negative svar:

- Information ved første kontakt på sygehus (11,7 %/7,4%)
- Planen for kontrolforløb (10%/5,3%)
- Information om senfølger (7,0%/8,35)



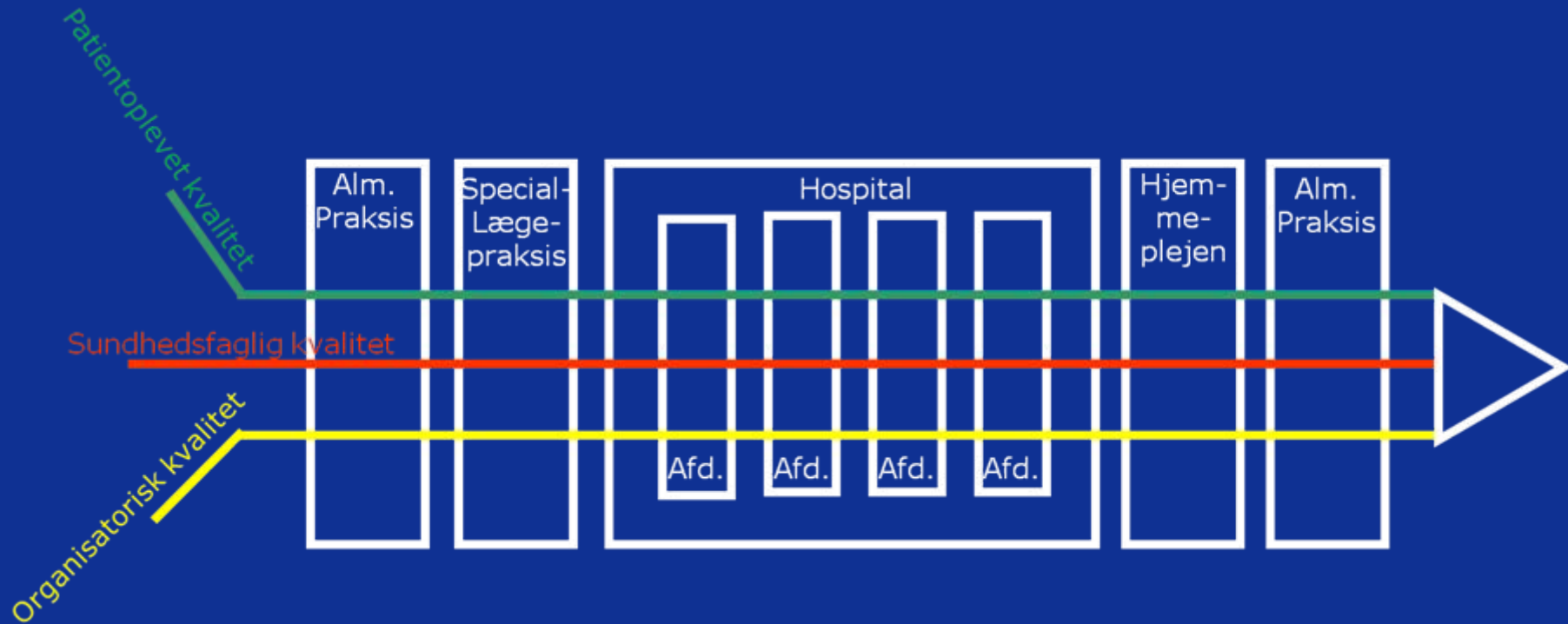


# Anskuelsen på kvalitet





# Kvalitet og patientforløb





# Primære indsatsområder 2009

- Patientens GPS
- Monitorering
- Barometerundersøgelse
- Patientsikkerhed
- Kontrolforløb
  
- Etablere netværk og samarbejde
- Danske patienter
  
- **Andet:** Fysisk rehabilitering, fra data til handling, øge viden om indsatsen i primær sektor, social ulighed, m.m.



## Patientsikkerhed – hvorfor det ?

- Hver 5. indlagte patienter oplever en fejl
- Hver 10. patient har været udsat for en skadevoldende hændelse under en indlæggelse ifølge sundhedsfaglig audit (Ingen viden fra primærsektor og fra overgange)

*Vi kender ikke risikomønsteret på kræftområdet, men ved at jo mere kompleks en behandling eller et patientforløb er, jo større er risikoen for svigt.*





# Dana Farber Cancer Institute

## - udløsende case

- I 1994 døde den 39-årige *Boston Globe* journalist Betsy Lehman af komplikationer til en overdosis Cyclofosamid – et kemoterapeutikum hun fik på Dana Farber Cancer Institute i forbindelse med behandling for brystkræft.
- Medierne dækkede hændelsen intensivt; 28 forside overskrifter i løbet af de følgende 3 år.



# Hvorfor sker der fejl og svigt?

- Utilsigtede hændelser sker, fordi mange mennesker skal arbejde sammen om komplekse opgaver, og fordi sikkerhed ikke er tænkt tilstrækkeligt ind i arbejdsgangene.
- Menneskelige fejl er uundgåelige, og det er ikke muligt at sikre fejlfri adfærd – derfor er det altafgørende, at arbejdsprocesser, teknik og apparatur sikres så godt som muligt for at undgå patientskade.

Every system is perfectly designed to get the results it gets.

Paul Batalden, MD.



# Patientsikkerhed i KB

- Igangværende projekter
  - Global Trigger Tool (GTT)
  - Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD)
  - Patientrapportering
- Nye projekter bl.a.
  - Patientforsikringen
  - Repræsentation
  - Dansk selskab for patientsikkerhed: Patientsikkerhedsrådet
  - Strategisk Forum for DPSD



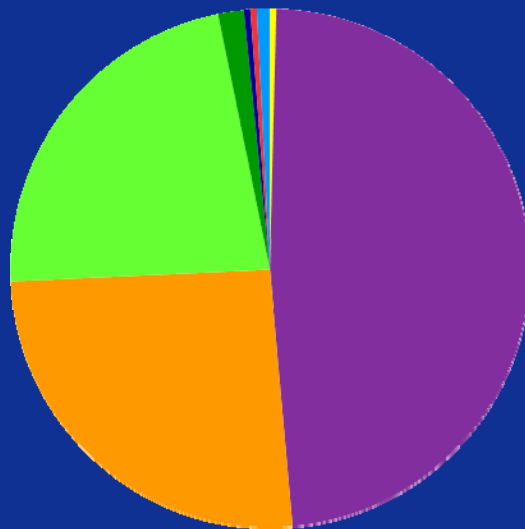
# Global Trigger Tool (1)

- Monitoreringsredskab udviklet af IHI – oversat til dansk
- I alt 572 journaler (~120 jr x 5 afdelinger)
  - Onkologi, Herlev
  - Gynækologi/Obstetrik, Rigshospitalet
  - Thoraxkirurgi, Odense
  - Mave-tarmkirurgi, Århus
  - Mammakirurgi, Aalborg
- Resultater:
  - 260 skader i alt
  - 67 skader/1000 indlæggelsesdage
  - 45 skader/100 indlæggelser
  - 18 % indlæggelser med skade



# Global Trigger Tool (2)

antal skader



- Klinisk proces ■
  - Blødninger
  - Læsioner
  - Tryksår
- Hospitalserhvervede infektioner ■
  - Luftveje
  - Urinveje
  - Sår
- Medicinering ■
  - Subcutane infusioner
  - Bivirkninger

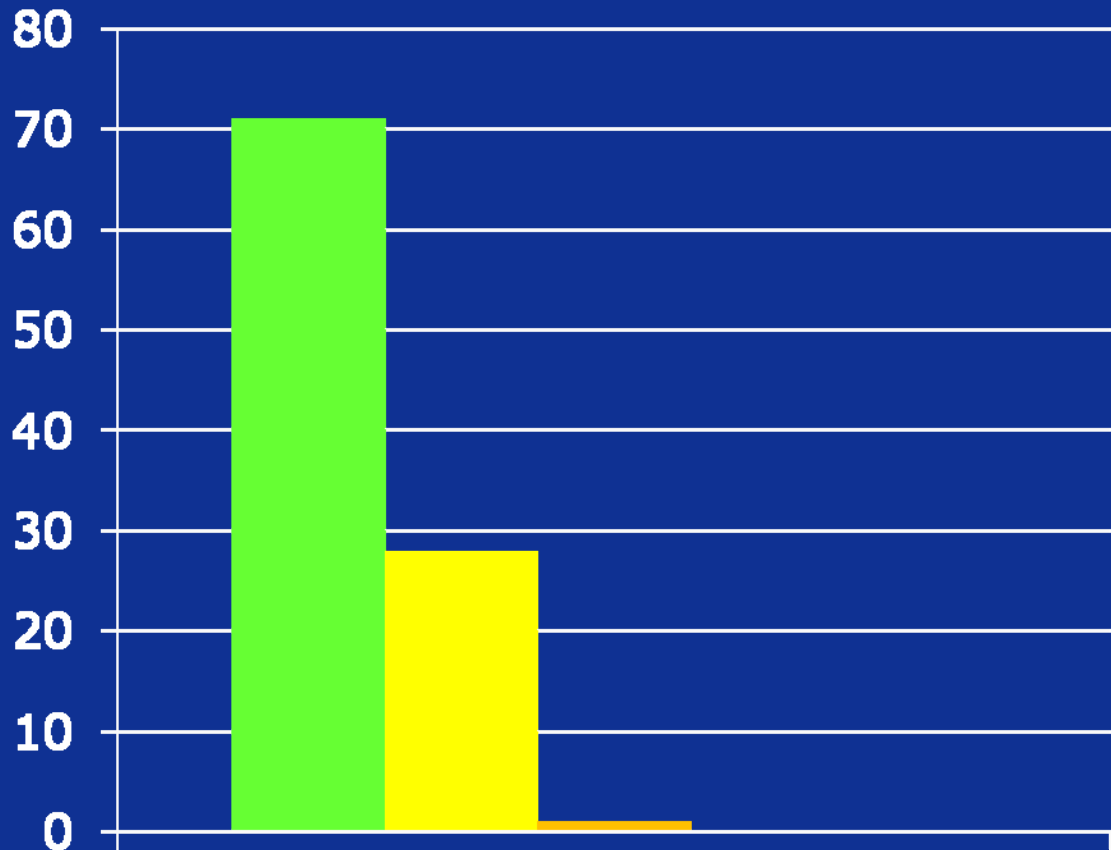
- klinisk administration
- klinisk proces
- dokumentation
- hospitals erhvervet infektion
- medicin/IV-væsker
- bold/blodprodukter
- ernæring
- ilt/gas
- medicinsk udstyr
- patientadfærd
- fald
- patientulykker
- infrastruktur/bygninger
- ressourcer
- patologi/laboratorier





# Global Trigger Tool (3)

- Vurdering af skadens alvor (NCC MERP)



E: Midlertidig patientskade, hvor intervention er påkrævet

F: Midlertidig patientskade, hvor sygehusbehandling eller forlængelse af sygehusophold er påkrævet

G: Permanent patientskade

H: Patientskade hvor livsopretholdende behandling er nødvendig

I: Patientskade der forårsager eller medvirker til patients død





# DPSD-projektet (1)

- Antal rapporter: 2464  
antal UTH



- |                              |                     |                         |
|------------------------------|---------------------|-------------------------|
| ■ klinisk administration     | ■ klinisk proces    | ■ dokumentation         |
| ■ hospitaletsvævet infektion | ■ medicin/IV-væsker | ■ bold/blodprodukter    |
| ■ ernæring                   | ■ ilt/gas           | ■ medicinsk udstyr      |
| ■ patientadfærd              | ■ fald              | ■ patientulykker        |
| ■ infrastruktur/bygninger    | ■ ressourcer        | ■ patologi/laboratorier |

- Medicinering ■
  - Ordination
  - Administrering
  - Levering
- Klinisk proces ■
  - Operation
  - Strålebehandling
  - Diagnostik/vurdering
- Dokumentation ■
  - Resultater/billeder
  - Journalpapirer/henvisninger
- Klinisk administration ■
  - Booking/aftale
  - Overlevering



# DPSPD – Eksempler (2)

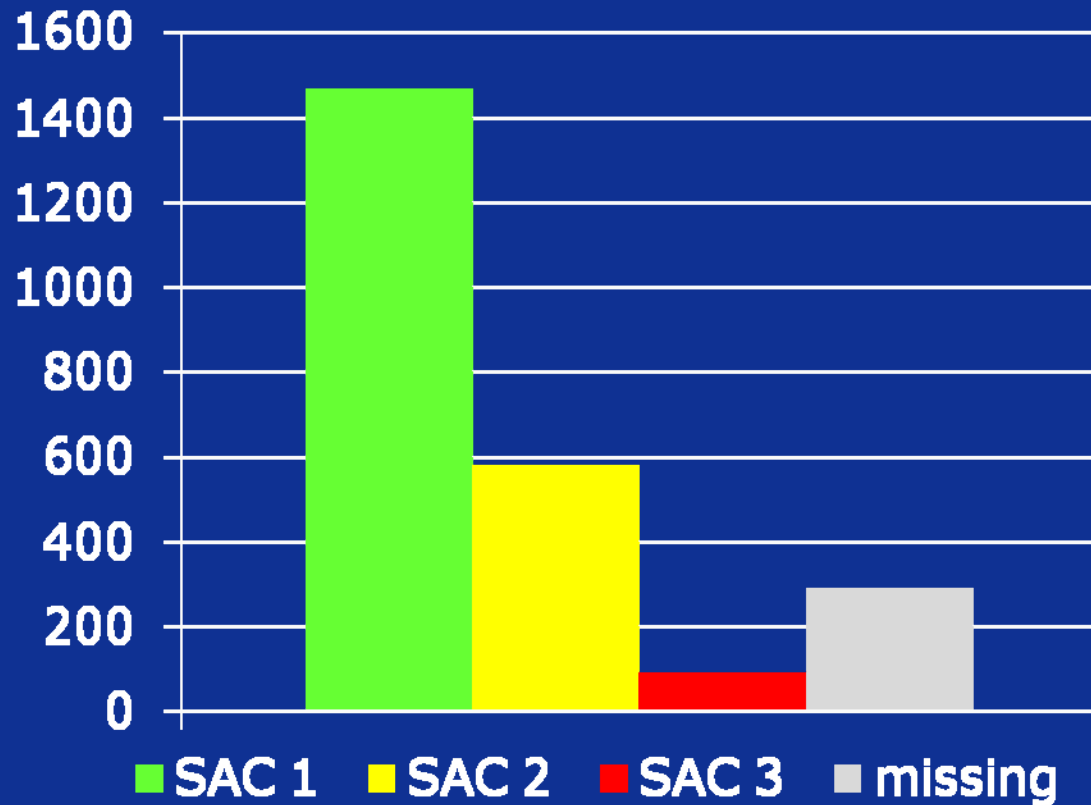
- Kemohændelse: Pt. møder til ambulant behandling med cytostatika intratekalt. Kort efter indgift reagerer pt. med kraftig gråd og angivelse af en kraftig hovedpine. Det konstateres, at der er givet 100 gange højere dosis end ordineret.
- Strålebehandling: Patient i kurativt intenderet strålebehandling. Der skal behandles på 2 felter, med hvert sit isocenter. Det primære felt opstilles efter boostfeltisocenter, da der kun er sendt et sæt opstillingsparametre ned til behandlingsapparatet uden at det er markeret hvilket behandlingsområde disse parametre er relateret til. Patienten får således første behandling efter en forkert opstilling, medførende en forskydning på 1,5 cm af feltet.
- Dokumentation: Pt indlægges i april 2004 med brystsmerter. Kontrolleres for AMI, hvilket afkræftes og pt sendes hjem. Der tages et rtgbillede, der ikke bliver set. Rtg viser klart en stor proces opadtil i ve lunge. Samme pt indlægges til hofteoperation juni samme år. Der tages nyt rtg som viser samme store proces i ve lunge. Rtg ses ikke af den afd der bestiller. Ses ikke af anæstesiafd og rtgafd henviser ikke til lungemed afd med henblik på udredning.





# DPSD-projektet (3)

- Vurdering af UTH alvor og hyppighed(Faktuel score)



# DPSPD-projektet (4)

- Medicin/IV-væsker

MEDICINTYPE	Ordination	Dispensering	Pakning	Levering	Administration	Lager /bestilling	Opbevaring	Monitorering	I alt
Kemo	233	39	25	129	287	27	12	12	764
Præ	60	7	0	4	109	0	0	2	182
Andet	78	10	1	2	57	1	0	1	150
I alt	365	56	26	134	445	28	12	15	1096



# DPSPD-projektet (5)

- Medicin/IV-væsker: **KEMOPTERAPI**

	Forkert patient	Forkert lægemiddel	Forkert Dosis/styrke	Forkert formulering	Forkert vej	Forkert mængde	Forkert label/instruktion	Kontra-indikation	Forkert opbevaring	Ikke givet medicin/dosis	Udløbet medicin	Bivirkning	Forkert tidspunkt	I alt
Ordination	4	17	128	3	1	5	6	37	0	15	0	1	16	233
Dispensering	2	2	15	5	0	2	4	0	0	4	1	0	4	39
Pakning	0	2	1	0	1	2	13	0	0	2	0	0	4	25
Levering	2	8	10	21	0	4	21	0	0	8	3	0	52	129
Administration	5	13	48	2	51	6	17	9	0	32	7	2	95	287
Lager/bestilling	0	0	10	2	1	0	2	2	0	2	0	0	8	27
Opbevaring	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2	0	0	0	12
Monitorering	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	12
<b>I alt</b>	<b>13</b>	<b>42</b>	<b>212</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>19</b>	<b>75</b>	<b>48</b>	<b>12</b>	<b>63</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>179</b>	<b>764</b>





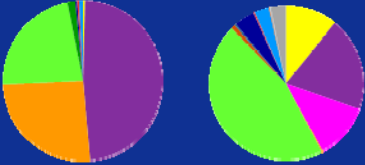
# Identificerede problemområder, bl.a...

- Medicinering
  - Kemoterapi (ordination og administration)
  - Cytostatikaenheder
- Kliniske processer
  - Strålebehandling
  - Præoperative procedurer
- Papirgange
  - Henvisninger/booking
  - Prøveresultater/billeddiagnostik
- Hospitalserhvervede infektioner





# Foreløbige konklusioner

- Forekomsten af skader/UTH i kræftbehandlingen er relativt høj
- Hændelsesmønster afhænger af metode 

  - Kræftspecifikke risici
  - Generelle risici

- GTT: *kan* anvendes til monitorering – rutinemetode?
- DPSD: velegnet til identifikation af risici – ikke til monitorering
- Forslag til handling i dialog med klinikere
- Fortsat behov for metodeudvikling





# Patientrapportering

## Formål

- Få mere viden om UTH
  - hvad oplever patienterne
- Systematisere patienthistorier
- Erfaring til brug for udvikling af et nationalt system og tolkning af resultater





# Patientrapportering: december 2008 - ?

- Deltagelse fra tre afd.: Herlev, Hillerød, Aalborg
- Rapporter til KB elektronisk eller skriftligt:  
80 modtaget på 3½ måned
- 72 skemaer og 8 beretninger om forløb klassificeret i henhold til
  - sektor
  - fase i behandlingsforløb
  - hændelsestype





# Fordeling af hændelser

## Sektor

- Primær sektor 11%
- Hospitaler 89 %

## Fase i forløb

- Udredning 30 %
- Behandling 64 %
- Kontrol 6 %

## Hændelse ved

- Diagnostik/behandling 29 %
- Klinisk handling 15 %
- Generel pleje 4 %
- Medicinering 16 %
- Infektion 6 %
- Information og kommunikation 17 %
- Ventetid 8 %
- Andet 5 %



# Patientrapport

Henvender sig gentagne gange til egen læge grundet vejrtrækningsbesvær og blodigt opspyt

Forløb over 2 år før patienten på egen opfordring henvises til specialist.

På sygehus konstateres langsomt voksende lungekræft.



# Kontakt med personale om hændelser

- 84 % blev opdaget af patient/pårørende. 81% fortalte personalet om hændelsen

*" .. ved ikke om der ville være sket noget, hvis jeg ikke havde insisteret på at få opklaret, om det kunne være farligt".*

- Ved 42 % af samtlige hændelser drøftede patient/pårørende den med personalet

*" ja, jeg synes jeg fik en god snak med den ansvarlige.."*

*"begrænset ja, jeg har måttet opsøge megen viden selv .."*

*"nej, kun en trækken på skulderen"*



# Oplevelsen af fejl påvirker patienternes tillid – i særdeleshed når de ikke tages alvorligt

- *Min tillid til det danske sundhedsvæsen ligger på et meget lille sted efter oplevelserne de sidste 11 måneder*
- *Ja, og jeg skal love for, at personalet var kede af det og udviste særlig omsorg. Næsten alle overlæger var forbi og undskyldte eller snakke om det, og sygeplejerskerne var også rigtig søde til at snakke om det, hvilket gjorde det lettere at få genetableret en tillid. Tillid er jo utrolig væsentligt, fordi man overgiver en meget farlig behandling af ens egen krop til personalet.*
- *Alle mennesker begår fejl, selve fejlen ... er ikke "sjusk". Selv læger kan lave fejl. Men jeg ved ikke, hvorfor jeg ikke fik nok information*



# Hvad kan vi lære af patienterne?

- Deres rapporter giver ny viden og
  - **kendskab til konsekvenser af hændelser**
- Patienter forholder sig også til den faglige indsats , og understreger vigtigheden af at
  - **medinddrage patienten**
  - **lytte og informere**
- Fastholde patienternes tillid forudsætter
  - **anerkendelse af patientens perspektiv**
  - **håndtering af hændelser**





## Kontrolforløb

### - kræftpatienters oplevelser og vurdering

- *2½ times kørsel, og hver gang var det som en eksamen at skulle til – nogle gange med 1-2 timers forsinkelse og så en forskellig læge næsten hver gang. Udfylde skema som de alligevel ikke kigger på. Hvordan har du det - jo tak meget godt. Mærke lidt på operationsstedet og så farvel igen. 2½ time hjem igen*
- *Hvordan kan lægen være så sikker på at der ikke er noget galt ?*





# Spørgeskema april 2009 distribueret via Patientforeninger

924 kræftpatienter svarede

- 65 % kvinder og 35 % mænd
- 85 % går stadig til kontrol
- 25 diagnoser
  - Brystkræft 31 %
  - Myelomatose 18 %
  - Prostatakræft 17 %

Resultat ikke påvirket af diagnose eller tidspunkt for kontrolforløb



# Kontrollernes indhold

- *"Hvor vigtigt er det for dig at blive undersøgt for ...?"*
- *"Hvad er indgået i dit kontrolforløb indtil nu?"*

<b>Undersøgelse for</b>	<b>Vurderet vigtig/meget vigtig</b>	<b>Oplevet</b>
- tilbagefald af din kræftsygdom på samme sted i kroppen	90 %	83 %
- spredning af din kræftsygdom til andre dele af kroppen	90 %	50 %
- langsigtede skadevirkning af behandlingen	85%	17%
<b>Information</b> om langsigtede skadevirkninger	87%	35%





65 % finder det meget vigtigt, og 26 % det vigtigt af have samme læge:

- 24 % har haft samme læge hver gang
- 27 % har haft samme læge de fleste gange

*"Har du tillid til, at du ved din seneste kontrol har fået den rette lægelige behandling?"*

Mænd: 58 % i høj grad - 31 % i nogen grad

Kvinder: 42 % i høj grad – 40 % i nogen grad



# Reaktion på symptomer mellem kontrolbesøg

*"Hvad gjorde du, da du oplevede symptomer mellem kontrolbesøgene, som gjorde dig bekymret?"*

Reaktion på symptomer	Mænd %	Kvinder %
Tog kontakt til praktiserende læge	22	35
Tog kontakt til speciallæge	6	5
Tog kontakt til det sted hvor jeg går til kontrol	56	61
Ventede til næste kontrol	38	23
Andet	2	6

# Undersøgelsen peger på

- forskel på mænds og kvinders prioriteringer og adfærd
- at kontrollernes indhold ikke er kompliance med patienternes prioritering/behov (us/rådgivning om bivirkninger, senfølger, livsstil/psykosociale forhold)
- at der bør skabes klarhed over evidens
- mål og indhold skal revurderes og behovs tilpasses



# Fremadrettet vil vi gerne styrke samarbejdet og holde fokus

Kontakt:  
[jlk@cancer.dk](mailto:jlk@cancer.dk)



Kontakt:  
[hlz@cancer.dk](mailto:hlz@cancer.dk)

