

Posterwalk 6 – Akut og uden for hospital

ID	Titel på abstract	Navn
15	Retten til at fravælge forsøg på genoplivning ved hjertestop: Erfaringer og perspektiver	Hanne Irene Jensen
20	Validation and comparison of electronic health care data with automatic data acquisition in acute high-risk abdominal surgery	Lisa Maria Bæk Høgh
21	Kortvarige indlæggelser efter præhospital kontakt: En kritisk litteraturgennemgang af definitioner og registerbaseret analyse af data fra Præhospitalet, Region Midtjylland	Emma Sloth Madsen
24	Teamsamarbejde i Lægevagtens Natberedskab: Et mixed-methods studie	Lea Skodborg
37	EPJ-læseadgang til præhospitalt personale	Trine Damsgaard Eriksen
43	Performance Feedback Across Prehospital and In-Hospital Acute Stroke Care: A Quality Improvement study	Nicholine Sørine Kolle Thomsen
59	UTH om medicinering og fysiske rammer – hvad har vi lært?	Arjen Peter Stoop

Retten til at fravælge forsøg på genoplivning ved hjertestop: Erfaringer og perspektiver

Hanne Irene Jensen^{1,2,3}, Susanne B. Noesgaard⁴
Ove Gaardboe⁵, Mona Muusmann Petersen⁶
Sebastian Wiberg⁷, Stine Strandkjær⁷
Sverre Strøm⁸, Signe Mathilde Dalsgaard⁹
Lisa Seest Nielsen², Helle Wittig¹⁰
Diana Gaarskjær¹¹, Rikke Primdahl¹²
Karine Vigestad Rauff¹³, Bjørk Petersen¹

Kontakt: hanne.irene.jensen@rsyd.dk

Baggrund

Tryghed i hverdagen for ældre styrkes bl.a. ved, at de kan være medbestemmende over behandlingen ved livets afslutning. Tidligere lovgivning gav kronisk syge men ikke ældre ret til på forhånd at fravælge genoplivningsforsøg. For at imødegå dette giver en lov fra januar 2025 nu alle 60+ årige ret til at fravælge forsøg på genoplivning.

Formål

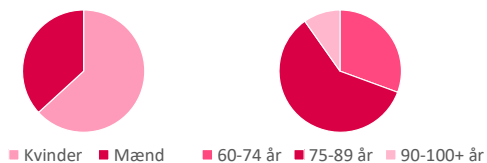
At undersøge hvor mange, der har registreret fravalg, bevæggrunde til at registrere fravalg, viden om fravalgets konsekvenser og sundhedsvæsenets erfaringer med fordele og ulemper ved loven.

Metoder

- 1) Kvantitativ opgørelse over antal registrerede fravalg
- 2) Semistrukturerede telefoninterviews med borgere, der har registreret et fravalg og med sundhedsprofessionelle
- 3) Oversigt over antal og art af spørgsmål til "Genoplivningslinjen"
- 4) Journalgennemgang af patienter med borgerfravalg af forsøg på genoplivning, indlagt på Sygehus Lillebælt

Resultater

1) Per 25.8.2026 (19 måneder efter lovens ikrafttrædelse) havde 18.936 registreret et fravalg (ca. 1,2 % af den danske befolkning på 60 år og derover). Knap halvdelen af borgerfravalgene blev registreret den første 1½ måned efter loven trådte i kraft.

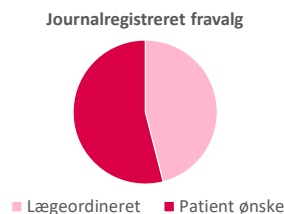


3) Der blev modtaget 46 henvendelser, de fleste i januar 2025. Spørgsmålene handlede om, hvordan man skal agere som borger, hjerteløber og sundhedsperson.

2) 22 borgere. Medianalder 79 (63-94) år, 15 (68 %) var kvinder. 11 læger, 10 sygeplejersker, en social- og sundhedsassistent. Medianalder 54 (37-65) år, 18 (82 %) var kvinder. Temaer:

Borgere	Sundhedsprofessionelle
Livskvalitet frem for kvantitet	Mindsket risiko for uønsket behandling
Hensyn til andre	Udfordringer for ikke-digitale borgere
Viden om lovens funktion i praksis	Praktiske, etiske og juridiske udfordringer
Berøringsangst for at tale om døden	Ønsker og ideer til forbedringer

4) 1,2 % af indlagte patienter på 60+ år havde registreret et borgerfravalg, medianalder 79 (61-96) år, og 50 % var kvinder. Af dem, der havde et borgerfravalg, havde 56 % også et journalregistreret fravalg.



Konklusion

Lovændringen og visning af registrering i alle elektroniske sundhedssystemer sikrer, at borgernes ønsker er kendte og synlige for alle. Kun en lille procentdel af 60+ årige har registreret et borgerfravalg, og erfaringsmæssigt er det fortrinsvist de ressourcestærke ældre, mens mange af lovens primære målgruppe af ældre og skrøbelige borgere har behov for hjælp. Også lægeordnede fravalg bør være synlige i alle elektroniske systemer.

1. Anæstesiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle, Syddansk Universitetshospital; 2. Bedøvelse og Intensiv, Sygehus Lillebælt, Kolding, Syddansk Universitetshospital; 3. Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet; 4. Sundhedsdatastyrelsen; 5. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 6. Haderslev; 7. Dansk Råd for Genoplivning; 8. Lægehuset Nr. Åby; 9. Ældre Sagen; 10. Plejecenter Bakkegården, Vejle; 11. Skive Kommune; 12. Hjertereforeningen; 13. Medicinske Sygdomme, Sygehus Lillebælt, Kolding, Syddansk Universitetshospital

Validation and comparison of electronic health care data with automatic data acquisition in acute high-risk abdominal surgery

Lisa Maria Bæk Høgh¹, Marianne Vinbæk¹, Luit Penninga^{1,2}, Dorte Melgaard Kristiansen^{2,3}, Anders Christian Larsen^{1,2}

1) Department of Gastrointestinal Surgery, Aalborg University Hospital 2) Department of Clinical Medicine, Aalborg University 3) Department of Emergency Medicine and Trauma Centre, EMRUN, Aalborg University Hospital

INTRODUCTION

Acute High-risk Abdominal (AHA) surgery carries high morbidity and mortality, and in 2012 a national AHA protocol was introduced in Denmark, to improve quality and ensure consistency of treatment nationwide. This is continuously monitored based on automatic data acquisition (Figure 1), however, external validation remains sparse.



Figure 1. National algorithm for identification of patients with acute high-risk abdominal conditions requiring surgery.
Abbreviations: Index-contact defines relevant diagnosis- and procedure code. Contact defines the registration of an acute admission to the hospital.

Aim

To assess completeness and correctness of data from the Danish National Quality Registry for AHA surgery patients treated at Aalborg University Hospital.

METHODS

We conducted a retrospective, single-center validation study at Aalborg University Hospital, Denmark, including patients treated during the period from 28th March 2022 to 30th April 2024. Patients meeting predefined AHA criteria were identified through manual audit of operating theatre booking lists and confirmed by electronic health record (EHR) review. This manually identified cohort served as reference and was compared with cases captured by the Danish National Quality Registry for AHA surgery patients.

RESULTS

Completeness

A total of 701 patients were identified across the two data sources. Of these, 211 (30.1%) were present in both cohorts, 455 (64.9%) were identified only in the manually audited cohort, and 35 (5.0%) appeared only in the registry cohort (Figure 2).

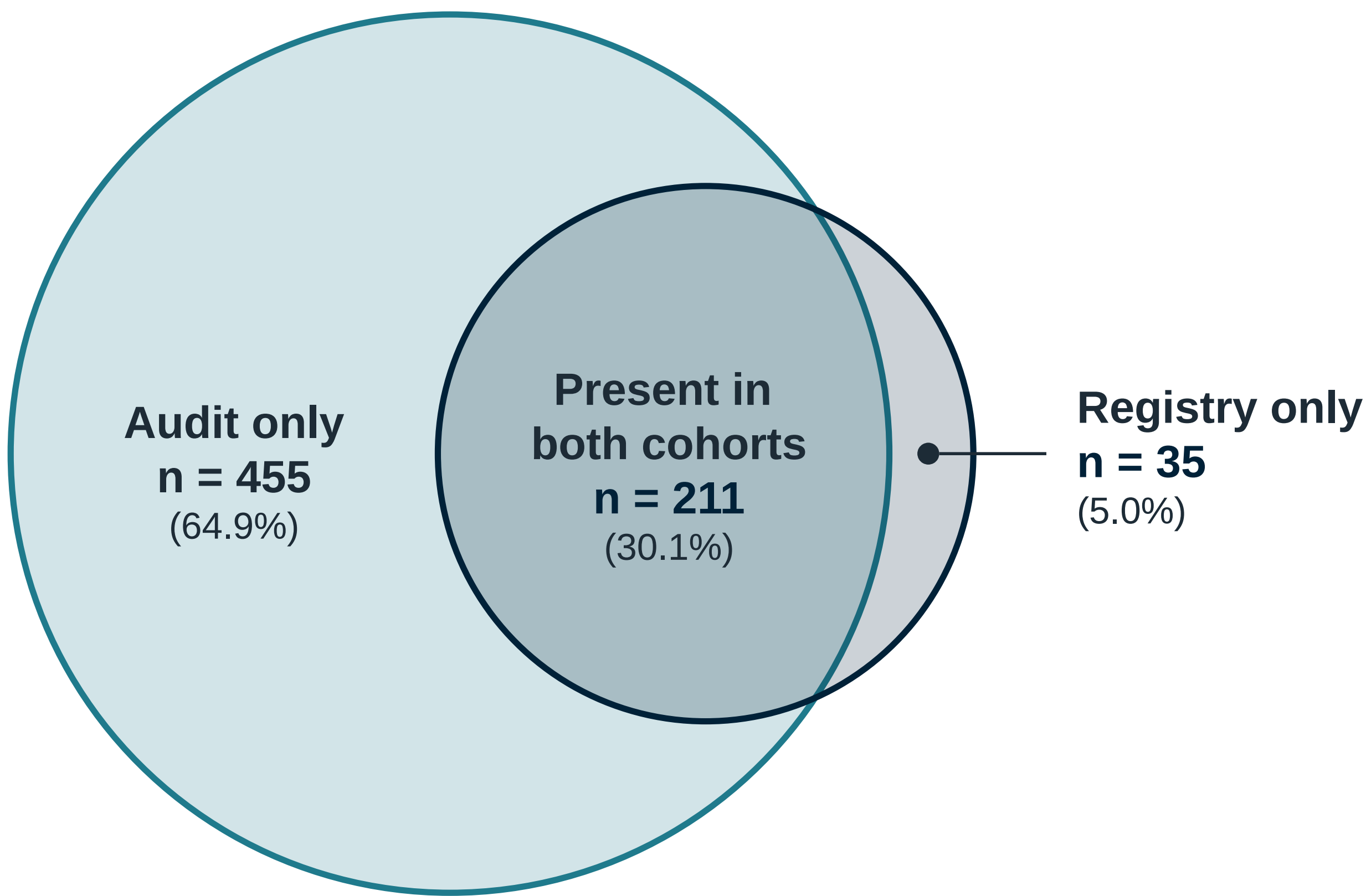


Figure 2. Study design – two data sources compared (areas proportional to n)
Manual audit (EHR cohort)
Theatre lists + EHR review · n = 666
National Quality Registry (AHA cohort)
ICD-10 diagnosis + procedure codes · n = 246

Accordingly, the registry algorithm failed to identify 64.9% (455 of 701) of all identified cases.

The main discrepancies appeared to be related to the identification algorithm.

Correctness

Of the 35 cases found only in the registry cohort, 24 (9.8% of the total cohort) did not fulfil predefined AHA criteria upon chart review and were thus falsely identified. These included patients with cancer or other chronic conditions booked for subacute procedures, patients with a suspected AHA-diagnosis who upon diagnostic surgery did not meet the criteria, but also patients with a suspected non-AHA-diagnosis booked for surgery accordingly (i.e. obs. appendicitis). The remaining 11 were missed due to misinterpretation of the procedure booked on the theatre list or incorrect booking.

Thus, the sensitivity of the automatic data acquisition was calculated to 32.3% (Figure 3).

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{True positive}}{\text{True positive} + \text{false negative}} = \frac{211+11}{(211+11)+455} = 32.3\%$$

Figure 3. Sensitivity of electronic national registry algorithm for automatic identification of acute abdominal emergency conditions requiring surgery compared to manual auditing of the electronic health records in the period from March 2022 to April 2024.

Of the 211 patients found in both data sources, 206 had available time stamps for admission and first surgical procedure, which is one of the key quality indicators monitored. Among these, 14 (6.8%) showed discrepancies exceeding 24 hours between the two sources regarding the interval from admission to time of surgery (Figure 4).

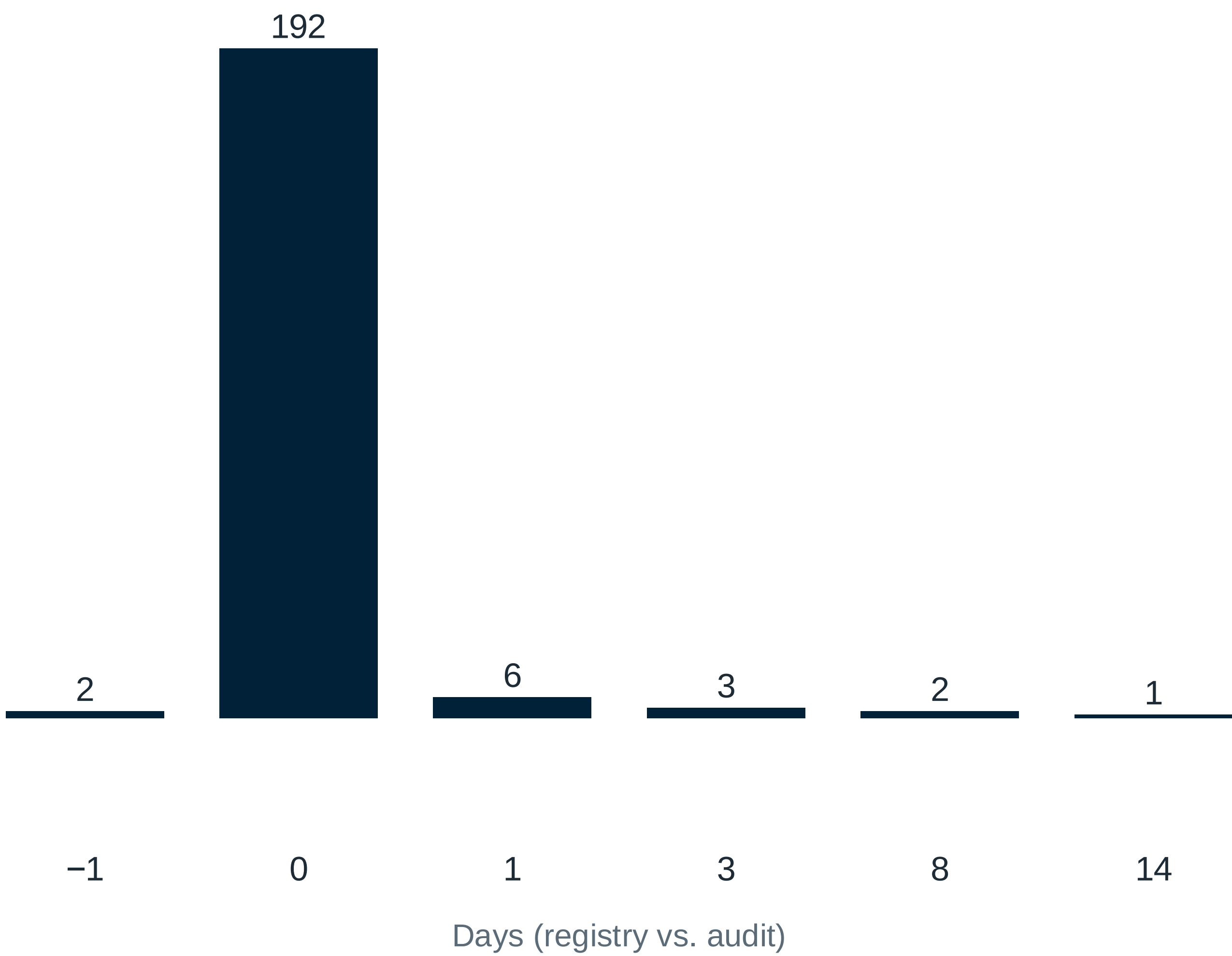


Figure 4. Time stamps (n = 206)

CONCLUSION

Our study demonstrated significant limitations in data completeness within the Danish National Quality Registry for AHA surgery patients. Notably 64.9% of patients were not identified by the algorithm combining procedure coding and data on admission.

Kortvarige indlæggelser efter præhospital kontakt

Definitioner i litteraturen og registerbaseret analyse af data fra Præhospitalet, Region Midtjylland

Emma Sloth Madsen^{1,2}, Tine Bennedsen Gehrt^{2,3}

¹Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet

²Forskning & Udvikling, Præhospitalet, Region Midtjylland

³Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

BAGGRUND & FORMÅL



Efter præhospital kontakt transporteres nogle patienter til hospital, men har en kort indlæggelsestid. Disse forløb betegnes som kortvarige indlæggelser, men der findes ingen entydig definition af, hvad en kort indlæggelse er. Forskellige tidsgrænser kan derfor klassificere forskellige patienter som kortvarigt indlagte.

Formålet var, at undersøge:



Hvordan kortvarige indlæggelser efter præhospital kontakt defineres i litteraturen.



Hvordan indlæggelsestiden fordeler sig blandt patienter transporteret til hospital efter præhospital kontakt.



Hvilke patientkarakteristika der er associeret med variation i indlæggelsestid blandt disse patienter.

METODE



Litteratursøgning

Systematisk litteratursøgning i PubMed efter studier, der definerer kortvarig indlæggelse efter præhospital kontakt.



Deskriptiv analyse

LOS beskrevet med median og kvartiler og visualiseret med en empirisk kumulativ fordelingskurve (eCDF).



Regressionsmodeller

Fire justerede logistiske regressionsmodeller på data fra Region Midt (2022-2023), der afprøver de fire cut-offs på 4, 12, 24 og 48 timer.

Outcome: LOS (length of stay)

Tid fra ankomst til hospital til udskrivelse

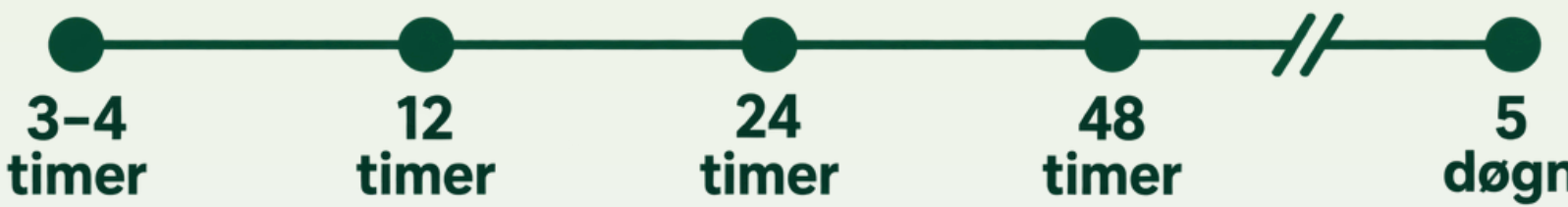
RESULTATER



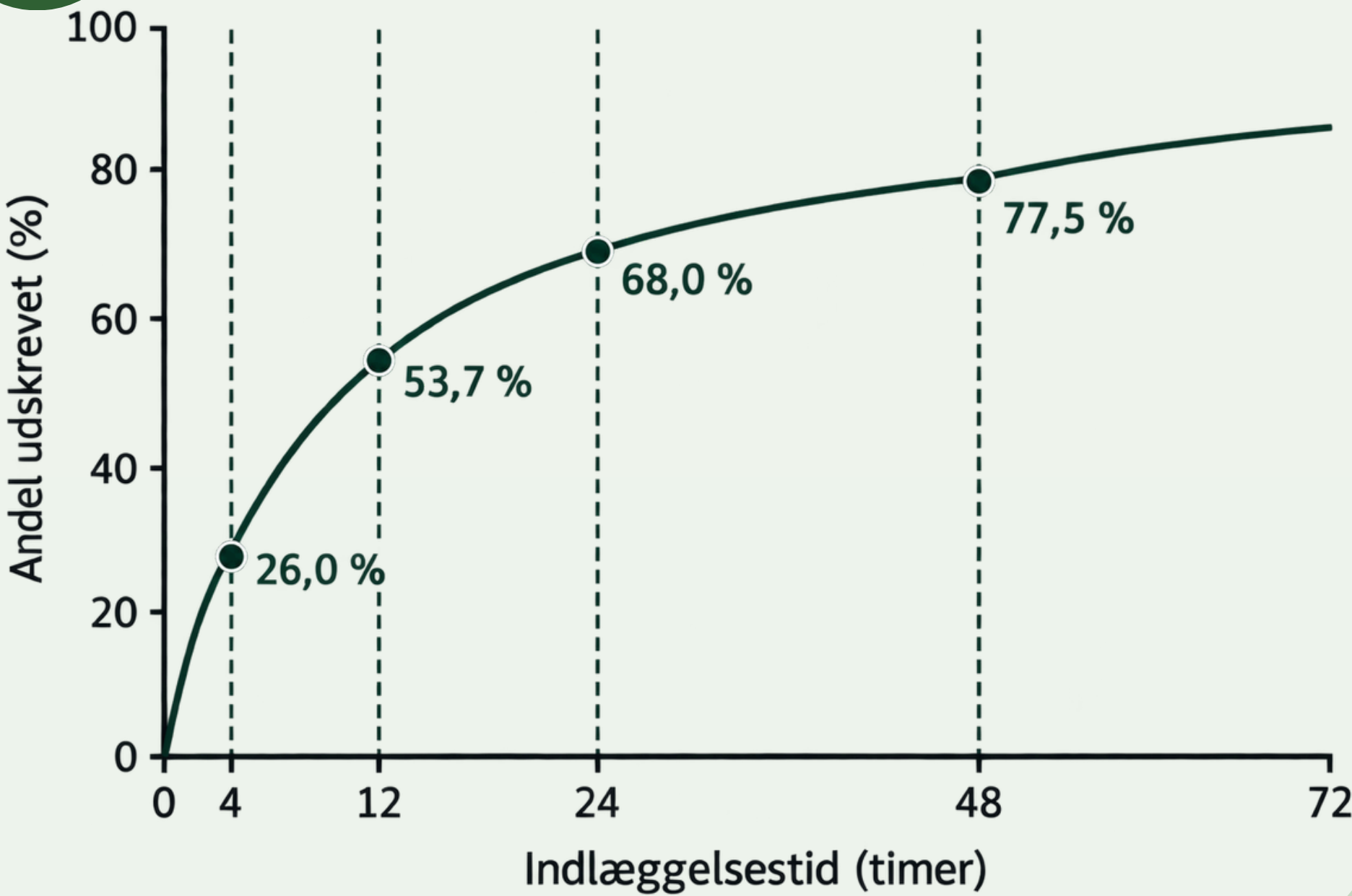
Hvordan defineres en kortvarig indlæggelse?

Den systematiske litteratursøgning identificerede **12 studier**, hvor definitionerne varierede fra **3-4 timer** til **5 døgn**.

De hyppigst anvendte tidsgrænser var 4, 12, 24 og 48 timer.



Ingen naturlig tidsgrænse i fordelingen af LOS



Fire cut-offs – fire regressionsmodeller

	≥ 4 timer	≥ 12 timer	≥ 24 timer	≥ 48 timer
Alder 80+ år (vs. 0–17 år)	3,03 (2,68–3,43)	2,20 (1,97–2,46)	3,00 (2,63–3,42)	4,18 (3,52–4,97)
CCI ≥ 3 (vs. CCI 0)	2,06 (1,86–2,29)	2,32 (2,12–2,55)	2,53 (2,29–2,82)	3,11 (2,74–3,52)
Trafikulykke (vs. ulykker)	0,68 (0,62–0,75)	0,74 (0,66–0,83)	0,83 (0,73–0,94)	0,83 (0,72–0,97)
Brystsmerter/ hjertesygdom (vs. ulykker)	1,95 (1,83–2,07)	0,89 (0,85–0,94)	0,72 (0,68–0,76)	0,66 (0,61–0,70)

Justerede OR (95% CI). OR > 1 indikerer højere odds for LOS ≥ cut-off; OR < 1 indikerer lavere odds. CCI = Charlson Comorbidity Index.

Median LOS: 9,8 timer (Q1: 3,9; Q3: 39,3)

Baseret på **76.021** patienter

KONKLUSION



Ingen fælles definition

Litteraturen anvendte tidsgrænser fra 3–4 timer til 5 døgn, ofte uden tydelig metodisk begrundelse.



Ingen naturlig tærskel

LOS fordelte sig kontinuerligt uden et tydeligt skel ved 4, 12, 24 eller 48 timer. Der blev derfor ikke identificeret én naturlig tidsgrænse for kortvarig indlæggelse.



Tid alene er ikke nok

LOS varierede med alder, komorbiditet og hovedårsag til præhospital udrykning, og enkelte sammenhænge afhængede af det valgte cut-off.

Teamsamarbejde i Lægevagtens Natberedskab

Lea Skodborg¹, Bastian Benjamin Kruse¹, Marie Toftdahl², Anh Nhi Thi Huynh²,
Ulla Væggemose^{1,4}, Peter Musaeus³, Tine Bennedsen Gehrt^{1,4}

¹Forskning og Udvikling, Præhospitalet, Region Midtjylland; ²Lægevagtens Natberedskab, Præhospitalet, Region Midtjylland;
³Center for Educational Development, Aarhus Universitet, Aarhus; ⁴Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, Aarhus

Baggrund

I marts 2024 overtog Region Midtjylland ansvaret for lægevagten i tidsrummet 23-08, hvor der skete en omorganisering fra den traditionelle lægevagt til den nye ordning, Lægevagtens Natberedskab. Lægevagtens Natberedskab er organiseret som et tværfagligt team bestående af læger og sygeplejersker, som er placeret i samme lokale og ved siden af Akut Medicinsk Koordinering. Der mangler viden om tværfagligt samarbejde i denne type lægevagtsordning, og derfor er formålet med dette studie at undersøge samarbejdet i Lægevagtens Natberedskab.

Metode

Dette convergent mixed-methods studie bestod af deltagerobservationer, fritekstbesvarelser og TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) - et spørgeskema med i alt 35 spørgsmål, som rangeres fra 1 (meget uenig) til 5 (meget enig). Besvarelserne af T-TPQ blev analyseret ved deskriptiv statistik, og de kvalitative data blev analyseret ved reflektiv tematisk analyse, hvor der både blev anvendt en induktiv og deduktiv tilgang.

Resultater



Teamstruktur

Teamstruktur var generelt velfungerende (gennemsnit på 4.08), og medarbejderne havde en klar rollefordeling og et stort kendskab til hinandens roller og kompetencer.



Lederskab

Generelt fungerede lederskabet godt (gennemsnit på 3.87) med en inkluderende og tilgængelig leder, som delte relevante informationer og deltog i faglig sparring.



Situationsovervågning

Situationsovervågning fungerede (gennemsnit på 3.63), og medarbejdere hjalp hinanden og delte relevante informationer.



Gensidig Støtte

Gensidig Støtte fungerede godt (gennemsnit på 3.73), og medarbejderne opsøgte blandt andet på eget initiativ feedback på beslutninger.



Kommunikation

Kommunikation var ligeledes velfungerende (gennemsnit på 3.96), og medarbejderne brugte det, at de sidder i det samme lokale, til at effektivisere kommunikationen.

Konklusion

Samarbejdet i Lægevagtens Natberedskab fungerede generelt godt - særligt teamets struktur og kommunikation. Medarbejderne havde et kendskab til hinandens roller og kompetencer, som de aktivt brugte til at finde den bedste løsning for patienten. Dette blev faciliteret af, at de sad sammen, hvilket de brugte aktivt til at effektivisere kommunikationen.



Lea Skodborg
Forskning og Udvikling
Præhospitalet, Region Midtjylland
leasko@rm.dk | [linkedin.com/in/lea-skodborg-0b4868205](https://www.linkedin.com/in/lea-skodborg-0b4868205)



AARHUS
UNIVERSITET

midt Region
Midtjylland

EPJ-læseadgang via tablets

til ambulancebehandlere, paramedicinerbiler og sygebesøgsbiler



1 UDFORDRINGEN

Når vigtig viden mangler



Målgruppen står ofte med komplekse beslutninger uden direkte adgang til patientens journaloplysninger.

2 PRØVEHANDLING

Læseadgang til EPJ



Udvalgte ambulance-, paramediciner- og sygebesøgsberedskaber afprøver EPJ-læseadgang via tablets under **aktuel patientbehandling**.

3 UNDERSØGELSE

Vi vil blive klogere på 3 ting

1. Bedre beslutningsstøtte og sammenhæng i patientforløbet
2. Medarbejdernes oplevelse af nytteværdien i praksis
3. Forudsætninger for udbredelse af løsningen

Erfaringer fra praksis skal danne grundlag for en eventuel udbredelse.

4 PROCESFORLØB



Medarbejdernes feedback indsamles gennem korte spørgeskemaer med fokus på **klinisk nytteværdi, beslutningsstøtte, teknisk stabilitet og arbejdsgange**.

5 MÅLET

Målet er at undersøge, om EPJ-læseadgang kan bidrage til **bedre og mere sammenhængende patientforløb**.

Erfaringerne skal danne grundlag for en vurdering af, om EPJ-læseadgang skal udrulles bredere til flere præhospitale beredskaber



Trine Damsgaard Eriksen
AC Fuldmægtig
Uddannelse og Kvalitet
TRERIK@rm.dk

Performance Feedback Across Prehospital and In-Hospital Acute Stroke Care: A Quality Improvement study

Nicholine Sørine Kolle Thomsen, MD^{1,2}, Maya Christel Søndergaard Milter⁴, Anja Valvik Olesen⁴, Stig Nikolaj Fasmer Blomberg, PhD^{3,4,6}, Helle Collatz Christensen, MD, PhD^{3,5}, Troels Wienecke, MD, PhD^{1,5}

¹ Department of Neurology, Zealand University hospital, Roskilde, Denmark, ² Graduate School of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, ³ Prehospital Centre, Region Zealand, Næstved, Denmark, ⁴ Corporate Digitalization, Next Generation Technology, Region Zealand, ⁵ Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, ⁶ Aalborg University, Department of Health Science and Technology, Aalborg, Denmark

Background

Timely treatment is pivotal in acute stroke care, where delays throughout the stroke care pathway are associated with poorer clinical outcomes. Although national stroke registries provide valuable information on hospital-based care, systematic monitoring of the complete stroke pathway—from first emergency medical contact to treatment—remains limited. Consequently, opportunities to provide timely feedback and support quality improvement across the healthcare sectors, are often lacking.

Methods

We conducted a regional Quality Improvement project in Region Zealand, Denmark, linking routinely collected data from the prehospital dispatch system, the Danish Stroke Registry (DanStroke), and the National Patient Register (NPR) using the unique personal identification number (CPR-number). We defined four time-based quality indicators to monitor key phases of the stroke pathway. Data is stored and processed in the regional Data Warehouse and visualized in a regional information platform. We assessed the linked database’s validity and coverage, as well as variable-level concordance, by comparing its data with manually reviewed hospital records, which served as the reference standard.

Table 1. Presentation of indicator, type and measurement.

Indicator	Measurement	Type
Time on-scene	Time from ambulance arrival at the scene to departure for the hospital	Result
EMS Call-to-stroke unit arrival	Time from emergency call to arrival at the stroke unit	Result
Door-to-needle time (DTN)	Time from the patient’s arrival at the stroke unit to the administration of intravenous thrombolysis	Result
Door-to-drive time (DTD)	Time from arrival at the stroke unit to ambulance departure to EVT treatment at a comprehensive stroke unit	Result

Figure 6. Monthly time on-scene and number of included patients. Monthly median time on-scene and the corresponding number of included cases during the study period. Time on-scene was defined as the interval from ambulance arrival at the patient’s location to departure towards the hospital.

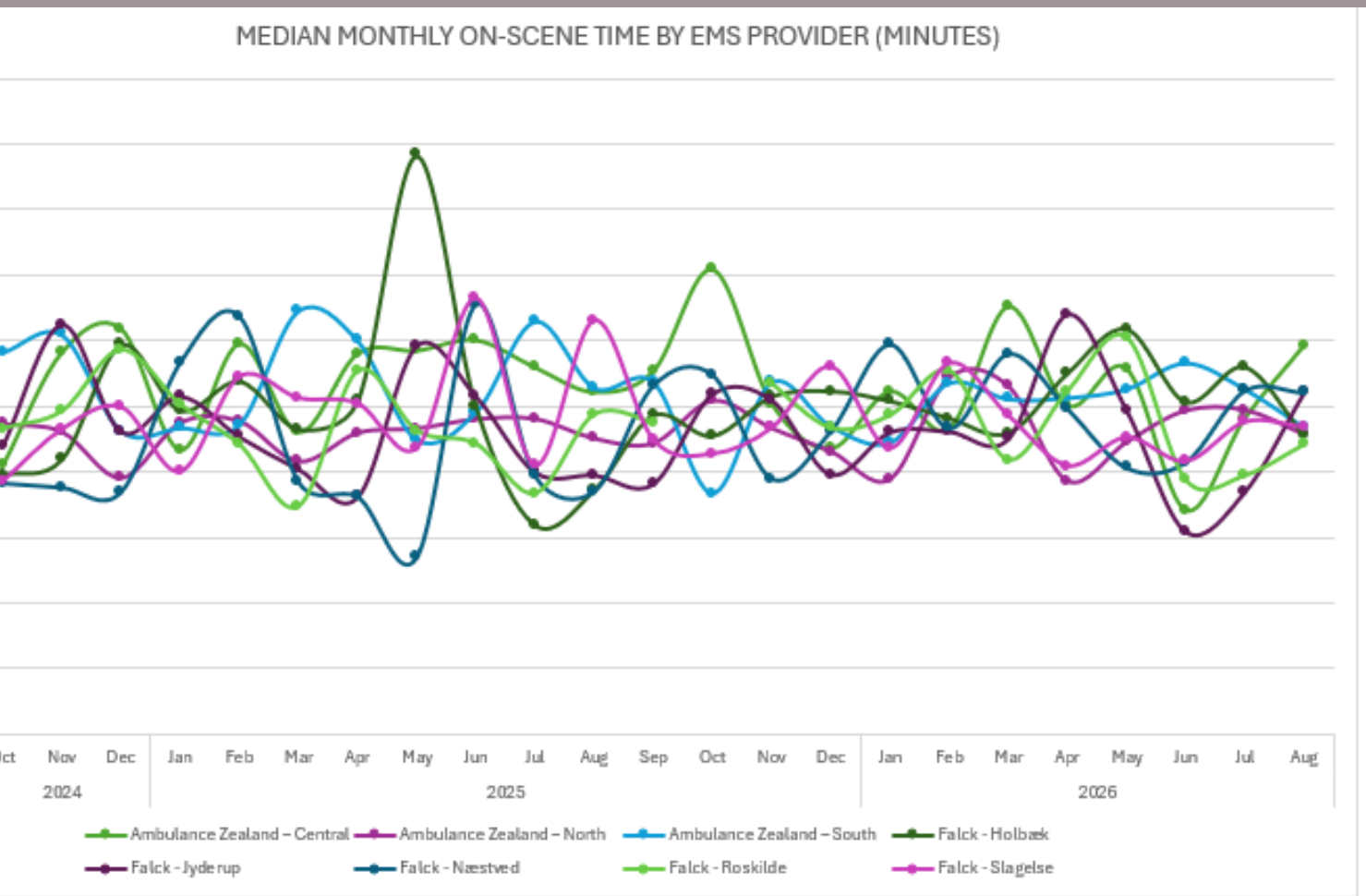
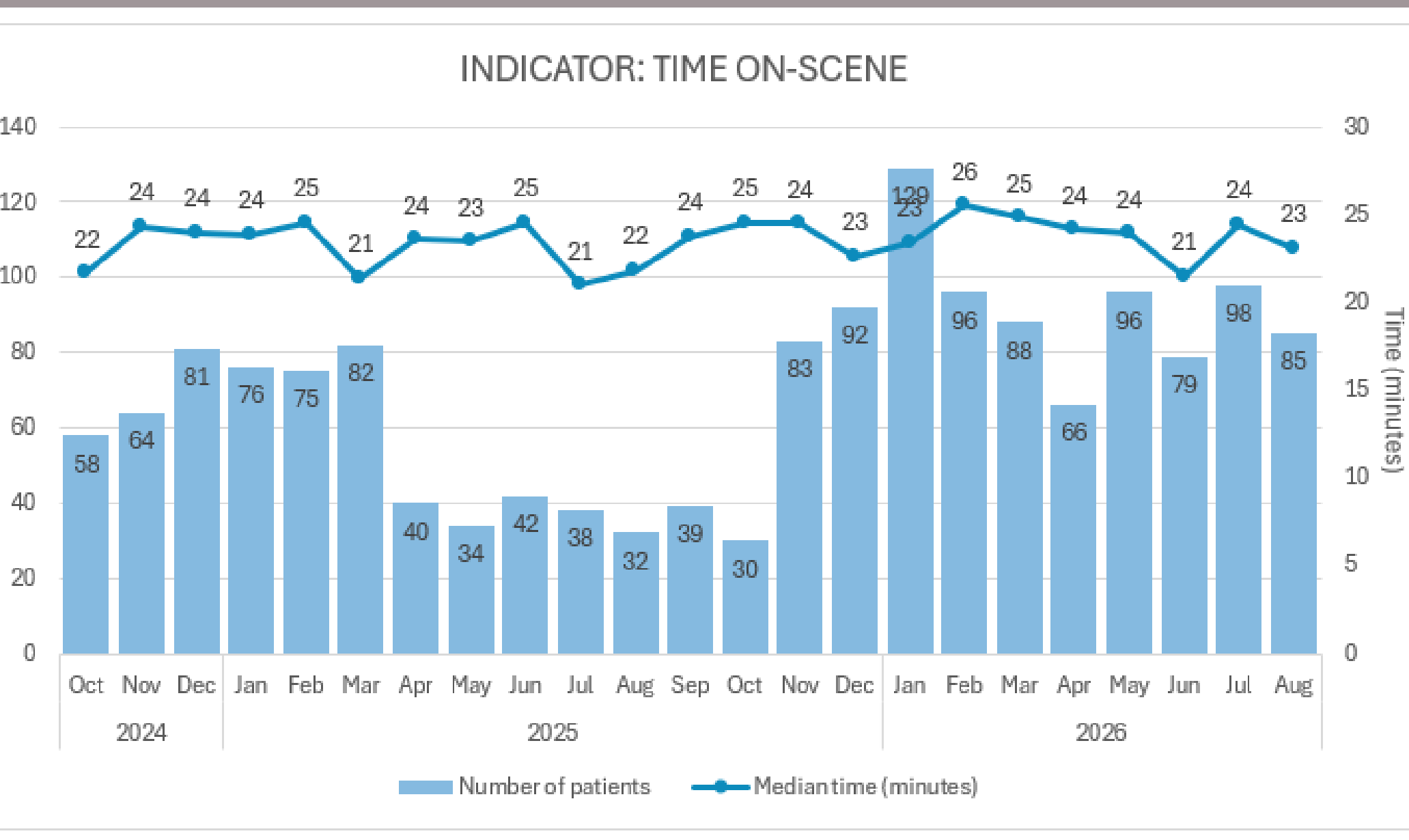


Figure 7. Monthly median on-scene time by EMS provider in Region Zealand, October 2024–August 2026.

Aim

The aim of this study was to develop and validate a linked prehospital and in-hospital stroke data infrastructure capable of delivering timely feedback on key quality indicators to healthcare professionals, thereby supporting data-driven quality improvement in acute stroke care.

Conclusion

Linking routinely collected prehospital and in-hospital data is feasible and enables cross-sectoral monitoring of acute stroke care. By transforming routinely collected data into clinically meaningful feedback on quality indicators, the infrastructure supports continuous quality improvement and provides a foundation for increasingly granular analyses and feedback, potentially at organizational, team, and individual level.

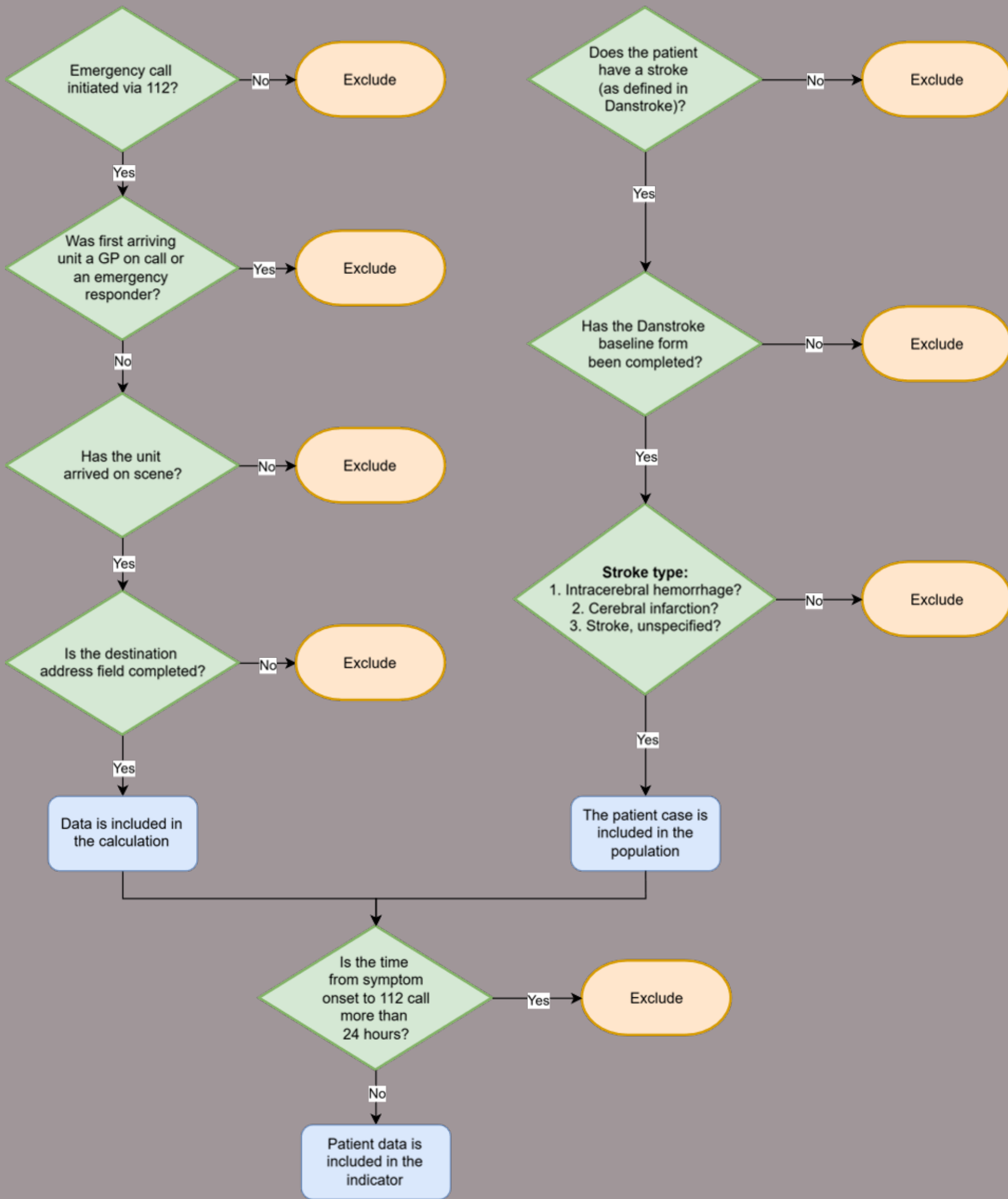


Figure 1. Indicator time on-scene. The rhombus diagram illustrates the data criteria defined for the time-on-scene indicator. Similar visualizations were generated for the remaining indicators, illustrating how data from multiple sources were linked.

Results

Four indicators were implemented in interactive dashboards, enabling continuous monitoring of prehospital and in-hospital stroke care. Of 71 validation patients, 51 (71.8%) met the data requirements and were successfully linked, with 100% agreement for assessed variables and timestamps. The dashboards provide timely, actionable feedback on performance and variation

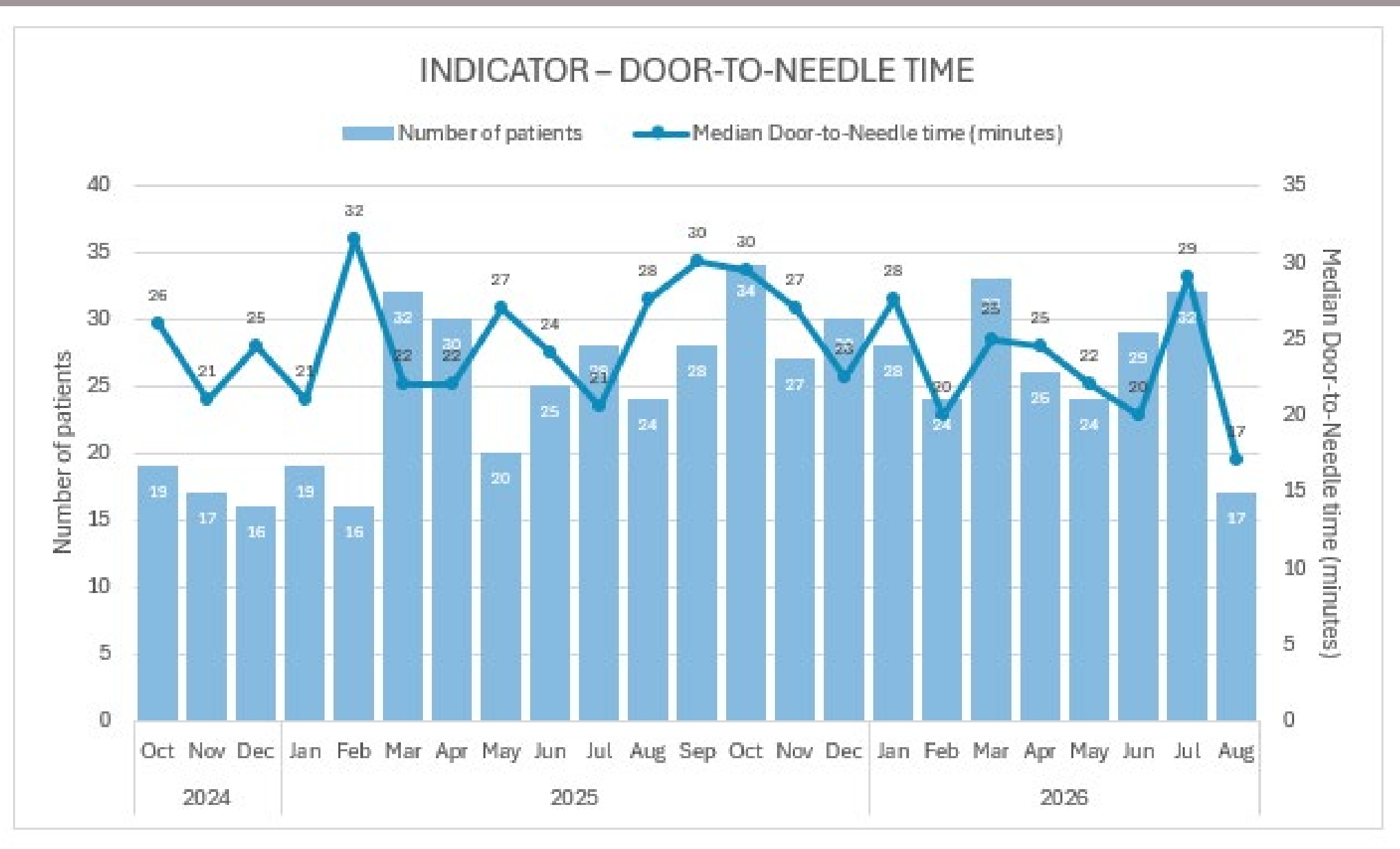


Figure 4. Monthly door-to-needle time and number of patients treated with intravenous thrombolysis. Monthly median time from hospital arrival to initiation of intravenous thrombolysis and the corresponding number of treated patients during the study period.

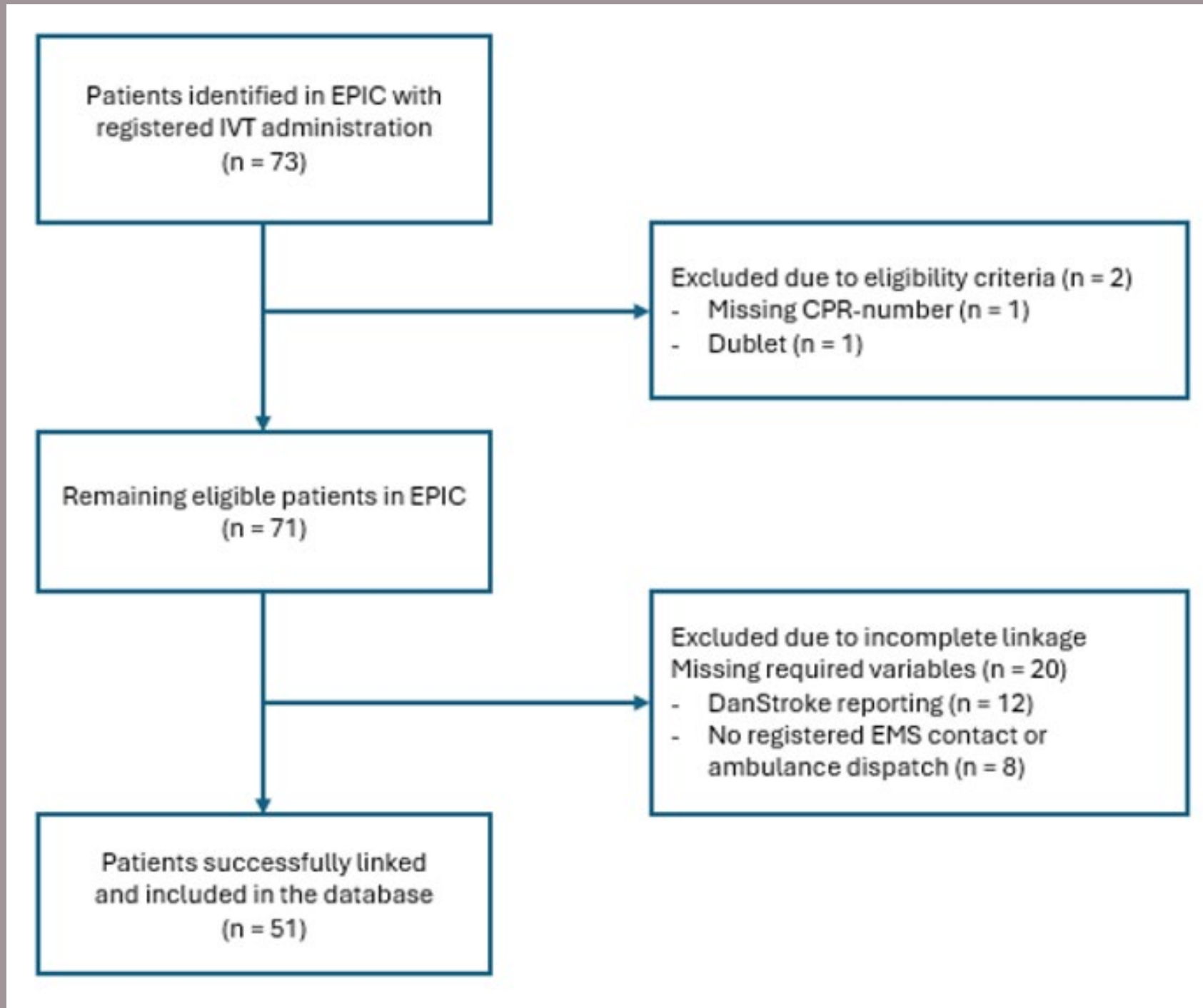


Figure 2. Flow diagram showing the identification, inclusion, and exclusion of patients in the validation cohort. Patients with registered intravenous thrombolysis (IVT) administration were identified in the hospital records. Following assessment of eligibility and the predefined data requirements, 51 patients were successfully identified and linked across the required data sources and included in the manual validation. EPIC, Medical hospital patient records; CPR, Civil Personal Registration; EMS, Emergency Medical Services; IVT, intravenous thrombolysis.

Characteristics (n = 71)	Linked in database (n = 51)	Not eligible for data linkage (n = 20)
Age, years (Median, IQR)	70 (60-80)	69.5 (63-79)
Sex (n, %)	Male n = 29 (56.9%)	Male n = 10 (50.0%)
NIHSS (Median, IQR)	5 (3-9)	5 (4-8)
Symptom onset to admission (Median, IQR) (Minutes)	105 (71-173)	92 (70-117)
Door-to-needle time (Median, IQR)	23 (18-33)	28 (16-34)
IVT Dose (Median, IQR) (mg)	22.5 (20-25)	20 (20-23)

Table 2. Baseline characteristics of patients successfully linked in the data infrastructure and patient who was not eligible for data linkage.

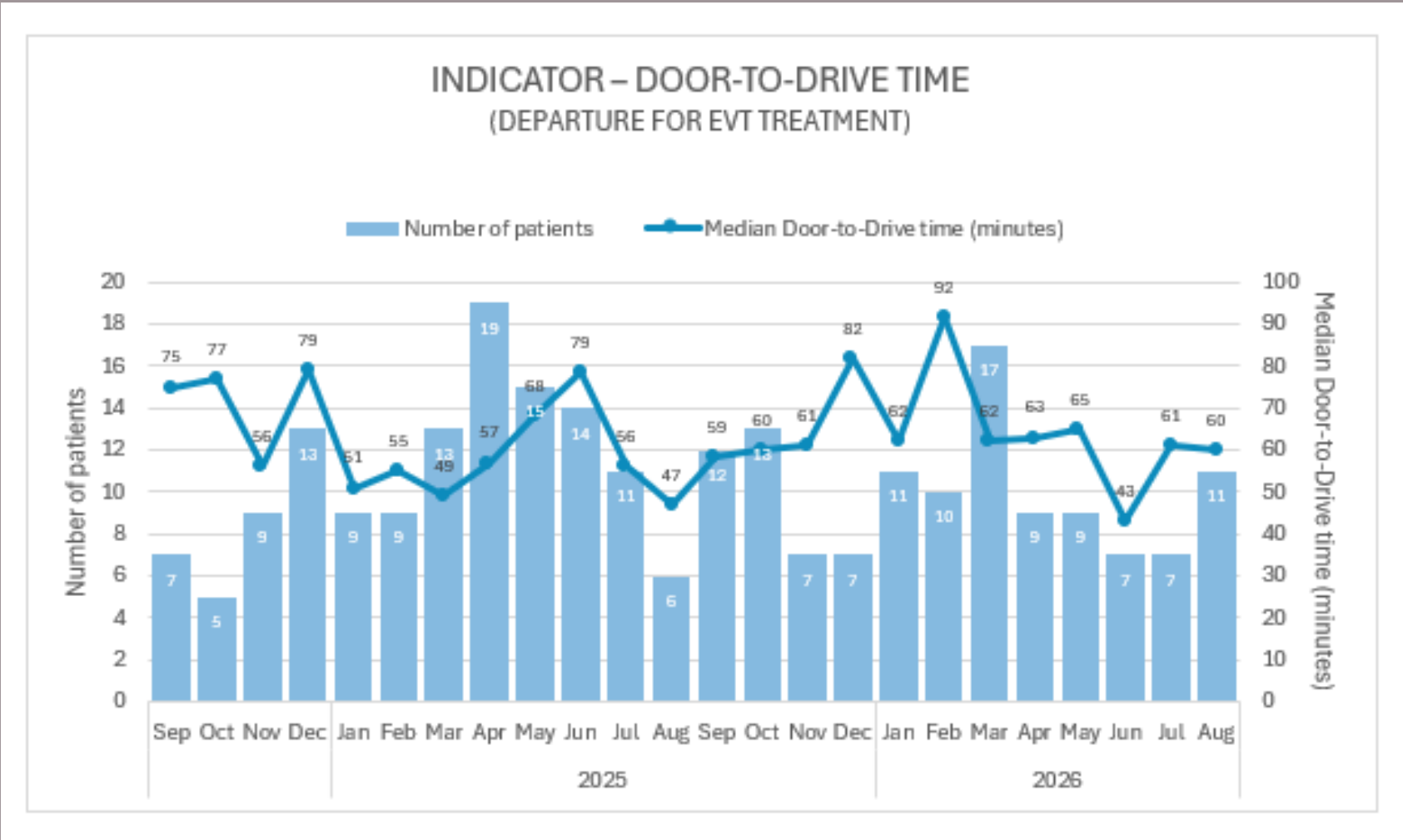


Figure 3. Monthly door-to-drive time and number of included patients. Monthly median time from arrival at the primary stroke Centre to departure for the endovascular thrombectomy Centre and the corresponding number of included patients during the study period.

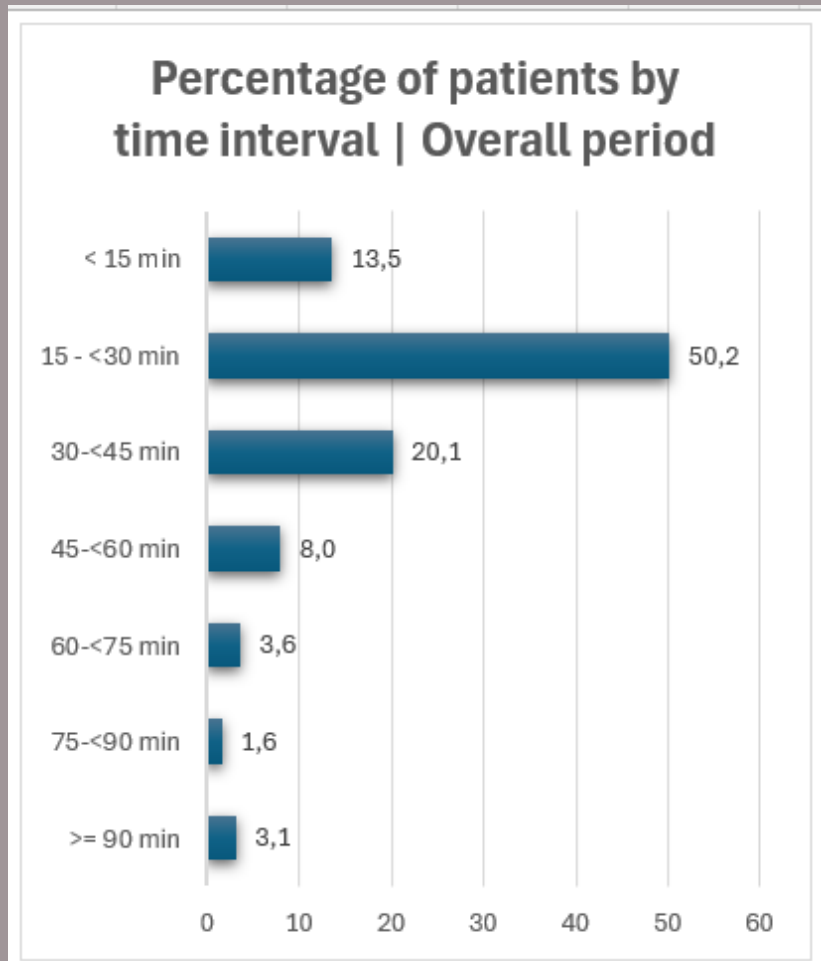


Figure 5. Distribution of door-to-needle time across predefined time intervals. Percentage of patients within each predefined interval from hospital arrival to initiation of intravenous thrombolysis across the entire study period.

References:
1. Saver JL. Time is brain—quantified. Stroke. 2006;37(1):263–266.
2. Emberson J, et al. Effect of treatment delay on thrombolysis outcomes. Lancet. 2014;384(9958):1929–1935.
3. Powers WJ, et al. Guidelines for the early management of acute ischemic stroke. Stroke. 2019;50:e344–e418.
4. Paaske S, et al. The Danish Stroke Registry. Clinical Epidemiology. 2021;13:999–1010.
<https://doi.org/10.2147/celep.s103662>

REGION ZEALAND
ZEALAND UNIVERSITY HOSPITAL

UNIVERSITY OF COPENHAGEN
FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES

Disclosure
N. Thomsen: No conflicts of interest to disclose. This work was supported by The A.P. Møller Foundation and Region Zealand.
T. Wienecke: No conflicts of interest to disclose.
M. Milter: No conflicts of interest to disclose.
A. Olesen: No conflicts of interest to disclose.
S. Blomberg: No conflicts of interest to disclose.
H. Christensen: No conflicts of interest to disclose.

Nicholine Thomsen, MD
Mail: nisen@regionsjælland.dk



UTH om medicinering og fysiske rammer – hvad har vi lært ?

PROJEKT: MEDICINSIKRE MILJØER

Et projekt, der skal bidrage til mere patientsikre arbejdsgange for medicinering på botilbud og midlertidige pladser ved at afdække betydningen af de fysiske rammer.

Vi fandt ingen UTH’er med en tydelig kobling til de fysiske rammer

Inge Ulriksen
Vibeke Rischel
Arjen Stoop
Dansk Selskab for Patientsikkerhed, PS!

INGEN IDENTIFICEREDE HÆNDELSER ER OGSÅ ET FUND



SÅDAN GJORDE VI

Ved hjælp af SundK fik vi et udtræk med 324 UTH’er fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase på tre hændelsessteder (aflastnings- og midlertidige pladser, regionale botilbud samt sociale botilbud, herunder kommunale og private tilbud), medicinering som hovedgruppe og processerne dispensering, administration og opbevaring.

Vi søgte blandt andet efter afbrydelser, forstyrrelser, støj, uro, telefon, iPad, net, lys, forveksling, temperatur og holdbarhed. Derefter vurderede vi, om de fysiske rammer kunne have haft betydning for hændelserne.

324

UTH’er er systematisk gennemgået

HVORFOR FANDT VI INGEN TYDELIG SAMMENHÆNG? FØLGENDE HYPOTESER ER RELEVANTE

1

1

Fraværende forekomst i stikprøven

Fysiske forhold havde ingen afgørende rolle i de rapporterede hændelser.

2

Fokus på den umiddelbare fejl

Rapportøren beskriver ofte forkert præparat, dosis, borger eller tidspunkt frem for arbejdsbetingelserne.

3

Normalisering og compensation

Medarbejdere vænner sig til støj, afbrydelser, trange rum eller uhensigtsmæssig opbevaring.

4

Indirekte sammenhænge

Rammernes påvirkning betragtes som indirekte og derfor ikke som relevant.

5

Rapportering og selektion

Ikke alle hændelser rapporteres, og rapporteringspraksis varierer mellem enheder.

HVILKE RELEVANTE RISIKOFORHOLD FOR BOTILBUD OG MIDLERTIDIGE PLADSER PEGER LITTERATUREN PÅ?

Belysning, støj og afbrydelser

Ineffektivt layout og uhensigtsmæssig brug af plads

Uorganiserede medicin- og opbevaringsområder

Evidensen giver en tydelig faglig begrundelse for at undersøge forholdene med andre metoder.

GØR UTH-RAPPORTERING JERES KLINISKE PRAKSIS SYNLIG?

UTH-data viser den del af praksis, der bliver rapporteret.

Hvordan afspejler de rapporterede UTH'er jeres kliniske praksis?

Giver jeres rapporterede UTH'er et dækkende billede af patientsikkerheden?