



Overgange i udredning, diagnostik & behandling

Patientsikkerhed ved overgange i udredning, diagnostik og behandling

Sekretariatet for Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb

Kvalitet og Patientsikkerhed

Kræftens Bekæmpelse

Strandboulevarden 49

DK-2100 København Ø

Tlf. 3525 7500

www.cancer.dk

December 2012

Forord

Denne dokumentationsrapport er udarbejdet af en temagruppe under Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb i perioden marts til september 2012. Gruppen har beskæftiget sig med overgange i udredning, diagnostik og behandling og har haft til formål at udarbejde konkrete anbefalinger, der kan bidrage til at øge patientsikkerheden på kræftområdet.

Arbejdet er forestået af temagruppens medlemmer og det faglige sekretariat:

- Janne Lehmann Knudsen, overlæge, kvalitetschef (formand)
Kræftens Bekæmpelse
- Lisa Sengeløv, ledende overlæge
Onkologisk afdeling, Herlev Hospital
- Per Gandrup, ledende overlæge
Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling, Aalborg Sygehus
- Torben Mogensen, lægefaglig vicedirektør
Hvidovre Hospital
- Torben Hellebek, speciallæge i Almen medicin
Praksis i Værløse
- Hanne Nafei, afdelingssygeplejerske
Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus
- Erik Andersen, hospitalsfysiker
Medicoteknisk afdeling, Herlev Hospital
- Peter Skjøt, specialkonsulent
Enhed for Patientsikkerhed, Region Hovedstaden
- Lotte Fonnesbæk, sundhedsfaglig chef (udtrådt pr. 1. september grundet jobskifte)
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Maria Cuculiza, journalist
Patientrepræsentant

Fagligt sekretariat:

- Karina Rahbek Jespersen, sundhedsfaglig konsulent
Kvalitet og Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse
- Stine Finne Jakobsen, kvalitativ analysekonsulent
Kvalitet og Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse

Det har ikke været muligt at håndtere alle sikkerhedsproblemer inden for emnet på én gang, hvorfor gruppen har afgrænset sig indenfor temaet. Den foreliggende rapport beskriver gruppens arbejde i detaljer, herunder baggrunden for de anbefalinger gruppen fremsætter. Der er tillige udarbejdet et resumé i form af en statusrapport.

Temagruppens anbefalinger vil – sammen med anbefalinger fra de øvrige temagrupper – indgå i det videre arbejde i Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb. Næste skridt er prioritering og konkretisering af anbefalingerne.

København, september 2012

Temagruppen vedrørende Overgange i udredning, diagnostik og behandling
Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning med samlede anbefalinger	5
1. Patientsikkerhed i overgange; Perspektiv og afgræsning	5
1.1. Temagruppens perspektiv på patientsikkerhed i overgange.....	11
1.2. Afgrænsning.....	12
2. Foreliggende viden vedrørende patientsikkerhed og overgange	13
2.1. Litteratursøgning i PubMed	13
2.2. Supplerende håndplukket litteratur og rapporter.....	15
2.3. Temagruppens analyse af overgangsspecifikke hændelser på kræftområdet rapporteret til DPSD	20
2.4. Temagruppens vurdering og anbefalinger	24
3. Forløbskoordination af pakkeforløb for kræftpatienter	26
3.1. Koordinering af patientforløb	26
3.2. Studier af forløbskoordinationsfunktionen på kræftområdet.....	29
3.3. Temagruppens spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination	30
3.4. Temagruppens vurderinger og anbefalinger.....	32
4. Håndtering af prøvesvar, henvisninger og journalnotater	35
4.1. Informationshåndtering og patientsikkerhedsproblemer	35
4.2. Vejledninger og aftaler om prøver, henvisninger og journalnotater.....	36
4.3. Udvikling af elektroniske redskaber.....	40
4.4. Sporingsteknologier i sundhedsvæsenet.....	41
4.5. Talegenkendelse og tidstro journaler	43
4.6. Temagruppens vurderinger og anbefalinger.....	44
5. Referencer	46

Sammenfatning med vurderinger og anbefalinger

Primo 2012 nedsatte Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling* med det formål at belyse, hvilke patientsikkerhedsrisici kræftpatienter udsættes for i overgangssituationer og på udvalgte områder at komme med forslag til løsninger og interventioner. Denne statusrapport redegør for temagruppens arbejde indtil nu, som er baseret på 5 møder i temagruppen samt supplerende mødeaktivitet i en mindre gruppe for at gennemføre en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt forløbskoordinatorer.

Baggrund

Det er dokumenteret, at overgange i relation til kræftpatienters udredning, diagnostik og behandling rummer risiko for brist i patientsikkerheden. Typisk indebærer patientforløbet hyppige skift i ansvar mellem sundhedsprofessionelle, afdelinger, sygehuse og sektorer. For kræftpatienter kan de utilsigtede hændelser, som indebærer, at udredning, diagnose og behandling afbrydes eller forsinkes, forringe den enkeltes mulighed for overlevelse.

Udvalgte sikkerhedsproblemer

Temagruppen har fokuseret på utilsigtede hændelser i de overgange, hvor ansvaret skifter mellem to institutioner; afdelinger, sygehuse og lægepraksis. Således har temagruppen afgrænset sig fra at fokusere på de utilsigtede hændelser der opstår, når ansvar skifter fra én person til en anden inden for den samme institution, og de som knytter sig til faglige vurderings- og beslutningsprocesser.

På baggrund af en litteraturgennemgang er der fokuseret på sikkerhedsrisici, som knytter an til ansvar, kommunikation og informationsoverførsel i ovenstående del af patientforløbet. Koordinering af patientforløb, rettidig reaktion på prøvesvar og henvisninger samt tilgængelige journalnotater har været omdrejningspunktet for anbefalingerne.

Litteratur og datakilder

Som grundlag for anbefalingerne er udvalgt litteratur blevet gennemgået, data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase er analyseret, og en spørgeskemaundersøgelse er udført blandt forløbskoordinatorer på de kliniske afdelinger, som udreder og/eller behandler kræftpatienter.

Litteraturgennemgang

Det konstateres, at den videnskabeligt baserede viden om patientsikkerhed i overgange er sparsom - og i særdeleshed hvad angår overgange mellem sektorer og institutioner. De foreliggende studier og konkrete analyser af utilsigtede hændelser i overgange understøtter, at de brist i sikkerheden, som finder sted, skyldes såvel organisatoriske og teknologiske som menneskelige og patientrelaterede faktorer på flere niveauer i sundhedsvæsenet.

Brist i kommunikation og manglende markering af, hvem der har ansvaret for patienten, og hvornår, erkendes som centrale og gennemgående årsager. Brist i kommunikation og ansvarsplacering kan føre til uklar koordinering af patientens forløb samt manglende reaktion på prøvesvar og henvisninger, der igen kan føre til forsinkelser i udredning, diagnostik og behandling

Data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase

I perioden september 2010 til januar 2012 har sundhedsprofessionelle rapporteret 1.548 kræftspecifikke utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvoraf de 667 (43 %) er relateret til overgange. De overgangsrelaterede hændelser er identificeret af temagruppen gennem en særlig analyse, da nuværende klassifikation i Dansk Patientsikkerhedsdatabase ikke gør dette muligt. Temagruppen fandt, at 27 % af de overgangsrelaterede hændelser vedrører forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar. Forkert eller manglende henvisning og manglende journalnotater udgør hver knap 20 %, mens uklar koordination og ansvar omkring selve patienten udgør 17 %.

Spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination

Temagruppen har gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som følger op på pakkeforløbene og aftaleteksten for Kræftplan III vedr. den organisatoriske forløbskoordination, som det blev pålagt regionerne at sikre i relation til det enkelte kræftforløb. Formålet med denne er i henhold til aftaleteksten at sikre koordination på det organisatoriske niveau i hele udrednings- og behandlingsforløbet.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen bygger på besvarelser fra 107 forløbskoordinatorer i hele landet. De viser, at langt de fleste forløbskoordinatorer er placeret på afdelingsniveau (74 %). Det indebærer, at forløbskoordination oftest ikke varetages af én person, som intenderet i aftalen, men successivt af flere personer. 62 % er sygeplejersker, 26 % er sekretærer og 12 % er læger, og faggrupperne imellem er der stor spredning i tidsforbrug med henblik på at varetage denne opgave. 81 % har som regel eller altid patientkontakt, og mange ser sig selv primært som kontaktperson og vejleder for patienterne. Generelt vurderer forløbskoordinatorerne, at deres funktion har styrket kvalitet og patientsikkerhed i overgangssituationer, bl.a. i form af hurtigere og bedre tilrettelagte patientforløb. Af mulige sikkerhedsproblemer fremhæves bl.a. risikoen for, at funktionen bliver et 'ekstra led', som komplicerer rettere end forbedrer patientforløbene; dette kan forebygges ved at have en tydelig ansvars- og kompetencefordeling imellem fagpersoner på de enkelte afdelinger.

Vurderinger og anbefalinger

Teamgruppen *konstaterer*, at antallet af utilsigtede hændelser, der finder sted i forbindelse med overgange i kræftforløb, er bekymrende højt. Konsekvenserne er betydelige såvel ud fra en menneskelig som økonomisk betragtning. Hændelserne skyldes primært en uhensigtsmæssig administrativ praksis eller mangel på faglig opmærksomhed og ansvar i forhold til at sikre, at en given patient eller henvisning er modtaget, og at der rettidigt reageres på prøvesvar. Langt de fleste er forebyggelige og må derfor karakteriseres som fejl. Temagruppen finder, at disse forhold begrundet nødvendigheden af en målrettet indsats, der kan bringe antallet af fejl i overgange væsentligt ned. Værdien af denne indsats vil også komme en lang række andre patientgrupper til gode.

Temagruppen *konstaterer* yderligere, at der i de senere år er kommet nationale krav om nye aktører med det sigte at sikre øget sammenhæng i patientforløbet. Dette gælder i særlig grad på kræftområdet med kontaktperson, forløbskoordinator og forløbsleder. Kravene er forbundet med uspecifikke målsætninger og efterlever en forvirring og betydelig variation i forhold til klinisk praksis, og hvem der er ansvarlig. Det er temagruppens holdning, at det lægefaglige ansvar og det overordnede ansvar for at sikre, at forløbet for

den enkelte patient er koordineret ikke kan adskilles, og anbefalingerne har dette som afsæt. Patienter og pårørende kan med fordel opfordres til at involvere sig aktivt i sikringen af sammenhæng, men kan ikke pålægges et specifikt ansvar.

Temagruppen må endvidere *konstatere*, at gældende bekendtgørelser vedr. afgivelse og rettidig reaktion på prøvesvar ikke i tilstrækkelig grad er implementeret – hverken i praksissektoren eller på sygehusene.

Slutteligt *konstaterer* temagruppen, at ud fra et sikkerhedsperspektiv er adgangen for de sundhedsprofessionelle til tidstro oplysninger om den enkelte patient og dennes forløb helt utilstrækkelige. Den overvejende holdning i temagruppen er, at patienten bør have umiddelbar adgang til egne data, når disse foreligger, idet disse data principielt må betragtes som patientens ejendom.

Temagruppen **anbefaler overordnet**, at sikkerhedskulturen styrkes på alle niveauer i sundhedsvæsenet med et skærpet fokus på, at overgange er forbundet med væsentlige risici og som led heri, at:

1. Når nye overgange etableres, som følge af sundheds- og specialeplanlægning m.v., afvejes det altid i forhold til de sikkerhedsrisiko, patienterne udsættes for.
2. Krav om etablering af nye funktioner og stillingskategorier tilsvarende baseres på viden om fordele og ulemper i et sikkerhedsperspektiv.
3. Dansk Patientsikkerhedsdatabase, Den Danske Kvalitetsmodel og den regionale/lokale kvalitetsevaluering har særligt fokus på monitorering og forebyggelse af fejl i overgange.
4. Den nødvendige it-mæssige infrastruktur snarest muligt tilvejebringes, og patienternes adgang til egne data styrkes.

Hvor overgange findes, er det afgørende, at ansvaret er konsistent og synligt overleveres – uanset om dette er ansvaret for en patient, en henvisning eller et prøvesvar. Det er temagruppens vurdering, at det er nødvendigt at skabe klarhed over ansvars- og opgavefordeling mellem sundhedsprofessionelle, der i henhold til de nuværende nationale udmeldinger har et defineret ansvar for at sikre sammenhæng og forløbskoordinering.

Temagruppen har følgende **konkrete anbefalinger** på baggrund af den fremkomne viden. De rummer udvikling og afprøvning af nye sikkerhedsløsninger, ændrede kliniske arbejdsgange, øget brugerinvolvering samt skærpet ledelsesmæssig opmærksomhed for herigennem at mindske risikoen for faglige og administrative svigt, som er af betydning for patienternes sikkerhed. Gruppens konkrete anbefalinger vedr. forløbskoordinering er kun knyttet an til optimering af forløbskoordinatorfunktionen inden for de nuværende rammer.

Overdragelse af ansvar for patient, prøvesvar og henvisning bør være konsistent og synligt

Det anbefales, at:

- Der altid er identificeret en behandlingsansvarlig læge(team) for den enkelte patient, og at oplysninger herom er lettilgængelige.
- Det altid er den behandlingsansvarlige læge, som sørger for en kvalificeret overdragelse af ansvaret til den næste behandlingsansvarlige. Endvidere at denne varetager den overordnede koordinering af det enkelte patientforløb.
- Patienten altid er informeret om, hvilken læge(team) der har behandlingsansvaret, herunder at patienten får udleveret et telefonnummer, hvor denne kan kontaktes.
- Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser specificerer, at:
 - Ansvar for at sikre korrekt og rettidig afsendelse og modtagelse af prøvesvar og undersøgelsesresultater påhviler rekvirenten.
 - Den diagnostiker, der erkender et uventet cancerfund, sikrer, at denne viden formidles umiddelbart, og at beskeden modtages af behandlingsansvarlige læge. Endvidere at uventede fund tydeligt fremgår som det første i beskrivelsen til stamafdelingen, og ikke nederst som er gældende praksis.
- Der gennemføres to pilotprojekter, hvor sporingsteknologier (tracking) afprøves som metode til at sikre, at praktiserende (special)læge, relevante personer på sygehuse samt patienten selv kan følge lokaliseringen af henvisninger og patologisvar for en specifik patient på et givent tidspunkt.
- Sundhedsstyrelsen formulerer og formidler en national vejledning om håndtering af henvisninger tilsvarende den eksisterende vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser.

Den organisatoriske forløbskoordinering bør optimeres

For at opnå en optimal forløbskoordinering skal der sikres en struktur, der understøtter dette. Det anbefales, at:

- Forløbskoordinatorens koordinerende og organisatoriske opgaver klart defineres under hensyntagen til deres opgavevaretagelse i kræftforløbet og i relevant omfang harmoniseres på tværs af afdelinger og sygehuse.
- Det konkrete patientforløb tilrettelægges i samarbejde mellem den behandlingsansvarlige læge(team) og forløbskoordinatoren, herunder at der rettes en særlig opmærksomhed mod patienter, hvis forløb afviger fra de i pakkeforløbene fastlagte trin.
- Der sikres it-understøttelse af den forløbskoordinerende monitorering af det enkelte patientforløb.
- En opdateret oversigt med oplysninger om navn og kontaktdata på forløbskoordinatorene på afdelinger og sygehuse gøres tilgængelige på eksempelvis regionernes hjemmeside for at øge gennemsigeligheden for patienterne og eksterne personer.

Grundlaget for patientinddragelse bør styrkes

Det anbefales, at:

- Patienten ved opstart af udrednings- og behandlingsforløb, i både primær og sekundær sektor, informeres om retten til aktindsigt i egen journal, herunder adgang til e-journalen, samt dennes muligheder og begrænsninger.
- MedComs datasæt for kroniske sygdomme udvides til også at omfatte kræftsygdomme, således at der for den sundhedsfaglige og for patienten altid er adgang til et minimum af patientdata, uanset hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig.

Evidens og monitorering

Det anbefales, at:

- Der arbejdes målrettet med at skabe dokumenteret viden om patientsikkerhed i overgange, og at der rettes et særligt fokus på skift af ansvar mellem sektorer og institutioner. Endvidere at det i Dansk Patientsikkerhedsdatabase gøres muligt at identificere overgangsspecifikke utilsigtede hændelser.
- Der gennemføres en særlig undersøgelse af patienternes perspektiv på forløbskoordinering og oplevelser af fejl i overgange, som grundlag for både forebyggelse og udarbejdelse af en kvalificeret spørgeramme til brug for fremtidige undersøgelser.

Det videre arbejde

Temagruppens arbejde afsluttes med den netop udarbejdede dokumentationsrapport, men det nationale fokus på overgangsproblemer bør fortsætte. Der er behov for at følge op på anbefalingerne i nærværende rapport, men også at identificere nye løsninger indenfor de områder, som ikke er blevet prioriteret i denne fase.

For at understøtte at ovenstående anbefalinger realiseres foreslår temagruppen, at der oprettes en implementeringsgruppe. Denne gruppe vil kommunikere anbefalingerne til de rette modtagere – f.eks. i form af en implementeringspakke med konkrete redskaber til, hvordan overgange i udredning, diagnostik og behandling kan gøres sikrere.

1. Patientsikkerhed i overgange; Perspektiv og afgrænsning

Den tiltagende specialisering og den væsentlige stigning i antallet af sundhedsprofessionelle og parakliniske undersøgelser gennem de seneste årtier, øger sandsynligheden for brud på sammenhæng i patientforløbet. Patientsikkerheden udfordres, fordi risikoen for utilsigtede hændelser er særlig stor i de situationer, hvor ansvaret for udredning og behandling af en patient overgår fra én instans eller én person til en anden (1;2).

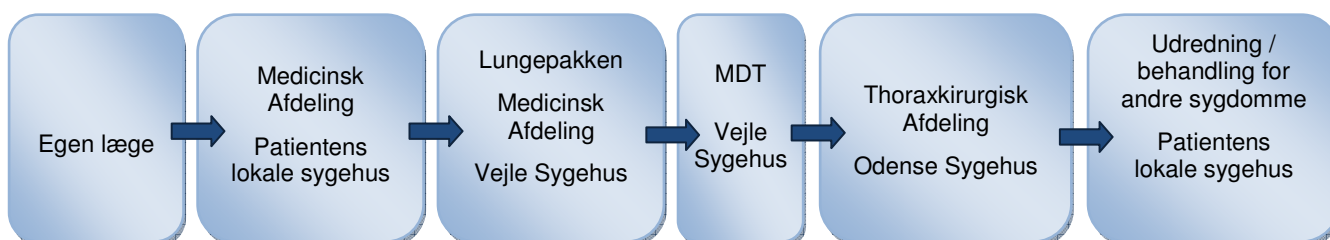
Kræftområdet kræver specifik opmærksomhed, når det drejer sig om patientsikkerhed i overgangssituationer. Kræftforløb er komplekse og risikofyldte (3). Forløbet er typisk forbundet med mange overgange med hyppige skift i ansvar mellem sundhedsprofessionelle, afdelinger, sygehuse og sektorer. De for systemet "banale hændelser", såsom forlagte journalnotater, glemte henvisninger og forsinkede prøvesvar, kan have betydelige konsekvenser og i sidste ende forringe kræftpatienters mulighed for at overleve.

Forløbet fra en patient henvender sig til egen læge med symptom på kræft, til behandling er endeligt afsluttet, indebærer typisk flere kontakter med praktiserende (special)læger i primærsektor, efterfulgt af videre udredning på sygehuse med opfølgende indlæggelse(r) og ambulante besøg i kirurgiske og medicinske afdelinger. Dette bekræftes ved 4.346 kræftpatienters oplysninger om kontakter med sundhedsvæsenet frem til udskrivelse efter første behandling på sygehuse (1).

Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse (2011)¹:

31 % af patienterne blev i deres udredningsforløb undersøgt på to eller flere sygehuse
18 % af patienterne blev i deres udredningsforløb undersøgt på tre eller flere afdelinger
36 % af patienterne modtog behandling på to eller flere sygehuse
20 % af patienterne modtog behandling på tre eller flere afdelinger

Nedenstående figur illustrerer et standardiseret forløb for udredning og behandling med markering af antallet af overgange. Eksemplet er et patientforløb for lungekræft i Region Syddanmark².



¹ Tal fra Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, der undersøger 4.346 kræftpatienters oplevelser af sundhedsvæsnets indsats fra første symptom til afsluttet primærbehandling, viser, hvorledes ansvaret for kræftpatienter skifter mellem afdelinger og mellem sygehuse og sektorer (1).

² Tre gange om ugen afholdes der multidisciplinær lungekonference på Vejle Sygehus. Hvis der er behov for det, deltager thoraxkirurgerne fra Odense via video. Udredning/behandling for andre sygdomme på Esbjerg Sygehus refererer til de mange patienter, som også går til kontrol/behandling på deres eget lokale sygehus med andre sygdomme – og hvor der måske er en forværring pga. behandlingen for deres kræftsygdom. Det kunne f.eks. være diabetes, KOL o.l.

Målrettede nationale tiltag på kræftområdet med tre kræftplaner, pakkeforløb for kræftsygdomme og forløbskoordinatorer for alle kræftforløb, samt generelle kvalitetssystemer med Sundhedsaftaler, Den Danske Kvalitetsmodel og kontaktpersonsordningen, er iværksat for at styrke sammenhæng og den faglige kvalitet, men udfordringen med at sikre patientsikkerheden består. Dette er motivet bag nedsættelsen af temagruppen, som står bag denne rapport.

1.1. Temagruppens perspektiv på patientsikkerhed i overgange

Patientsikkerhed handler grundlæggende om at undgå, at patienterne skades som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. I relation til kræftbehandlingen kan en afgrænsning være vanskelig. Kræft er en livstruende sygdom, og nogle gange kan der opstå situationer, hvor patienten påføres skade som følge af en handling foretaget på baggrund af en vurdering af, at patienten ville være dårligere stillet, hvis man undlod at handle. Forståelsen af skade er heller ikke velafgrænset. I World Health Organization klassifikationen, som ligger til grund for kategoriseringen i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, er skade identisk med fysisk skade, men for kræftpatienter kan der også være væsentlige psykiske og sociale konsekvenser. ***Temagruppen har valgt en bred forståelse af patientsikkerhed i overensstemmelse med patientens perspektiv.***

Ved **overgange** forstås i denne rapport de situationer, *hvor der sker skift i ansvaret for patienten og/eller i de processer, der knytter sig til udredning, diagnostik og behandling. Ansvar kan overgå fra én sundhedsperson eller fra én organisation til en anden.*

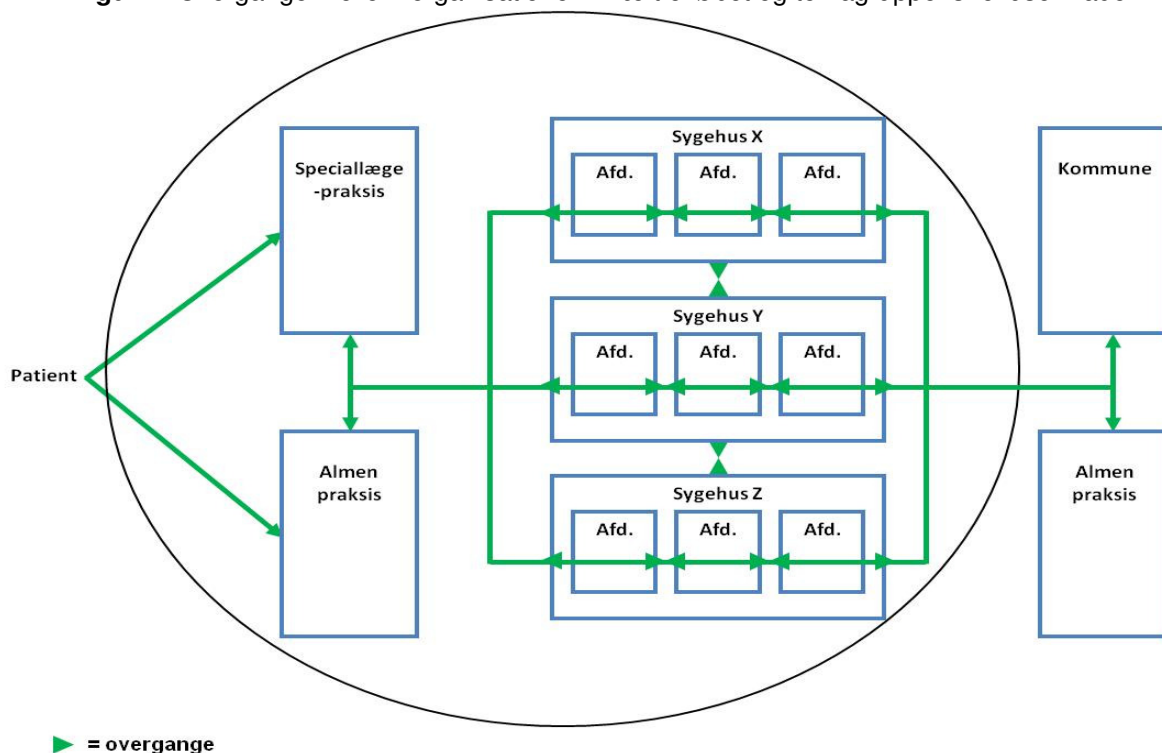
Patientsikre overgange indebærer i denne sammenhæng, at organiseringen og de konkrete handlinger sikrer *relevant og rettidig informationsoverførsel/kommunikation* om og med en patient vedr. udredning og behandling, og at *ansvaret* for at følge op i patientforløbet, og dertil knyttede prøvesvar m.v., er entydigt placeret og accepteret.

Patientusikre overgange karakteriseres ved de utilsigtede hændelser eller fejl, der finder sted, når sammenhængen i diagnose, behandling eller pleje bliver afbrudt eller væsentligt forsinket og som medfører fysisk skade, reducerer mulighed for overlevelse eller har psykiske eller sociale konsekvenser for patienten.

Opgaven er at forbedre patientsikkerheden, således at sammenhængen i forløbet styrkes igennem udredning og behandling, og opleves som professionelt af patienten.

I nedenstående figur 1 er overgange mellem organisationer i kræftforløbet skitseret og temagruppens fokusområde illustreret. Temagruppen har forholdt sig til de overgangsproblemer, som knytter sig til patientforløbet fra henvendelsen til (special)lægepraksis i primærsektor til afslutning fra sygehus. De er markeret indenfor cirklen.

Figur 1: Overgange mellem organisationer i kræftforløbet og temagruppens fokusområde



1.2. Afgrænsning

Afgrænsningen er foretaget på baggrund af en drøftelse af foreliggende viden med afsæt i den litteraturgennemgang, der præsenteres i kapitel 2.

Temagruppen har valgt at fokusere på de utilsigtede hændelser, hvor ansvaret skifter mellem to institutioner under udredning og behandling. Det vil sige utilsigtede hændelser, der knytter sig til skift af ansvar mellem praktiserende læge, praktiserende speciallæge, sygehuse og imellem sygehusafdelinger.

Temagruppen har, bortset fra i litteraturgennemgange (kapitel 2), valgt ikke at inddrage de utilsigtede hændelser, der knytter sig til skift af ansvar fra én person til en anden inden for den samme institution, og de som knytter sig til faglige vurderings- og beslutningsprocesser. Samtidig fokuseres der på de sikkerhedsproblemstillinger, der er generelt gældende for kræftforløb, vel vidende at der vil være særlige patientsikkerhedsproblemer, som knytter sig til specifikke kræftsygdomme og forløb.

Litteraturgennemgangen i næste kapitel viser, at sikkerhedsrisici i overgange primært knytter an til ansvar, kommunikation og informationsoverførsel – såvel i forhold til patientens forløb som til opfølgning på konkrete undersøgelsesresultater. Derfor har temagruppen prioriteret følgende tre temaer:

- Koordination af patientforløb
- Afgivelse og rettidig reaktion på prøvesvar og henvisninger
- Manglende eller forsinket journaler og journalnotater

2. Foreliggende viden vedrørende patientsikkerhed og overgange

I det følgende præsenteres resultaterne af temagruppens litteraturgennemgang, der omfatter en litteratursøgning i PubMed samt supplerende håndplukket videnskabelig litteratur og bredere samfundsmedicinske rapporter. Endvidere præsenteres en analyse af utilsigtede hændelser rapporteret til Danske Patientsikkerhedsdatabase (herefter DPSD) samt resultater fra Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse og kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen.

Kapitlets hovedpunkter

- Litteraturgennemgangen viser, at årsager til fejl i overgange primært knytter an til brist i kommunikation og manglende markering af, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår, og at årsagerne kan føre til uklar koordination af patientens forløb samt manglende reaktion på prøvesvar og henvisninger, der igen kan føre til forsinkelser i udredning, diagnostik og behandling.
- Det fastslås, at årsagerne relaterer sig til såvel systemrelaterede faktorer (herunder organisatoriske og teknologiske) som menneskelige og patientrelaterede faktorer på flere niveauer i sundhedsvæsenet.
- Temagruppen har gennemført en analyse af overgangsspecifikke hændelser på kræftområdet rapporteret til DPSD. Denne viser, at 27 % af de overgangsrelaterede hændelser omhandlede forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar. Forkert eller manglende henvisning og manglende journalnotater udgør hver knap 20 %, mens uklar koordination og ansvar omkring selve patienten udgør 17 %.

2.1. Litteratursøgning i PubMed

Med det sigte at få identificeret relevant international litteratur indenfor temaet 'overgang og patientsikkerhed' fra de sidste 5 år, blev der gennemført en systematisk søgning i PubMed. Søgstrengen blev begrænset af de mulige søgekriterier, som var; *Safety Issues*, *Medical errors*, *Safe care* og *Risk management* kombineret med *Handover (MeSH)*, *Handoff (MeSH)*, *Sign out (MeSH)*, *Care transition (MeSH)* og *Patient transfer (MeSH)*. Der fremkom 33 artikler.

33 artikler omfattende:

4 reviews, 1 randomiseret studie, 13 interventionsstudier, 10 observations og interview- og spørgeskemaundersøgelser blandt patienter og/eller faggrupper og 5 med ekspertmeninger.

Set i relation til de mulige søgekriterier var det ikke overraskende, at materialet primært indeholdt studier, som redegør for overgange/overdragelse af ansvar på individniveau. Følgende temaer blev identificeret: situationer, hvor fejl i overgange opstår, årsager til fejl i overgange, samt initiativer og løsningsforslag til at reducere forekomsten af fejl i overgange.

Situationer hvor fejl opstår

Følgende situationer indebærer øget risiko for fejl og svigt i patientsikkerheden:

- Når flere læger er involveret i udrednings- og behandlingsforløbet (4-6)
- I forbindelse med vagtskifte mellem personalegrupper (5-10)
- Når der er uenighed om behandlingsplan (behandlingstype og overførsel til andre behandlingsenheder) (6;11;12)
- Akutte kritiske situationer (13)

Årsager til fejl

Forkert/ufuldstændig eller forsinket skriftlig og mundtlig kommunikation er de hyppigste årsager til fejl. Der er øget risiko for brist i kommunikationen, når:

- Personalet er påvirket af støj, distraktioner og afbrydelser eller træthed (4;5;8;13-17)
- Der mangler viden og erfaring med håndtering af sikkerhedsbrist i overgange (7;8;15;18)
- Der ikke forefindes standardiserede procedurer (6;15)
- Der mangler system support og/eller teknologisk støtte til videregivelsen af information (6;15)
- Information overføres mellem personer på forskelligt niveau i hierarkiet (10;14)
- Der er væsentlige kulturelle barrierer (6;13)

Løsningsforslag

Lav-teknologiske:

- Indførsel af en *handover supervisor* for nyuddannede læger og sygeplejersker (7;19)
- *Bedside handover* på sygehusafdelinger, hvor der afgives rapport med patienten som den kritiske lytter og medinformant (15;20-23)
- Mere tid til vagtskifte (7;15;22)
- Standardiserede procedurer til understøttelse og strukturering af kommunikationen, f.eks. *SBAR (situation, background, assessment and recommendation)* samt andre uspecificerede indsatser til forbedring af kommunikation ved overlevering – både skriftligt og mundtligt (4-7;11;12;14;15;17;19;23-33)

Høj-teknologiske:

- Læring om patientsikkerhed og overgange gøres til en del af læge- og sygeplejerskeuddannelserne (6;7;17;29)
- Internetbaseret *handover* træningsprogram, samt andre elektroniske overleveringsværktøjer (6;15;34;35)
- Etablering af et *Patient Transfer Center* (36)
- *Continuity of Care Document (CCD)* som en integreret del af elektronisk klinisk dokumentation, eksempelvis EPJ (Elektronisk Patientjournal) (4;6;11;18;30;37)

2.2. Supplerende håndplukket litteratur og rapporter

Patientovergange. Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange (2)

Et ph.d. projekt fra DTU Management har undersøgt hvilke faktorer, der henholdsvis reducerer eller fremmer sikkerhed af patientovergange på hospitaler. Studiet besvarer 5 forskningsspørgsmål på baggrund af et litteraturstudie, semistrukturerede interviews med sundhedsfagligt personale, observationer samt én analyse af både data fra DPSD, kerneårsagsanalyser og de udførte interviews.

Årsager til fejl

Afhandlingen påpeger, at problemer i patientovergange relaterer sig til overlevering af information om patienten, manglende markering af hvem der har ansvaret for patienten og hvornår og forhold i organisationen; herunder teamet der samarbejder om overgangen, kulturen, organisationsstrukturen og patientkompleksiteten. Følgende faktorer er identificeret:

- Kommunikation
- Information
- Organisation
- Infrastruktur
- Professionalisme
- Ansvar
- Teamopmærksomhed
- Kultur

Rapportens løsningsforslag

For at generere holdbare løsninger anbefales det at udarbejde kontekstnære løsninger i tæt samarbejde med de implicerede parter. Følgende løsningsforslag opstilles:

- Strukturerede overgange hvad angår overlevering af information i den mundtlige og den skriftlige kommunikation
- Styrket samarbejde mellem og indenfor det enkelte team.
- Arbejde med rammerne i organisationen, herunder infrastruktur og arbejdsbelastning

Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2011 (1)

Kræftens Bekæmpelses landsdækkende undersøgelse er gennemført med deltagelse af nydiagnosticerede kræftpatienter. *Overordnet set viser undersøgelsen, at patienter hyppigere oplever fejl i forbindelse med både udredning og behandling, hvis der er flere afdelinger/sygehuse involveret.* Der blev ikke direkte spurgt ind til oplevede fejl i overgange, men patienterne havde mulighed for at kommentere i fritekst. 500 patienter har kommenteret på spørgsmål om fejl i udredning hos egen læge, praktiserende speciallæge og på sygehuset, mens 256 patienter har kommenteret på fejl i behandlingsforløbet. Problemer relateret til koordination af patientforløb, administrative processer og kommunikation optræder hyppigst i udredningsfasen - ca. 2/3 af de oplevede fejl relaterer sig hertil, mens det drejer sig om ca. 1/3 i behandlingsfasen.

Fejl i udredningsfasen

Patienternes beskrivelser knytter an til aktiviteter hos egen læge, praktiserende speciallæge og på sygehuset; ca. 10 % har oplevet fejl i forbindelse med udredning hos egen læge/praktiserende speciallæge og 15 % i udredningen på sygehus. Patienter, hvis udredning varetages af 2 eller flere regioner, oplever signifikant flere fejl end patienter, der er udredt i én region. De hyppigst oplevede fejl er relateret til:

- *Koordinering af patientforløbet:* Patienterne oplever fejl i relation til selve forløbet. Primært dårligt tilrettelagte undersøgelsesforløb med unødigt ventetid/forsinkelser mellem de enkelte undersøgelser, gentagelse af (mislykkede) undersøgelser og prøver, ventetid pga. kapacitetsproblemer og personalets ferieafvikling. Forløb der involverer (for) mange aktører fremhæves som problematiske – dels i relation til ventetid, men også i relation til forskelligartet information, oplevelsen af et forvirrende forløb, manglende viden i systemet om "hvem der gør hvad", ekstra transport og problemer med at komme videre i forløbet. I forlængelse heraf beskriver flere, at de selv eller pårørende påtager sig tovholderfunktionen for at minimere ventetiden og/eller koordinere forløbet.
- *Administrative processer:* Patienterne oplever fejl i de administrative processer hos såvel egen læge, praktiserende speciallæge samt på sygehuset. Primært i relation til henvisninger, indkaldelser, prøverekvisition, håndtering af prøve, prøvesvar, forkert eller manglende registrering samt rod i journalen. Herunder manglende ansvarsplacering ved opfølgning på prøvesvar, ansvarsoverdragelse ved sygdom og i ferieperioder samt manglende videregivelse af faglig information om patientens sygdom (journaler, prøvetagning og henvisning).
- *Kommunikation:* Patienterne oplever kommunikationsproblemer mellem dem og sundhedspersonalet og sundhedspersonalet imellem. Primært usikre/uhensigtsmæssige kommunikationsprocedurer for prøvesvar i telefon, post og hos praktiserende læge samt manglende information om ændring i patientforløb.

Årsager til fejl i behandlingsforløbet

25 % af respondenterne oplever én eller flere fejl i forbindelse med behandling på sygehus. Igen er det tydeligt, at de patienter, der blev behandlet på mange afdelinger/sygehuse oplevede flere fejl end de patienter, der blev behandlet på få afdelinger/sygehuse. I fritekstbeskrivelserne anføres samme overordnede fejltyper som i udredningsfasen:

- *Koordinering af patientforløb:* Problemerne afspejler ofte administrative procedurer (se nedenstående) og resulterer i, at patienterne ikke henvises, bookes, indkaldes eller behandles 'til tiden'. Mange patienter beskriver, at de selv må henvende sig/rykke for at kompensere for denne type fejl og forglemmelser. Derudover påpeges uhensigtsmæssige forløb, f.eks. at undersøgelser gentages et andet sted, patienter glemmes i venteværelset indtil lægen er gået hjem eller patienter afvises ved henvendelse.
- *Administrative processer:* Der nævnes primært, at patienter 'bliver væk' eller fejlregistreres i de administrative systemer (og derfor ikke bookes/indkaldes til undersøgelse eller behandling, ikke udskrives eller registreres med forkert diagnose) samt journaler med forkerte eller mangelfulde oplysninger (f.eks. forkert journal eller tidsangivelse for behandling og manglende billed- og/eller journalmateriale).

- *Kommunikation:* Mangelfuld information om undersøgelser og mulige risici samt mangelfuld information ved udskrivelse anføres som de hyppigste problemer.

Delayed diagnosis of cancer: Thematic review, 2010 (38)

I 2007 påbegyndte det britiske National Patient Safety Agency (NPSA) et arbejdsprogram, som havde til formål at forbedre patientsikkerheden inden for kræft og opstille løsningsmodeller til brug i hele det britiske National Health System. Programmet fokuserede på tre hovedområder: strålebehandling, kemoterapi og forsinket diagnose. I 2010 blev resultaterne fra NPSAs arbejde med temaet 'forsinket diagnose' sammenfattet i en rapport, der giver en oversigt over patientsikkerhedsmæssige problemer og anbefalinger med henblik på at opnå tidligere diagnose.

Hvad menes med forsinket kræftdiagnose?

Ventetiden fra symptomdebut til behandlingsstart betegnes på engelsk med begrebet *delay*, der fokuserer på den del af ventetiden, der kan tillægges system- eller menneskeskabt forsinkelse. Forsinkelse inddeles i henholdsvis patient-, læge- og systemforsinkelse, hvor **patientudløst forsinkelse** dækker tiden fra første oplevede symptom til første lægekontakt. **Lægeudløst forsinkelse** beskriver tiden fra første lægekontakt (oftest hos den praktiserende læge), indtil der påbegyndes en aktiv kræftudredning. Endelig angiver **systemudløst forsinkelse** den tid, der går fra udredningen påbegyndes til behandling iværksættes og indbefatter eksempelvis ventetider på kliniske og parakliniske undersøgelser. Mere specifikt er der ifølge undersøgelsen foretaget af NPSA tale om forsinket kræftdiagnose, når:

- En kræftpatient hverken undersøges eller henvises til undersøgelse
- En kræftpatient i forbindelse med undersøgelse ikke får stillet en diagnose
- En kræftpatient får stillet en forkert diagnose
- Et testresultat eller en diagnose ikke videreformidles til en relevant kliniker
- Der ikke handles på et testresultat eller en diagnose, og behandling derfor ikke iværksættes som anbefalet

Årsager til forsinket kræftdiagnose

På baggrund af en analyse af 508 rapporteringer til NPSAs National Reporting and Learning System³, konsultationer med interessenter og en litteraturgennemgang af engelsksprogede publikationer efter år 2000, identificerer rapporten en række sikkerhedsproblemer og risici, der kan medføre en forsinket kræftdiagnose. Forsinkelser kan udløses af patienten, lægen og systemet:

- *Patientudløst forsinkelse:* En forudsætning for, at patienter kan reagere hensigtsmæssigt på potentielle kræftsymptomer er, at disse erkendes som tegn på alvorlig sygdom. Patientudløste forsinkelser kan skyldes, at:
 - Patienters manglende viden om kræftsymptomer kan føre til fejltolkninger og dermed patientdelay
 - Et højt angstniveau resulterer i, at patienter afholder sig fra at henvende sig til praktiserende læge
- *Lægeudløst forsinkelse:* Når patienten – måske gentagende gange – henvender sig til den praktiserende læge med symptomer, er det centrale tema, hvordan lægen reagerer. Lægeudløste forsinkelser kan skyldes, at:
 - Lægerne fejlagtigt tillægger symptomerne en anden årsag
 - Kliniske retningslinjer for videre henvisning ikke efterleves hvis patienterne ikke passer ind i den forventede aldersgruppe for kræftpatienter
 - Der kan eksistere et patient-læge forhold med manglende/dårlig kommunikation, som resulterer i, at patienter stiltiende accepterer en manglende diagnose
- *Systemudløst forsinkelse:* De fleste systemforsinkelser sker i den sekundære sundhedssektor og skyldes hovedsageligt kommunikationsproblemer samt aflysninger. Systemudløste forsinkelser kan skyldes:
 - Prøver, der ikke blev afleveret korrekt til laboratoriet
 - Fejl begået i laboratoriet
 - Administrative problemer der gjorde, at patienter ikke blev underrettet om kommende undersøgelser
 - Aflysninger pga. mangel på personale eller udstyr, samt mangelfuld forbedelse.

Rapportens løsningsforslag

På baggrund af analysen opstiller rapporten nedenstående fem anbefalinger, der skal forbedre patientsikkerheden i overgange under udredning og diagnostik:

- Identificere, gennemgå og formidle nuværende god praksis i forbindelse med bestilling, administration samt sporing af test og testresultater
- Hjælpe patienterne på vej samt sikre at, patienterne holdes informeret, har mulighed for at bede om en second opinion og selv er i stand til at følge op på deres testresultater
- Anerkende sen diagnose som et spørgsmål om patientsikkerhed og fokusere på både ledelsesmæssig og organisatorisk læringskultur i primær- og sekundærsek-

³ I alt 4.855 rapporterede hændelser i perioden 1. juni 2007 til 31. maj 2008 opfyldte rapportens søgekriterier. Et tilfældigt udpluk af 1.500 hændelser blev analyseret. Her blev 992 hændelser ekskluderet, idet; a) disse ikke var kræftspecifikke, b) det nævnte onkologisk team ikke var relevant for hændelsen og c) hændelser omhandlede kræftbehandling og palliativ behandling, og ikke diagnostik.

tor. Herunder udvikle en model, der sikrer en forbedret afrapportering og læring både lokalt og nationalt

- Forbedre støtten til primærsektoren. Herunder oprette et tilgængeligt diagnostisk redskab til brug i den primære sundhedssektor, der sikrer klare retningslinjer i forbindelse med henvisning til videre undersøgelse
- Sikre en rutinemæssig monitorering af forsinkelser og derigennem søge at afklare, hvad der er sket med hver enkelt patient og samtidig kortlægge eventuelle mønstre i de fejl, der øger risikoen for diagnoseforsinkelser

Gennemgang af anmeldelser til Patientforsikringen, 2010 (39)

I 2010 gennemførte Kræftens Bekæmpelse i samarbejde med Patientforeningen en analyse af 3369 anmeldelser og afgørelser i perioden 2000-2009 relateret til skader i kræftforløb.

En gennemgang af de hyppigste typer af *skader i anmeldte sager* viser, at:

- 15 % omhandler overset diagnose
- 7 % omhandler forsinket operation eller behandling

En gennemgang af de hyppigste typer af *skader i anerkendte sager* viser, at:

- 26 % omhandler overset diagnose
- 10 % omhandler forsinket operation eller behandling

Udviklingen fra 2000-2009 for både anmeldte og anerkendte skader viser, at der især er sket en stigning i antallet af skader vedr. forsinkelse i operation eller behandling, mens der er en jævn stigning i skader vedr. overset diagnose.

De højeste anerkendelsesrater findes blandt anmeldelser inden for specialerne patologisk anatomi og diagnostisk radiologi, hvilket kan relateres til disse specialers andel i forsinkelse i diagnostik og behandling. Inden for specialerne almen medicin og intern medicin er behandlingsforsinkelse begrundelsen for hovedparten af de anerkendte sager.

En gennemgang af 194 anmeldelser vedr. almen praksis viser at:

- 57 % omhandler forsinket eller overset diagnose
- 24 % omhandler utilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling
- 19 % omhandler øvrige skadetyper (herunder forbytning af prøver, glemt kontrol, ingen skade, selvforskyldt diagnoseforsinkelse mm.)

Blandt de anmeldelser, der får medhold, omhandler langt de fleste ikke optimal diagnosticering. Det vil sige situationer, hvor specialister vurderer, at alment praktiserende læger ikke har reageret tidsnok eller fagligt adækvat (40).

2.3. Temagruppens analyse af overgangsrelaterede hændelser på kræftområdet rapporteret til DPSD

Rapportering af utilsigtede hændelser til DPSD indgår i sundhedsvæsenets løbende læringssystem. Selvom det er ukendt, hvor stor en del af utilsigtede hændelser der bliver rapporteret til DPSD, kan der på baggrund af rapporterne identificeres typer af hændelser inden for forskellige kategorier, ligesom konsekvenser af hændelserne og deres mulige årsager kan belyses. I DPSD's opgørelse over rapporter fra 2010 udgjorde brud på kontinuitet ca. 17 % af de rapporterede hændelser (41).

På baggrund af rapporteringer til DPSD i perioden 1. september 2010 til 1. januar 2012 har temagruppen afdækket en række sikkerhedsproblemer i forbindelse med overgange inden for udredning, diagnostik og behandling.

Ved godt 20 fritekstsøgninger med mere end 20 variable blev der i DPSD fundet **1548 kræftspecifikke** utilsigtede hændelser. Ved søgning i DPSD kan der kun medtages 10 variable, hvorfor søgningen er delt op i mindre søgninger. Efterfølgende er disse samlet, og eventuelle dubletter er fjernet. Alle lokationer er medtaget i søgningen.

Alle hændelser, der rapporteres til DPSD skal klassificeres efter ICPS – WHO's Internationale Klassifikation for Patientsikkerhed. Ikke alle 1548 hændelser var klassificeret, hvorfor temagruppen først har gennemlæst og klassificeret disse. På baggrund af en detaljeret gennemgang af de enkelte processer i klassifikationen vurderes det, at de overgangsrelaterede hændelser skulle findes i følgende klassifikationer: '*administrative processer*', '*kliniske processer*' samt '*sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation*'.

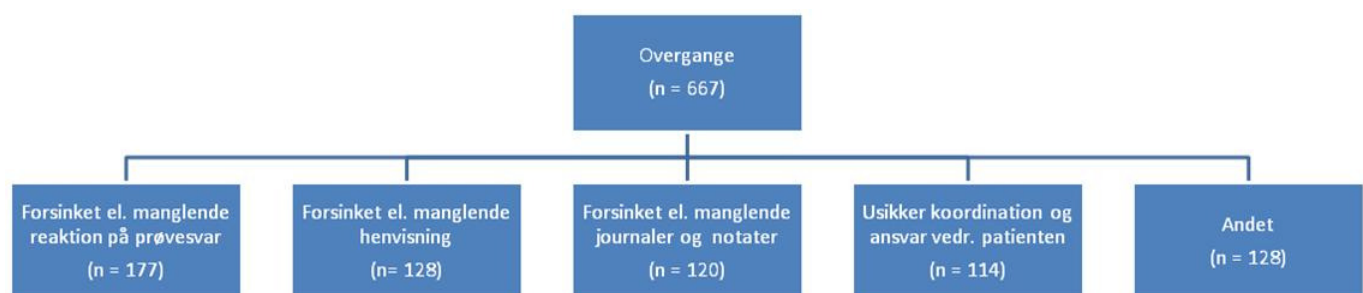
Temagruppen fandt, at **667 (43 %)** af de 1548 kræftspecifikke hændelser var overgangsrelaterede. 602 af de overgangsrelaterede hændelser vedrørte de offentlige sygehuse, mens 43 vedrørte de praktiserende læger. De resterende 22 hændelser vedrørte privathospitaler og hospice, hjemmesygeplejersken, speciallæger og andet. Tabel 1 viser fordelingen af de 667 overgangsrelaterede utilsigtede hændelser listet i henhold til ICPS klassificering af hændelsestype.

Tabel 1: Overgangsrelaterede utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD, kategoriseret efter hændelsestype, DPSD 2010-2012.

Hændelsestype	Antal
Administrative processer	
Overdragelse af ansvar	20
Aftale/Indkaldelse/Henvisning	159
Behandlingsforløb/Patientforløb	92
Indlæggelse/Modtagelse	3
Udskrivelse	7
Andet	5
Kliniske processer	
Sygdomsudredning	61
Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests	79
Andet	36
Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation	
Inden for teams/afsnit	39
Mellem teams/afsnit/afdelinger	65
Mellem hospitaler/institutioner	32
Mellem sektorer	32
Med patient/pårørende	37

De overgangsspecifikke hændelser blev herefter atter gennemlæst og tematiseret i henhold til temagruppens perspektiv på patientsikkerhed i overgange. Nedenstående præsenterer resultaterne af gruppens tematisering med tilhørende eksempler. De indsatte eksempler er anonymiserede hændelsesrapporter fra det analyserede datasæt.

Figur 2: Utilsigtede hændelser i forbindelse med overgange, DPSD 2010-2012.



27 % af de rapporterede utilsigtede hændelser udgøres af forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar. Forkert eller manglende henvisning samt forsinket eller manglende journaler og journalnotater udgør hver knap 20 %, mens uklar koordination og ansvar omkring selve patienten udgør 17 % af hændelserne. De rapporterede hændelser indikerer, at der er væsentlige problemer relateret til disse områder.

- *Forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar:* Primært manglende reaktion på undersøgelsesresultater og laboratoriesvar, der forsinker patienternes udredningsforløb.

Eksempel 1: Patient i ambulant forløb på urologisk afdeling. Efter anmodning fra afdeling tager vi i almen praksis de rekvirerede blodprøver og påfører rekvisitionen "kopi til urologisk afdeling".

Et af prøvesvarene (PSA) er stærkt abnormt og indikerer, at patient sandsynligvis har prostatacancer. I almen praksis troede vi, at afdelingen var bekendt med dette og ville reagere på de prøver, de selv havde bestilt. Dette viste sig dog ikke at være tilfældet, og man blev først opmærksom på dette ca. 1½ måned senere, hvorved behandlingen er blevet unødigt forsinket. Åbenbart er det uklart, hvem der har ansvaret for overvågning af prøver, der tages på denne måde.

Eksempel 2: En patient, der var i akut kræftpakkeforløb, fik foretaget CT scanning. Af beskrivelsen herfra fremgår, at der var normale forhold i leveren, hvilket den kirurgiske ambulatorielæge meddelte patienten. Efterfølgende fandt en sygeplejerske tilfældigt ud af, at der på røntgenbeskrivelsen allernederst var lavet en tilføjelse, hvor man ved ny gennemgang af CT scanning havde mistanke om metastase i leveren. Ambulatorielægen havde ikke set dette, da tilføjelsen grafisk stod allernederst i beskrivelsen, så man skulle rulle skærm billedet nedefter. Vi måtte genindkalde patienten, og hun kører nu et udredningsforløb.

- *Forsinket eller manglende henvisning:* Henvisninger, som enten bliver sendt til forkerte modtagere eller helt går tabt.

Eksempel: Patienten er tidligere cancerdiagnosticeret og behandlet på X i marts, men er nu under mistanke om recidiv af sin cancer og har i den forbindelse haft kontakt til X, patienten afventer svar på sine biopsier mhp. diagnosticering af dette. Patient indlægges i mellemtiden på ØNH i Y pga. problemer med sin tracheostomi. Herfra rekvireres biopsisvar fra X, som viser recidiv af cancer, patienten skal i den forbindelse afvente stillingstagen fra onkologerne mhp. palliativ behandlingstilbud. Papirer og henvisning faxes derfor til onkologerne på X mhp. denne vurdering.

Efter 4 dage er der endnu ikke noget svar, og X kontaktes. De har ikke modtaget nogen papirer på patienten, og beder derfor om ny fax med henvisning. Denne faxes samme dag af sekretær. Patienten udskrives 2 dage efter fax er sendt og der planlægges ambulant kontrol 5 dage efter udskrivelse hos ØNH i Y. Der er i journalen lavet oplæg til forløbskoordinator for ØNH i Y, mhp. rekvirering af behandlingsplan fra X. Dette notat når aldrig til forløbskoordinatoren! Patient møder så ind til ambulant kontrol – frustreret over der endnu ikke er kommet noget brev fra X. der tages på ny kontakt til onkologisk afdeling på X, som ikke har modtaget nogen papirer! Det viser sig, at papirerne har været faxet til ØNH afdeling på X og ikke onkologisk afdeling. Papirer og henvisning faxes derfor igen til onkologisk afdeling på X.

- *Forsinket eller manglende journaler og notater:* Hændelser, hvor journaler ikke bliver skrevet inden for den fastsatte tidsramme, hvorfor der ikke handles på notaterne. Omfatter ligeledes fejl i lægenotater og journaler. Dårlige arbejdsprocedurer og mangel på personale nævnes som årsagerne til de manglende eller forsinkede journalnotater.

Eksempel: D. 24.06 opringning fra patient, som, efter udskrivelse fra afdelingen d. 20.06, ikke har modtagelse indkaldelse fra gynækologisk afdeling, som aftalt. Det viser sig, at notatet, dikteret d. 20.06 endnu ikke er renskrevet, og henvisningen til gynækologerne ikke fremsendt. Notatet ligger på dikteringslisten, hvor lægen har anført prioritet 2, med teksten klinisk notat og epikrise. Det er ikke anført, at notatet også indeholder en henvisning til cancerpakke. Gynækologisk bagvagts var adviseret om patienten d. 20.06.

- *Usikker koordination og ansvar:* Hændelser, hvor patienten ofte ender som 'kastebold' imellem hospitaler, afdelinger og sektorer, hvor ingen tager ansvaret for patientens udredning eller behandling. Det resulterer i manglende opfølgning og en usikkerhed blandt faggrupperne i forhold til ansvaret for patienterne.

Eksempel: Patienten mødte uanmeldt op i afd. ved 20 tiden og fortalte, at han skulle indlægges her til iv antibiotika. Han fortæller, han har testikelcancer med spredning til lunge og lymfeknuder og er i kemobehandling på X. Fortæller endvidere han i dag er udskrevet fra onkologisk på X pga. infektion i CVK. CVK'et er fjernet og nyt er anlagt, og han er i behandling med iv vancomycin. Han har fået at vide, at han skal komme her i afdeling ved 20 tiden for at få iv vancomycin i dag, lørdag og søndag. Der er intet notat på ham i EPJ, og vagthavende læge eller sygeplejerske på afd. var ikke orienteret om patienten. Onkologisk afdeling på X kontaktes og jeg taler med sygeplejerske, som bekræfter, at patienten netop er udskrevet derfra og at der i epikrisen fra i dag er skrevet, at der efter aftale med onkologisk afdeling i Y (hvem dette er aftalt med er ikke nævnt) er aftalt overflytning, så patienten kan få iv vancomycin i weekenden mhb næste kemobehandling på mandag. Jeg aftaler med sygeplejerske på onkologisk afdeling, at deres vagthavende læge kontakter vores vagthavende læge mhp at få afklaret, hvad der skal ske med patienten.

- *Andet:* Omfatter alle de overgangsrelaterede hændelser, der ikke kan klassificeres under ovenstående temaer.

Eksempel: Patienten blev henvist til lungemedicinsk afdeling på sygehus Y mhp. udredning for væske i lungehinden. Inden udredningen er færdig får patienten fra Arbejdsskade styrelsen tilsendt et brev, hvori der står, at han har kræft i lungehinden. Patienten er ikke forud for dette informeret om, at han har fået diagnosen og havde først tid til svar på lungemedicinsk afdeling på Sygehus Y til svar på prøverne 5 dage efter han fik brevet fra Arbejdsskade styrelsen. Patienten kontakter så egen læge angående dette, der foranlediger en hurtig kontakt til lungemedicinsk ambulatorium. Om dette skyldes for tidlig indberetning fra lungemedicinsk side, eller fra arbejdsmedicinsk side vides ikke.

2.4. Temagruppens vurdering og anbefalinger

På baggrund af litteraturgennemgangen må det konstateres, at den evidensbaserede viden om patientsikkerhed i overgange er sparsom - og i særdeleshed hvad angår overgange mellem sektorer og institutioner. Temagruppen anbefaler derfor, at:

- Der generelt arbejdes med at skabe dokumenteret viden om patientsikkerhed i overgange, og at der rettes et særligt fokus på skift af ansvar mellem sektorer og institutioner.

Af litteraturen fremgår, at **årsager til fejl** primært knytter an til brist i kommunikation og manglende markering af, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår, og at årsagerne kan føre til uklar koordination af patientens forløb samt manglende reaktion på prøvesvar og henvisninger. Det fastslås, at årsagerne relaterer sig til såvel systemrelaterede faktorer (herunder organisatoriske og teknologiske) som menneskelige og patientrelaterede faktorer på flere niveauer i sundhedsvæsenet. Den gennemgåede litteratur - uanset om denne har et patientperspektiv eller et sundhedsfagligt perspektiv - peger endvidere på de samme årsager til fejl.

Litteraturen fremhæver, at **situationer, hvor der opstår fejl**, hyppigst inkluderer forløb med (for) mange aktører, vagtskifte mellem personalegrupper samt organisatoriske forhold, og situationerne kan relateres til koordination af patientforløb, administrative processer og kommunikation. For at imødekomme denne problematik anbefaler temagruppen, at:

- Der altid er identificeret en behandlingsansvarlig læge(team) for den enkelte patient, og at oplysninger herom er lettilgængelige.
- Det altid er den behandlingsansvarlige læge, som sørger for en kvalificeret overdragelse af ansvaret til den næste behandlingsansvarlige. Endvidere at denne varetager den overordnede koordinering af det enkelte patientforløb.
- Patienten altid er informeret om, hvilken læge(team) der har behandlingsansvaret, herunder at patienten får udleveret et telefonnummer, hvor denne kan kontaktes.

Som en primær **konsekvens af fejl** i overgange peger den engelske rapport fra NPSA på forsinkelse i udrednings- og behandlingsforløb og understreger, at forsinkelse skal anerkendes som et spørgsmål om patientsikkerhed. Temagruppen er enig i dette men vurderer samtidig, at konsekvenserne rammer bredere og ligeledes indebærer risiko for psykiske eller sociale konsekvenser for patienten og kan reducerer muligheden for overlevelse.

Temagruppens analyse af de 667 overgangsrelaterede utilsigtede hændelser bekræfter ovenstående billede. Brist i kommunikation og uklar ansvarsplacering resulterer i forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar, forkert eller manglende henvisning, manglende journalnotater og uklar koordination og ansvar omkring selve patienten. Tema-gruppen finder det uhensigtsmæssigt, at de 667 hændelser skal findes via en særlig analyse, da nuværende klassifikation i Dansk Patientsikkerhedsdatabase ikke tillader en specifik identifikation af overgangshændelser og anbefaler, at:

- Det i Dansk Patientsikkerhedsdatabase gøres muligt at identificere overgangsspecifikke utilsigtede hændelser.

Den engelske rapport fra NPSA peger på, at der er både patient og lægefaglige årsager knyttet til forsinket og suboptimal udredning af kræftpatienter i primær sektoren. Det tilsvarende gør sig gældende i det danske sundhedsvæsen. Center for Forskning i Cancersdiagnostik i Praksis (finansieret af Kræftens Bekæmpelse i samarbejde med Novo Nordisk Fonden) under Institut for Folkesundhed på Århus Universitet har målrettet fokus her på. Mere specifikt forsker de i følgende tre forhold:

- **Patienten** – at patienten henvender sig tidligt med symptomer
- **Udredningen** – at almen praksis formår at ”fange” relevante symptomer og iværksætte hurtig udredning
- **Organisationen** – at der findes et samlet, fastlagt udredningsforløb, som be- eller afkræfter mistanken om kræft.

3. Forløbskoordination af pakkeforløb for kræftpatienter

I dette kapitel sættes der fokus på koordination af kræftpatienters udrednings- og behandlingsforløb, og særligt på forløbskoordinationsfunktionen, som er indført for at sikre sammenhængende og hurtigere patientforløb. Temagruppen har valgt at fokusere på den organisatoriske forløbskoordination som en ny funktion, der er etableret på sygehuse i henhold til aftaleteksten for Kræftplan III. Kapitlet fremlægger først det overordnede styringsgrundlag og foreliggende aftaler og dernæst resumeres udvalgte danske projekter, der har undersøgt funktionen. Herefter præsenteres resultaterne af temagruppens spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført blandt forløbskoordinatorer på kliniske afdelinger landet over, som modtager patienter i kræftpakkeforløb.

Kapitlets hovedpunkter

- I de nationale udmeldinger om koordination af komplekse patientforløb optræder en række forskellige funktionsbetegnelser, der minder om hinanden, men er knyttet til forskellige organisatoriske niveauer, arbejdsopgaver og ansvarsområder. Obligatorisk forløbskoordinationsfunktion blev indført for kræftpatienter; efter de gældende aftaler skal funktionen udvikles og organiseres lokalt på sygehuse.
- Eksisterende studier giver ikke noget entydigt billede af de forskellige koordinationsformers effekter for patientsikkerheden i overgangssituationer.
- Temagruppen har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt forløbskoordinatorer på kliniske afdelinger i hele landet. Den bekræfter, at der er stor variation i funktionens udmøntning på tværs af afdelinger og sygehuse. Ligeledes afdækker den, at pakkeforløbenes anbefalinger om funktionens samtidige repræsentation ved MDT-konferencer ikke er implementeret til fulde. Overordnet vurderes det, at funktionen har betydet hurtigere og bedre tilrettelagte patientforløb. Dog påpeges risikoen for, at funktionen blot bliver et 'ekstra led', der komplicerer rettere end forenkler patientforløbene.

3.1. Koordinering af patientforløb

Aftalegrundlaget om koordinering af patientforløb

Der har de seneste år været stort fokus på at sikre sammenhængende patientforløb i det danske sundhedsvæsen. Et af de konkrete initiativer er indførelsen af **kontaktpersonsordningen**, der siden 2001 har været en del af økonomiaftalen mellem regeringen og de daværende amter. I Sundhedsloven fra 2009 blev ordningen indskrevet (§ 90), og her står, at patienter der modtages til behandling på regionens sygehuse og hvis behandlingsforløb, der strækker sig over mere end et døgn, skal tilbydes en eller flere kontaktpersoner. I bemærkningerne til loven præciseres, at "kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt information til patienten om behandlingsforløbet" (42).

For gruppen af kronisk syge patienter med komplekse sygdomsforløb, der involverer flere enheder og sektorer, blev forløbskoordinationsfunktionen introduceret i 2005. I forløbsprogrammerne, som beskriver den samlede tværfaglig og tværsektorielle indsats overfor patientgruppen, er forløbskoordination et centralt element. Den ledelsesmæssige

ramme for forløbskoordinationsopgaverne på kroniker området, og den specifikke ansvars- og opgavefordeling mellem sektorerne, er defineret i sundhedsaftalerne og underliggende samarbejdsaftaler. I indsatsen for kronisk syge defineres funktionen synonymt med det engelske begreb '*case manager*', dvs. som en gennemgående sundhedsperson, der sikrer patienten et optimalt og 'håndholdt' forløb, og det er et tilbud i en afgrænset periode til udvalgte patienter, som har særligt behov for koordineret indsats og støtte (43).

Ligeledes på kræftområdet har arbejdet med at styrke kvaliteten og sikre overgangene i patienternes forløb, der rækker ud over den enkelte afdeling, haft stor politisk bevågenhed de sidste 10 år. Tre kræftplaner, opfølgende økonomiaftaler, finanslove og øvrige politiske aftaler har sat scenen for indsatsen. Kræftplan II fra 2005 introducerer ideen om patientforløb organiseret i pakker, her defineret som "patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd fastlagt forløb", og det anbefales, at sygehusene indfører pakkeforløb for kræftpatienter. Med aftalen mellem Regeringen og Danske Regioner om Akut Kræft fra 2007 kom det politiske grundlag på plads for en fuld udbredelse af pakkeforløb til at omfatte alle kræftformer i løbet af 2008/2009 (44;45). Aftalen lægger vægt på kræftpatienters krav på akut handling og klar besked fra sundhedsvæsenet; information til patienterne ses som en integreret del af forløbspakkerne. Uden at koordinering nævnes præciseres det, at arbejdsgangene og arbejdstilrettelæggelse skal forbedres og flaskehalse forebygges for at undgå unødigt ventetid.

I marts 2010 indgik den daværende regering og Dansk Folkeparti en aftale om, at *alle* kræft- og hjertepatienter med livstruende sygdomme har ret til en **forløbskoordinator**, der skal sikre koordinering af de forskellige elementer i patientens behandling igennem de ofte længerevarende sygdomsforløb på tværs af sygehusafdelinger og sygehuse. Der fulgte ingen særlige bevillinger med aftalen, og planen var at implementere den via Kræftplan III og økonomiaftalerne mellem Regeringen og Danske Regioner. Næsten samtidig med det politiske krav om bedre koordinering af patientforløb konkluderer Sundhedsstyrelsen i sit faglige oplæg til Kræftplan III, at der mangler overblik og viden om effekterne af de forskellige koordinationsformer, der er iværksat for at understøtte sammenhængende patientforløb for kræftpatienter (46).

I aftaleteksten for Kræftplan III slås det fast, at forløbskoordinationen skal styrkes, og det gøres obligatorisk for regionerne "at have organisatoriske **forløbskoordinatorfunktioner** på sygehusniveau, som sikre løbende koordinering af forløb for kræft- og hjertepatienter både internt på afdelingerne og imellem sygehuse". Desuden aftales, at de eksisterende pakkeforløb for de enkelte kræftformer skal revideres i 2011, og rehabilitering og palliation inkluderes. Implementeringsplanen præciserer, at **forløbskoordinatorfunktion**en inkluderes som et nyt element i pakkeforløbene jf. aftaleteksten, dog "under hensyntagen til allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner og deres organisering". Der er således fortsat lagt op til lokal variation i den konkrete varetagelse af den nu obligatoriske funktion.

Kvalitetsstandarder for koordinering og kontinuitet jf. Den Danske Kvalitetsmodel

I arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet akkrediteres alle sygehuse efter Den Danske Kvalitetsmodels krav og standarder. I den første version fra 2009 stilles krav til at nationalt udmeldte pakkeforløb anvendes (standard 2.3.1) (47). I den anden version, der er gældende efter 1. januar 2013, er standarden om pakkeforløb udgået, og i standard 3.12.3 er der i stedet indarbejdet et krav om, at forløbsbeskrivelser baseret på de nationale pakkeforløb udarbejdes. Forløbsbeskrivelserne skal beskrive konkrete patientgruppers behandling og anvendes som grundlag for tilrettelæggelsen af hyppige og/eller komplekse patientforløb og skal omfatte:

- a) Definition af de patientgrupper, som beskrivelsen vedrører
- b) Undersøgelser og procedurer, observation og pleje, rehabilitering og sundhedsfremme indeholdt i forløbet
- c) Forløbets tilrettelæggelse
- d) Tidsplan for et typisk forløb
- e) **Forløbsansvarlig**
- f) Ansvar for konklusion, de fornødne handlinger og information af patienten

Formålet med udarbejdelsen af forløbsbeskrivelser er, at sikre: 1) At patienten modtager koordinerede og effektive forløb, 2) At forløbene baseres på nationalt udmeldte pakkeforløb og nationale retningslinjer samt 3) Kontinuitet, koordination og tryghed for patienter med kronisk sygdom i samarbejde med primærsektoren (48).

Status er, at Den Danske Kvalitetsmodel stiller krav til sygehusene om udførlige forløbsbeskrivelser for specifikke patientgruppers behandling, bl.a. med tydelig angivelse af **forløbsansvarlig**, men uden specifikt at redegøre for kræft, idet der henvises til pakkeforløbene.

Forløbskoordinationsfunktionen i pakkeforløbene for kræft

Pakkeforløbene for kræft udstikker de faglige retningslinjer for, hvordan de kliniske afdelinger skal udrede og behandle kræftpatienter. En gennemgang af tidligere og nuværende versioner viser, at koordineringen af den enkelte patients forløb er kommet mere og mere i fokus. Den første generelle ramme fra 2008 udstikker en række krav og principper for planlægningen af pakkeforløb, som man i hver enkelt af regionerne skal tage stilling til og tilpasse til lokale forhold. Her nævnes en **forløbsledelsesfunktion** i relation til den løbende koordinering og ledelsesmæssige forankring af pakkeforløbene, særligt skal der "sikres effektiv kommunikation og koordination imellem forskellige aktører herunder kontaktperson, multidisciplinært team og forløbsledelsesfunktionen" (49). Fokus er her på den overordnede koordinering af pakkeforløbene, og i mindre grad på det enkelte patientforløb. Efter en lettere revision af pakkeforløbene i 2009 kom beskrivelserne til at inkludere en præcision af, hvem der har **forløbsansvaret** på de forskellige trin i pakkeforløbet, f.eks. at ansvaret for forløbet ligger hos radiologen indtil patienten er udredt på radiologisk afdeling, og hvis patienten henvises til brystkirurgisk afdeling overgår forløbsansvaret for patienten hertil (50). Dette svarer overens med Den Danske Kvalitetsmodels krav i standard 3.12.3. om angivelse af en forløbsansvarlig.

Ved revisionen af pakkeforløbene i 2011 blev **forløbskoordinationsfunktionen** tilføjet jf. udmøntningsplanen for Kræftplan III. Funktionen retter sig mod koordineringen af det enkelte patientforløb, idet formålet er, "at sikre sammenhæng i pakkeforløbet og undgå unødigt ventetid".

I pakkeforløbsbeskrivelserne slås det fast, at for at sikre sammenhængende aktiviteter og kontinuitet bør funktionen være repræsenteret ved MDT-konferencer. Derudover lægges der op til, at forløbskoordinationsfunktionen aftales og udvikles lokalt, tilpasset de lokale forhold og under hensyntagen til allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner og deres organisering. Der åbnes op for, at forløbskoordinationsfunktionen kan varetages på mange måder, være placeret hos én eller flere personer, som kan varetage forløbskoordineringen i fællesskab eller successivt efter hinanden og være forankret i forskellige afdelinger, sygehuse eller sektorer. Det er et lokalt ledelsesansvar at sikre en beskrivelse af, hvordan forløbskoordinationsfunktionen udvikles, organiseres og forankres i de konkrete sammenhænge (51). Gældende retningslinjer angiver således ingen klar fælles definition af ansvarsområde og evalueringsmål for forløbskoordinationsfunktionen, som heller ikke adresseres eksplicit Den Danske Kvalitetsmodel.

3.2. Studier af forløbskoordinationsfunktionen på kræftområdet

Patientens oplevelse af koordinerede forløb

Kirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers har i 2008/09 gennemført en evaluering af pakkeforløbene for tarmkræft ud fra et patientperspektiv. Undersøgelsen inkluderer interview med 20 patienter, og overordnet er de særdeles tilfredse med, at forløbet er systematisk planlagt og går forholdsvis hurtigt. Afdelingens forløbskoordinator har en samtale med patienterne den første dag, hvor diagnosen er stillet og står efterfølgende til rådighed for at svare på spørgsmål og yde støtte. Patienterne har haft en positiv oplevelse af forløbskoordinatorens rolle, bl.a. vurderer de den psykiske støtte som værdifuld og oplever det betryggende at have en fast person at kunne henvende sig til (52).

Effekterne af forløbskoordination i kræftforløb

Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis ved Aarhus Universitet har i et ph.d. projekt fra 2012 analyseret effekterne af at anvende forløbskoordinatorer i kræftpatientforløb. Konklusionen på den randomiserede kontrolundersøgelse blandt kræftpatienter henholdsvis med og uden en forløbskoordinator var, at forløbskoordinationen forbedrede patienternes evalueringer af behandlingsforløbet, mens forløbskoordinationen ikke forbedrede HRQoL.⁴ En sammenligning af de to patientgruppers kontakt til almen praktiserende læge og lægevagten fandt, at forløbskoordinationsfunktionen ikke påvirkede patienternes antal af kontakter til almen praktiserende læge, men øgede antallet af kontakter til lægevagten. Baseret på en litteraturgennemgang konkluderes det i projektet, at effekten af at indføre forløbskoordinationsfunktionen generelt er dårligt belyst, idet der er gennemført få undersøgelser og konklusionerne langt fra er entydige.⁵ På den baggrund anbefales det, at der foretages yderligere undersøgelser for at måle effekten af forløbskoordinatorens arbejde med hensyn til klinisk kvalitet (funktionsevne, sygelighed mv.), procesmål (antal indlæggelser, brug af vagtlæge, utilsigtede hændelser mv.) samt patientrapporterede effekter (livskvalitet, fejl i forløbet mv.) (53).

⁴ HRQoL er den engelske forkortelse for "health-related quality of life". Det er et instrument, der bruges til at måle og identificere forskelle i befolkningssundhed.

⁵ En grundig litteratursøgning efter artikler, der omhandler Randomised Control Studies af 'case management' fandt kun 7 relevante artikler (Wulff 2012: 64).

Løsningsmodeller for forløbskoordination i sundhedsvæsenet (igangværende)

Organisatoriske problemstillinger og implikationer ved udvikling og etablering af forløbskoordination i det nordjyske sundhedsvæsen undersøges i et igangværende ph.d. projekt ved Aalborg Universitet (i samarbejde med Region Nordjylland og Kronikerenheden). Ph.d.-projektet undersøger den internationale, nationale og regionale baggrund for forløbskoordination som begreb og ser herefter funktionen i sammenhæng med den øvrige koordineringspraksis blandt sundhedspersonale i, og på tværs af, sektorer i sundhedsvæsenet. Projektet undersøger desuden hvilke ledelsestilgange, der bedst understøtter et øget fokus på koordination og samarbejde. Baggrunden for projektet er et ønske om at undersøge flere løsningsmodeller før en eventuel etablering af forløbskoordinationsfunktionen. Der foreligger endnu ingen konklusioner (54).

Ovennævnte nyligt afsluttede eller igangværende projekter søger at belyse, hvordan forløbskoordinationsfunktionen implementeres i praksis, hvordan den opfattes af patienterne og at skabe øget klarhed over de mest effektive modeller. En overordnet evaluering, og en egentlig udvikling af forløbskoordinationsfunktionen, udfordres af den eksisterende diversitet samt det faktum, at der ikke foreligger fælles retningslinjer, mål og visioner for, hvad man ønsker opnået med funktionen. Viden om og indsigt i hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes lokalt, er derfor et vigtigt skridt på vejen.

3.3. Temagruppens spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination

For at få viden om, og indsigt i, hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes lokalt, med særligt fokus på forhold relateret til kvalitet og sikkerhed i patientovergange, valgte temagruppen at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt forløbskoordinatorer på kræftområdet. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at generere ny viden og indsigt, der kan bidrage til fremtidige anbefalinger om forløbskoordination af kræftforløb og inspirere sygehusene og kliniske afdelinger i arbejdet med at styrke sikkerheden i patientovergange.

Metode og deltagelse

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i perioden medio juni 2012 til ultimo august 2012. Spørgeskemaet, der indeholder 75 spørgsmål om forløbskoordination, blev sendt elektronisk til 96 kliniske afdelinger, der varetager kræftudredning og/eller behandling i henhold til pakkeforløbene. Afdelinger og klinikker blev identificeret med udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses oversigt over alle behandlende kræftafdelinger i Danmark. Da der ikke findes nogen samlet oversigt over antallet af forløbskoordinatorer på landets sygehuse, blev spørgeskemaet sendt til afdelingsledelsen.⁶ Afdelingsledelsen blev bedt om at hjælpe med at videresende skemaet til forløbskoordinatorerne med henblik på, at hver enkelt forløbskoordinator udfyldte et skema. Fra 72 kliniske afdelinger blev 90 fuldt besvarede og 17 delvist besvarede spørgeskemaer returneret, dvs. at fra enkelte afdelinger blev der indsendt flere spørgeskemaer. De modtagne besvarelser

⁶ På spørgsmål stillet i Folketinget 20/10 2011 om antallet af forløbskoordinatorer på kræftafdelingerne svarer Minister for Sundhed og Forebyggelse på baggrund af tal indhentet fra regionerne, at der er ansat 35 i Region Nordjylland og 32½ i Region Hovedstaden. For de andre regioner er det ikke muligt at opgøre det præcise antal fuldtidsstillinger, idet der er et større antal personer, som løbende varetager forløbskoordination uden at have det som primært arbejdsområde.

dækker alle regioner og sygehuse på nær et. Af de resterende afdelinger var der 12, som ikke reagerede på henvendelsen, 10 der svarede, at de ingen forløbskoordinator har og 2, der ikke ønskede at deltage.

Spørgeskemaet indeholder både lukkede og åbne spørgsmål. Der er foretaget en kvantitativ analyse af svarene på de lukkede spørgsmål, og svarerne på de åbne spørgsmål er blevet gjort til genstand for henholdsvis kondensering og meningsanalyse. Det følgende afsnit er en kort opsummering af spørgeskemaundersøgelsens vigtigste konklusioner; som bilag til denne rapport er vedlagt et notat, der beskriver alle resultaterne.

Resultater

Uddannelse: Den største faggruppe blandt respondenterne er sygeplejersker med 62 %, herefter følger sekretærer og andet med 26 % og dernæst læger med 12 %.

Organisatoriske forhold: Af respondenterne er 74 % organisatorisk placeret på klinik eller afdelingsniveau, heraf flest på kirurgiske og dernæst på onkologiske afdelinger. Antallet af patienter i pakkeforløb som udredes og/eller behandles per uge spænder fra 3-5 til 300-400 afhængig af den kliniske afdelings type og størrelse. For knap halvdelen af de kliniske afdelinger gælder det, at kun én person er ansat som forløbskoordinator, mens 14 % angiver, at der ikke er nogen forløbskoordinator ansat i deres afdeling. Her er funktionen typisk lagt ind i eksisterende stillinger og varetages f. eks. af en læge eller sekretær. Der er stor spredning på andelen af arbejdstid, der bruges på forløbskoordination: 56 % bruger 75-100 % af deres arbejdstid, og resten bruger 25-50 %.

Væsentligste arbejdsopgaver: I relation til forløbskoordinationsfunktionen varetages: 1) Patientkontakt, 2) Planlægning og koordinering af patientforløb og MDT-konferencer, 3) Overvågning af forløbsstider, 4) Intern og ekstern kontaktfunktion og samarbejde, 5) Registrering og dokumentation samt 6) Vejledning og undervisning. Af forløbskoordinatorerne svarer 81 %, at de som regel eller altid har patientkontakt, og en stor del ser sig selv primært som kontaktperson og vejleder for patienterne.

Forskelle imellem afdelinger: De kliniske afdelingers specialisering har stor betydning for, hvorledes forløbskoordinationsfunktionen udmøntes, og hvilke opgaver forløbskoordinatoren varetager. Særligt tydelig er forskellen imellem udredende enheder, der modtager, udreder og opstarter nye patienter i pakkeforløb og behandlende enheder, der overvejende modtager patienter, som allerede er i et pakkeforløb (f.eks. onkologiske afdelinger). I udredende enheder har forløbskoordinatoren typisk kontakt til alle nyhenviste patienter og planlægger deres pakkeforløb, mens forløbskoordinatorerne i de behandlende enheder typisk kun har kontakt til de patienter, som oplever organisatoriske problemer i pakkeforløbet.

Overgange mellem afdelinger/sygehuse: Omkring 10 % af forløbskoordinatorerne angiver, at de følger patienten gennem hele pakkeforløbet på tværs af behandlende afdelinger og sygehuse. I langt de fleste tilfælde varetages forløbskoordinationsfunktionen sekventielt af forskellige fagpersoner igennem patientforløbet. I patientovergangen imellem afdelinger eller sygehuse tager forløbskoordinatorerne ofte personlig kontakt til den modtagende organisation for at indgå aftaler, der sikrer overdragelsen.

Vurdering vedr. patientsikkerhed: Blandt respondenterne vurderer 59 %, at funktionen har forbedret patientsikkerheden. De oplever bl.a. sikrere overgange mellem afdelinger og sygehuse pga. tættere samarbejde og/eller faste samarbejdsaftaler, hurtigere og mere sammenhængende patientforløb, bedre registrering og monitorering så fejl hurtigt opdages og rettes, bedre information og vejledning af patienter og bedre kommunikation og tværfagligt samarbejde internt og eksternt.

Oplevede barrierer: Respondenterne beskriver en række oplevede organisatoriske barrierer, bl.a. flaskehalse skabt af begrænset ambulant kapacitet, udfordringer i det eksterne samarbejde og problemer med monitorerings- og journaliseringssystemerne.

3.4. Temagruppens vurderinger og anbefalinger

Hurtigere og bedre planlagte patientforløb er en målsætning, der har stået højt på den politiske dagsorden, ikke mindst på kræftområdet. Gennemgangen af de nationale aftaler og udmeldinger viser, at der optræder en række forskellige funktionsbetegnelser, bl.a. kontaktperson, forløbsledelsesfunktion, forløbsansvarlig og forløbskoordinationsfunktion, som alle relaterer sig til koordination af komplekse patientforløb. Funktionsbetegnelserne minder om hinanden men er knyttet til forskellige organisatoriske niveauer, arbejdsopgaver og ansvarsområder med risiko for, at der skabes uklarhed i relation til implementeringen. Temagruppen finder det relevant, at der tilvejebringes en enkelthed på området, som målrettet tilgodeser behovet for faglig kommunikation og forløbskoordination i kræftforløb, og at monitorering tilpasses herefter.

Som et middel til at sikre bedre koordinering af kræftpatienters ofte komplekse udrednings- og behandlingsforløb, er en obligatorisk forløbskoordinationsfunktion blevet indført. Udmøntningsplanen for Kræftplan III og pakkeforløbsbeskrivelserne introducerer forløbskoordinationsfunktionen under hensyntagen til lokale forhold og allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner. Det betyder, at forløbskoordinationsfunktionen er organiseret forskelligt ud fra lokale hensyn og behov, og at den er udviklet over en periode med udgangspunkt i eksisterende funktioner. Nogle sygehuse har oprettet nye fuldtidsstillinger og/eller deltidstillinger, og andre har frikøbt timer hos eksisterende medarbejdere. Status er altså, som Sundhedsstyrelsen også konkluderer i sit faglige oplæg til Kræftplan III, at der mangler overblik over de lokale løsningsmodeller for forløbskoordinationsfunktionen, og effekterne af at indføre funktionen er sparsomt dokumenterede.

Der findes enkelte afsluttede eller igangværende projekter, der søger at belyse erfaringerne med forløbskoordination i forhold til koordinering af kræftpakkeforløb. Eksisterende studier med et patientperspektiv viser, at de overvejende oplever det betryggende at have en forløbskoordinator, som de kan kontakte. Dog giver den foreliggende viden ikke noget entydigt billede af de forskellige koordinationsformers effekter for patientsikkerheden i overgangssituationer.

Temagruppens spørgeskemaundersøgelse viser overordnet stor enighed blandt forløbskoordinatorerne om, at deres funktionen har gjort, og til stadighed gør, en positiv forskel for koordineringen af kræftpakkeforløbene. Især fremhæves tidsperspektivet, dvs. hurtigere forløb med mindre unødigt ventetid, men også øget og bedre tværfagligt samarbejde. Samtidig identificerer undersøgelsen en række barrierer og faktorer, som bør adres-

seres for at forløbskoordinationsfunktionens potentiale for at fremme patientsikkerhed i overgange udnyttes til fulde. Bl.a. risikoen for at funktionen bliver et 'ekstra led', som komplicerer rettere end forenkler patientforløbene, hvis der ikke foreligger en tydelig ansvars- og kompetencefordeling imellem fagpersonerne på de enkelte afdelinger.

De anbefalinger der er udledt af spørgeskemaundersøgelsen bevæger sig ind på det organisatoriske og driftsmæssige område omkring forløbskoordinationsfunktionen. De tager udgangspunkt i forløbskoordinatorernes egne beskrivelser, vurderinger og forslag. Anbefalingerne kan forhåbentlig inspirere Danske Regioner og andre der arbejder med videreudviklingen af forløbskoordinationsfunktionen indenfor såvel kræft som andre sygdomsområder.

Anbefalinger på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen

Blandt respondenterne er der knap 30 %, som ikke har eller ikke ved, om de har en funktionsbeskrivelse. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at en manglende beskrivelse af arbejdets formål kan give anledning til uklarheder i forhold til prioriteringen af arbejdsopgaver. Typisk kommer opstart af nye patienter, administrative opgaver og ad hoc løsninger på akutte problemer til at dominere, og arbejdet med at monitorere igangværende patientforløb, kvalitetsudvikling og optimering af arbejdsgange falder i baggrunden. Funktionen har potentiale til at bidrage til øget kvalitet og patientsikkerhed; dette udnyttes bedst, når der er klart definerede og prioriterede opgaver og målsætninger. Temagruppen anbefaler derfor, at:

- Forløbskoordinatorens koordinerende og organisatoriske opgaver klart defineres under hensyntagen til deres opgavevaretagelse i kræftforløbet og i relevant omfang harmoniseres på tværs af afdelinger og sygehuse.

Litteraturen viser, at en væsentlig del af kræftpatienterne *ikke* følger de tilrettelagte trin, men så at sige kommer "skævt" ind i pakkeforløbet. Det gælder f.eks. patienter med recidiv, med komorbiditet eller patienter, der allerede er indlagt i anden anledning, og hvor der tilfældigt opdages tegn på kræft. Forløbskoordinatorerne i undersøgelsen oplever, at koordineringen og monitoreringen af de såkaldte "skæve" eller afvigende patientforløb udgør en særlig udfordring, der kræver øget organisatorisk bevågenhed. Derfor opfordrer temagruppen til, at:

- Det konkrete patientforløb tilrettelægges i samarbejde mellem den behandlingsansvarlige læge(team) og forløbskoordinatoren, herunder at der rettes særlig opmærksomhed mod patienter, hvis forløb afviger fra de i pakkeforløbene fastlagte trin.

Flere respondenter oplever, at de eksisterende elektroniske systemer ikke er egnet til at monitorere eller følge patientforløb, der går på tværs af afdelinger og sygehuse, bl.a. fordi centrale oplysninger mangler. For at forbedre monitoreringen af patientforløb opfordrer temagruppen til, at:

- Der sikres it-understøttelse af den forløbskoordinerende monitorering af det enkelte patientforløb.

Undersøgelsen viser, at telefonisk kontakt med eksterne samarbejdspartnere, herunder forløbskoordinatorer i andre afdelinger, er et vigtigt redskab i arbejdet med at sikre patientovergangene og koordinere forløb. Dette forudsætter, at oplysningerne om hvem der er forløbskoordinator i en given afdeling er tilgængelige, hvilket langt fra er tilfældet. Derfor foreslår temagruppen, at:

- En opdateret oversigt med oplysninger om navn og kontaktdata på forløbskoordinatorer på afdelinger og sygehuse gøres tilgængelige på eksempelvis regionernes hjemmeside for at øge gennemsækeligheden for patienterne og eksterne personer.

4. Håndtering af prøvesvar, henvisninger og journalnotater

Temagruppen har valgt at sætte fokus på håndtering af prøvesvar, henvisninger og journalnotater ud fra den fælles erkendelse af, at dette er centrale indsatsområder i arbejdet for forbedret patientsikkerhed. Antallet af kræftpatienter, der tilbydes behandling er kraftigt stigende, hvilket betyder et større antal undersøgelser og behandlingsforløb og dermed øget patientdata. Denne udvikling stiller øgede krav til planlægning og logistik i forhold til patientforløb og håndtering af den voksende datamængde. I dette kapitel fremlægges først det overordnede styringsgrundlag og foreliggende aftaler, der berører henvisninger og prøver. Dernæst resumeres udvalgte danske projekter, der søger at opbygge it-systemer, som understøtter informationsoverførsler i udredning, diagnostik og behandling. Slutteligt præsenteres sporingsteknologier og talekendelse som metoder til at opnå sikre informationsoverførsler og tidstro patientjournaler inden for sundhedsvæsenet.

Kapitlets hovedpunkter

- Mangelfuld eller forkert håndtering af prøvesvar, henvisninger og journalnotater udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, og er en af de hyppigste årsager til forsinkede eller afbrudte patientforløb.
- Der foreligger vejledninger og aftaler omkring rettidig reaktion på prøvesvar og undersøgelsesresultater, men den foreliggende viden viser, at fejl som oftest sker som følge af brist i kommunikation og uklar ansvarsplacering særligt i patientovergange.
- Der præsenteres nogle igangværende projekter, der søger at udvikle nye teknologiske redskaber, som kan understøtte arbejdet med at sikre patientovergangene og øge sikkerheden. F.eks. en it-løsning, der tydeligt markerer udestående prøvesvar i journalsystemet hos den praktiserende læge og speciallægepraksis. Dette er et redskab til at sikre rettidig reaktion på prøvesvar, men patientsikkerheden afhænger dog fortsat af, at lægen handler på denne information med fagligt adækvat og rettidig omhu.

4.1. Informationshåndtering og patientsikkerhedsproblemer

Eksisterende undersøgelser beskrevet i kapitel 2 viser, at sundhedsvæsenet mangler ensartede arbejdsgange, der sikrer, at vigtig information om patienten ikke forsinkes eller går tabt og derved påvirker patientens udrednings- og behandlingsforløb. Samtidig giver den løbende teknologiske udvikling nye muligheder for at udvikle arbejdsgange og gøre håndteringen af patientinformation mere sikker og mere effektiv. En række systemrelaterede fejl beskrives af kræftpatienterne i Barometerundersøgelsen. Disse er primært relateret til henvisninger, håndtering af prøvesvar og patientjournaler. Herunder manglende ansvarsplacering ved opfølgning på prøvesvar, uklar ansvarsoverdragelse ved sygdom og i ferieperioder, journaler med forkerte eller mangelfulde oplysninger samt manglende videregivelse af faglig information om patientens sygdom.

Problemstillingen om manglende opfølgning på undersøgelses- og prøveresultater er beskrevet i en temarapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2007. Rapporten analyserer tal fra 2005, hvor der blev rapporteret 145 utilsigtede hændelser vedr. blod- og vævsprøver

samt billeddiagnostiske undersøgelser. Af de beskrevne utilsigtede hændelser omhandler mere end halvdelen modtagne prøvesvar, som den kliniske afdeling ikke reagerede på, fordi prøvesvaret ikke blev set. Analysen viser, at der er en særlig risiko for at dette sker, hvis patienten er overflyttet til en anden afdeling, inden svaret foreligger (55).

Temagruppens egen analyse af de overgangsspecifikke hændelser rapporteret til DPSD beskrevet i kapitel 2, viser samme billede. Her udgjorde forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar samt henvisninger ca. 45 % af de rapporterede hændelser, mens forsinkede eller manglende journalnotater udgjorde knap 20 %. Hændelserne er mangelgørende og har alle potentiale til at blive meget alvorlige for patienterne, nogle kan endda være livstruende.

Rettidig og faglig adækvat håndtering af prøvesvar, henvisninger og journalnotater er et centralt område i sundhedsvæsenets arbejde, og der foreligger en række vejledninger og aftaler, som regulerer det.

4.2. Vejledninger og aftaler om prøver, henvisninger og journalnotater

Prøver

Vejledning

I 2011 offentliggjorde Indenrigs- og Sundhedsministeriet en vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, der skal sikre en ensartet og høj patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Vejledningen fastlægger ansvarsfordelingen mellem de involverede sundhedspersoner og præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som sundhedspersoner ifølge autorisationsloven skal udvise. I vejledningen står, at:

- På sygehusafdelinger har afdelingsledelsen ansvar for, at der foreligger nødvendige lokale, skriftlige instrukser om ansvars- og kompetence fordelingen mellem de involverede sundhedspersoner ved håndtering af parakliniske undersøgelser
- I primærsektoren har den enkelte sundhedsperson ansvaret for, at der foreligger de nødvendige instrukser. Eksempelvis er det i almen praksis den praktiserende læge, der har ansvaret for, at der foreligger lokale instrukser for håndtering af parakliniske undersøgelser

Samtidig præciseres, at:

- Instruksen skal omfatte en beskrivelse af, **hvordan det sikres, at der er modtaget rettidig svar på ordinerede undersøgelser**, at der foreligger en rykkerprocedure ved manglende svar samt hvilken sundhedsperson, der har ansvaret for at rykke for et evt. manglende prøvesvar (punkt 5.1.2.C.)
- **Lægen skal lave en instruks, der tager højde for, hvordan man håndterer feriesituationer mv.**, for på den måde at undgå, at der i ferieperioder ikke bliver fuldt op på abnormale prøvesvar (punkt 5.1.2.D.1.)
- **Patienten skal informeres om undersøgelsesresultatet rettidigt.** Herunder skal det fremgå, hvordan patienten bliver rettidigt informeret og hvilken sundhedsperson, der har ansvaret for at informere patienten (punkt 5.1.2.E.) (56)

Den Danske Kvalitetsmodel

I Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse stilles der i både version 1 og 2 krav om, at der følges op på modtagne svar på prøver og undersøgelser (standard 2.8.6). Herunder at patienterne sikres hurtig og effektiv behandling, så ingen patienter lider skade eller påføres unødvendig ulempe som følge af manglende rettidig reaktion på undersøgelsesresultater. I version 2 angives endvidere, at retningslinjerne for afgivelse og modtagelse af prøvesvar skal tilpasses den enkelte afdeling. Standarden kontrolleres via to indikatorer. Indikator 1 skal sikre, at der foreligger retningslinjer for afgivelse af svar på prøver og undersøgelser, og at disse som minimum beskriver:

- a) Indhold af svar på prøver og undersøgelser
- b) Tidskrav for svartider og dokumentation af disse
- c) Måden, hvorpå afgivelse af svar dokumenteres
- d) Måden, hvorpå det sikres, at svar sendes til en modtager, som har ansvaret for at reagere på resultatet
- e) Den diagnostiske afdelings fremgangsmåde ved et resultat, der er afvigende i en sådan grad, at det kræver akut indsats

Indikator 2 skal sikre, at der foreligger retningslinjer for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser, og at disse som minimum beskriver:

- a) Rutiner, der sikrer, at prøvesvar ses rettidigt af en modtager, som har ansvaret for at reagere på resultatet
- b) Måden, hvorpå der kvitteres for modtagelse af svar
- c) Måden, hvorpå det sikres, at patienten modtager information om svar
- d) Den modtagende afdelings fremgangsmåde ved et resultat, der er afvigende i en sådan grad, at det kræver akut indsats
- e) Måden, hvorpå der i det enkelte patientforløb sikres overblik over prøver og undersøgelser, der er rekvireret, men hvor der endnu ikke foreligger svar (47;48)

I foråret 2012 blev en pilottestversion af Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis testet. Her fremgår det af standard 3.3, at klinikken skal have en procedure for:

- a) Rekvirering af diagnostiske undersøgelser uden for klinikken ud fra retningslinjer udstykket fra analyserende enheder
- b) Gennemførelse af egne laboratorieprøver ud fra eksempelvis manualer, retningslinjer e.l. fra leverandører
- c) Sikker identifikation af patient og prøve
- d) Udtagelse, forsvarlig opbevaring, transport og videregivelse af diagnostisk materiale
- e) Modtagelse og opfølgning på prøvesvar og undersøgelser
- f) Deltagelse i regionale laboratorie kvalitetssikringsordninger (LKO) i det omfang de findes (57)

Henvisninger

Den Danske Kvalitetsmodel

I version 1 af Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse foreligger ingen standard vedr. henvisninger. I version 2 stilles i standard 2.4.1 krav om, at:

- a) Patienten henvises til relevant behandling og undersøgelse
- b) At henvisningen understøtter undersøgelse, behandling og pleje
- c) At henvisningen medvirker til et veltilrettelagt patientforløb

I standarden specificeres, at det skal sikres, at der foreligger retningslinjer for indholdet af henvisninger af såvel akutte som selektivt henviste patienter til sygehusets ydelser, herunder at disse retningslinjer bør udarbejdes i et samarbejde mellem de involverede parter og kan med fordel udarbejdes regionalt (48).

I den pilottestede version for almen praksis fremgår det af standard 1.3, at klinikken skal sikre, at indholdet af henvisninger er relevante og fyldestgørende. Standarden skal sikre, at henvisningen understøtter undersøgelse, behandling og pleje, og at henvisningen medvirker til et veltilrettelagt patientforløb. Det angives i standarden, at hvor der foreligger retningslinjer for henvisning aftalt med den instans, der henvises til, opfyldes disse. I øvrigt skal henvisningen omfatte (hvor relevant):

- a) Stamdata og evt. værge
- b) Henvisningsdiagnose/problemstillinger og bidiagnoser (herunder formål med henvisning, kort anamnese med beskrivelse af objektive fund og relevante undersøgelsesresultater, eventuelle ønsker om prioritering på venteliste og den henvisendes samlede vurdering)
- c) Aktuell medicin inkl. dosisdispensering
- d) Relevante allergier
- e) Information givet til patienten
- f) Relevante sociale forhold, herunder behov for tolkebistand og handicaps (57)

Journalnotater

Bekendtgørelse om patientjournaler og Sundhedsloven

Læger og andet autoriseret sundhedspersonale er ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om patientjournaler forpligtet til at føre journal. Der skal føres journal for hver patient, og journalen skal indeholde oplysninger om bl.a. patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling, hvilken information der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Det fremgår endvidere af bekendtgørelsen, at journalføringen skal være adækvat, og patientjournalen skal bl.a. fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten og være med til at **sikre kontinuitet i behandlingen**. Samtidig præciseres det, at **journalføringen skal ske i forbindelse med, eller snarest muligt efter, patientkontakten** (58).

I Sundhedslovens § 16 står, at patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og behandlingsmuligheder. Endvidere at disse informationer skal være fyldestgørende, forståelige og individuelt tilpasset (59).

Samtidig fremskriver Sundhedslovens § 17, at patienten har ret til aktindsigt i egne patientjournaler. Retten omfatter hele journalen, herunder lægeerklæringer, røntgenbilleder/beskrivelser samt resultat af undersøgelses- og behandlingsforløb. Retten til aktindsigt omfatter også de ikke-optegnelsespligtige oplysninger, som måtte indgå i journalen samt eventuel brevveksling med f.eks. andre myndigheder eller pårørende, der er tilført journalen som bilag. Anmodning om aktindsigt i en patientjournal fortolkes i praksis som en anmodning om aktindsigt i den lægelige journal, og der gives således kun aktindsigt i sygeplejeoptegnelser, såfremt der specifikt anmodes om dette (60).

Elektronisk adgang til journaloplysninger kan i dag fås via den såkaldte e-journal, der er tilgængelig via www.sundhed.dk. Via e-journalen kan borgere, praktiserende læger og sundhedspersoner på tværs af hospitaler og lægepraksis se klinisk relevante data om bl.a. behandlinger og undersøgelsesresultater fra de offentlige hospitaler i Danmark, hvis behandlingen har fundet sted inden for de sidste 10 år.⁷ E-journalen udgør ikke den fulde journal, men giver principielt adgang til oplysninger om diagnoser, lægenotater, skadesbreve, epikriser og udvalgte administrative oplysninger fra behandling(er) på de fleste offentlige hospitaler. Regionerne har valgt at sætte en 14 dages begrænsning på patientens adgang til egne data, mens sundhedsprofessionelle har umiddelbar adgang. Begrundelsen herfor er, at patienten ikke bør læse noget, patienten ikke er mundtligt informeret om af lægen (61).

Der er pt. planer om at udvikle e-journalen til det, der kaldes Sundhedsjournalen. Planen er at øge indholdet af oplysninger i journalen, herunder supplere oplysningerne i e-journalen med medicinoplysninger, laboratoriesvar, billeddiagnostiske oplysninger, oplysninger om allergier, vaccinationer og noter fra praktiserende læge. Sundhedsjournalen forventes at blive implementeret ultimo 2013.

Den Danske Kvalitetsmodel

I Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse stilles i både version 1 og 2 krav om, at alle patienter har en patientjournal, der er ajourført og lettilgængelig, og som indeholder alle relevante data om patienten (standard 1.3.2). Standarden skal sikre, at patientjournalen:

- a) Indeholder de elementer, der fremgår af lovgivningen
- b) Understøtter den kliniske proces
- c) **Fremmer kontinuiteten i patientforløbet**

Herunder skal retningslinjerne i standardens indikator 1 beskrive **tidsramme for ajourføring** af journalen (47;48).

Denne gennemgang af gældende love, vejledninger og aftaler vedr. prøver, henvisninger og journalnotater viser, at en klar placering af ansvar samt rettidig reaktion, information og journalføring er centrale krav til sundhedsvæsenet.

Ministeriets vejledning om håndtering af parakliniske prøver vil sikre, at både primær- og sekundær sektor har en klar placering af ansvar for den rettidige reaktion på prøvesvar, herunder information til patienten. Med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel kræves samtidig, at både sygehuse og almen praksis har placeret et ansvar for opfølgning på prøvesvar og undersøgelsesresultater. Når det gælder henvisninger, er situationen imidlertid anderledes. Her foreligger ingen vejledning fra ministeriet omkring håndtering og reaktion på henvisninger, og samtidig fokuseres der i Den Danske Kvalitetsmodel, for både sygehuse og almen praksis, på indholdet i henvisninger, mens der ikke stilles krav til rettidig reaktion på disse. Slutteligt beskrives både i ministeriets bekendtgørelse om patientjournal og Den Danske Kvalitetsmodel, at en ajourført patientjournal fremmer kontinuiteten i patientforløb, mens der i Den Danske Kvalitetsmodel stilles krav til, at det enkelte sygehus beskriver tidsrammen for ajourføring af patientjournaler.

⁷ Borgere har adgang til diagnoser og behandlinger for hele perioden, mens notater og undersøgelsesresultater kun vises fra 1.10.2008 (Region Hovedstaden), 1.12.2009 (Region Sjælland), 1.9.2009 (Region Syddanmark og Region Midtjylland) og 15.3.2010 (Region Nordjylland).

De gældende vejledninger og standarder præciserer ikke noget omkring ansvarsplacering for journalføringen, men udelukkende om tidsfaktoren i ajourføringen og tilgængeligheden af patientjournalerne.

4.3. Udvikling af elektroniske redskaber

Den teknologiske udvikling bidrager til udviklingen af sundhedssektoren indenfor en bred vifte af områder. Der er flere interessante projekter i gang, som søger at udvikle elektroniske redskaber og systemer, der kan øge patientsikkerheden i relation til modtagelse af, og kvittering for, prøvesvar.

Mobile Blodprøvesvar

I samarbejde med DTU Management og Bispebjerg Hospital godkendte og igangsatte Region Hovedstadens Center for Sundhedsinnovation i december 2011 et projekt med det formål, at minimere utilsigtede hændelser ved overdragelse af prøvesvardata digitalt og mobilt til rette vedkommende. Endvidere var formålet at minimere klinikers tidsspilde ved manuel gentagen indhentning af prøvesvardata og demonstrere øget patientsikkerhed. Med udgangspunkt i observationsstudier, arbejdsgangsanalyser, workshops med idégenerering samt simulationer er der udviklet et nyt softwareprogram, der skal give klinikerne det fornødne mobile overblik over indkomne prøvesvar. Prototypen er testet af flere læger og i forskellige scenarier og vil afhængig af finansieringen blive implementeret og testet i drift på Bispebjerg Hospital. På sigt er det visionen, at mobilteknologien udviklet i 'Mobile Blodprøvesvar' kan anvendes på alle kliniske afdelinger i regionens hospitaler og senere hen på nationalt plan til gavn for patientsikkerheden og klinikernes arbejdsmiljø (62).

Tilbagesvar på parakliniske undersøgelser i lægepraksis

En tværfaglig arbejdsgruppe er i september 2012 nedsat med det formål at udvikle en it-løsning for læge- og speciallægepraksis, der udnytter al eksisterende elektronisk laboratoriekommunikation. Målet er, at der i lægens journalsystem på en let og overskuelig måde automatisk markeres udestående prøvesvar og opfølgning på disse, herunder også modtagelse af røntgensvar samt håndtering af udeblivelse fra faste kontroller. Udviklingsprojektet ledes af MedCom og gennemføres i et samarbejde mellem PLO, FAPS, Danske Regioner, DSAM, Lægesystemerne gennem PL-forum og de relevante laboratoriefaglige og røntgendiagnostiske specialer samt laboratoriesystemleverandører. Projektets resultat vil bestå af en idéindsamling og udarbejdelse af løsningsforslag samt teknisk justering af de eksisterende systemer og skal forelægges Det Fælles Samarbejdsudvalg for IT i Lægepraksis.

Fælles Kroniker Data

I 2012 er forberedelser til et pilotprojekt, der skal undersøge mulighederne for at inkludere kræftpatienter i det eksisterende Fælles Kroniker Datasæt, opstartet. Det Fælles Kroniker Datasæt omfatter en række kroniske sygdomme herunder KOL, Diabetes 2, hjertekarsygdom og muskelskeletsygdomme. Pilotprojektet skal udføres i et samarbejde mellem MedCom og Kræftens Bekæmpelse og sigter mod at undersøge, hvorvidt en generisk model for kræftområdet er velegnet og anvendelig, eller i hvilket omfang diagnose-specifikke modifikationer er nødvendige. På længere sigt er forhåbningen at kunne etablere en MedCom-baseret kommunikationsplatform, der imødegår de hidtidige problemer

med hensyn til kommunikation generelt og kommunikation i forbindelse med sektorovergange for alle kræftpatienter. Samtidig vil det give patienterne adgang til egne data og sikre, at disse data er opdaterede og lettilgængelige via en sikker forbindelse.

Ovennævnte projekter søger igennem udviklingen af elektroniske redskaber at forbedre mulighederne for at følge en ordinations "gang i systemet", at forbedre sikkerheden omkring modtagelse af, og kvittering for, svar og dermed løse en række af de eksisterende problemer knyttet til prøver og henvisninger. F.eks. vil det være muligt, at der i de elektroniske systemer indbygges advarselssignaler for afvigende prøvesvar. Systemerne kan forbedre patientens såvel som sundhedspersoners mulighed for at følge med i, og skabe sig et overblik over, det overordnede forløb samt delydelser i forbindelse med udredning, diagnostik og behandling.

4.4. Sporingsteknologier i sundhedsvæsenet

Ét af de redskaber, der kan understøtte patientens og sundhedspersonalets overblik over både forløb og delydelser, er systemer, der muliggør elektronisk sporing. Igennem sporingsteknologier genereres information om en proces eller en fysisk genstands *identitet* og placering i *tid* og *sted*. Det er således et middel til eksempelvis at se, hvor langt en ydelse er kommet i det planlagte forløb. Sporingsteknologi er et område i rivende udvikling, og teknologien ses anvendt i mange sammenhænge i vores dagligdag, herunder eksempelvis i forbindelse med sporing af genstande som f.eks. postforsendelser, kufferter, cykler og elektronisk udstyr. Inden for sundhedsvæsenet kan følgende teknologier benyttes:

- *Automatic Identification and Data Capture*: Kendetegnet ved en punktsporing og baseret på teknologier som strekkoder og RFID (Radio Frequency Identification), hvor f.eks. blodprøvens placering i tid og sted bliver registeret, når prøven bliver scannet undervejs i forløbet.
- *Real-Time Locating System*: Baserer sig på f. eks. Wi-Fi og GPS teknologi og giver et præcist billede af hvor f.eks. cytostatikaet befinder sig i produktionsforløbet, således at man kan få sikkerhed for at lægemidlet er til stede, når patienten har brug for det.
- *Wireless Sensor Network*: Baseret på måleredskaber, der udveksler informationer mellem hinanden og formidler disse til centrale opsamlingsenheder f.eks. patientens smartphone, oversigtstavler på afdelingen eller den elektroniske journal.

Alle typer sporingsteknologier vil kunne understøtte automatiseret dataopsamling og rummer potentiale til at kunne sammenholde information og give beslutningsstøtte til såvel behandlere som patienter. Områder og situationer hvor sporingsteknologien med fordel kan indføres er således mange og varierede.

Brug af sporingsteknologi

Region Midtjylland har i samarbejde med Systemtic identificeret 40 situationer, hvor sporing kan have betydning for kvalitet, sikkerhed, brugertilfredshed og ressourceforbrug. Nedenstående tabel 2 præsenterer nogle af de områder nævnt i rapporten, hvor sporingsteknologien kan have betydning for kræftpatienter.

Tabel 2: Sporingsteknologier med betydning for kræftpatienter

Overskrift	Situation	Løsning med automatisk sporing/identifikation
Cytostatika-behandling	Cytostatika produceres til den enkelte patient, det tager tid at producere og har ofte kun få timers holdbarhed. Behandlingsforløb for dagpatienter i cytotatikabehandling skal derfor koordineres nøje. Desuden er det afgørende, at medikamentet ikke forsinkes i leverancen.	Når medikamentet er produceret påmonteres en id-brik som angiver dets position. Modtageren kan derfor følge med i leverancen, indkalde patienten på det rette tidspunkt og hurtigt agere hvis medikamentet ikke ankommer som forventet.
Identifikation af genstand	En fysisk genstand skal identificeres overfor et IT-system. F.eks.: - Finde ud af hvor udstyr hører til. - Finde ud af hvornår seng skal rengøres. - Finde beskrivelse af medikament. - Finde brugervejledning til apparat.	Personalet skanner stregkode, RFID-tag e.l. som overføres til systemet. Systemet slår genstanden op og viser den relevante information.
Sporing af patientforløb	Når patienten gennemgår en behandling er der en del informationer vedr. patientens status og placering, der skrives i patients journal og/eller vises på bookingoversigtsskærme. Eksempelvis patientforløb fra sengeafsnit, periorperation, operation, og tilbage til sengeafsnit.	Det spores i hvilke rum patienten befinder sig. Tidspunkter for hvornår patienten skifter rum kombineret med de enkelte rums anvendelse kan bruges til opdatering af journalen. Hvorvidt dette skal ske fuldautomatisk baseret på patients position eller patientens position blot skal vises, eksempelvis på stor-skærm, er uafklaret. Informationen anvendes også til nemt at finde patienten (f.eks. portører).
Uddeling af medicin	Dagsdosis af medicin til en patient pakkes af en medicinrobot. Ved uddeling skannes stregkoder på medicin og patient, og det verificeres i EPJ, at den aktuelle medicin er korrekt ordineret til den pågældende patient. Det er ret svært at scanne medicinen, idet hver lille pose skal vende rigtigt ifht. stregkodelæseren.	Poserne mærkes med RFID-brikker i stedet for stregkoder og skannes uden, at man behøver at stå og vende og dreje hver enkelt pose. Dermed sparer personalet en del tid.
Sporing af blodpræparater	Der er manglende overblik over udleveret blod.	Blodposer påføres en id-brik, således at de kan følges og nemt kontrolleres igennem hele processen.

Oversigten viser, at der er mange situationer og arbejdsgange i sundhedsvæsenet, hvor sporingsteknologi har potentiale til at øge patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen.

Sporing i patientens perspektiv

Igennem elektroniske sporingssystemer genereres en række informationer, der kan stilles til rådighed for patienterne. På den ene side vil det give patienterne og deres pårørende mulighed for at følge med i de specifikke arbejdsgange og dermed opdage, hvis der opstår forsinkelser i patientforløbet. På den anden side er det vigtigt at tage hensyn til variationen i patientgruppen og disses forskellighed i behovet for detaljekendskab. Herunder overveje, hvordan informationerne skal præsenteres for patienterne.

4.5. Talegenkendelse og tidstro journaler

Præcise, ajourførte og tilgængelige patientjournaler er centrale for arbejdet med at optimere de ofte komplicerede kræftforløb. En metode til at forebygge, at forsinkede notater influerer udrednings- og behandlingsforløbene er talegenkendelse, som betyder, at lægens diktater kommer direkte ind i patientjournalen, og sekretærens arbejde med renskrivning falder bort. Resultatet er en tidstro journal, hvor alle klinikere, der er involveret i behandling og pleje af patienten, har adgang til de samme notater samtidig.

Erfaringer med talegengivelse

Et velbeskrevet implementeringsprojekt stammer fra Vejle og Give Sygehus, der i perioden 1. januar 2005 til 1. november 2006 indførte et talegenkendelsessystem (herefter TKG) integreret i sygehusets elektroniske patientjournal. Systemet blev implementeret på 7 kliniske afdelinger og blev anvendt af 240 brugere. Formålet var at forbedre den daglige arbejdsrutine på sygehuset ved at effektivisere arbejdet med at håndtere patientdata. Med det elektroniske talegengivelsessystem udføres journalskrivningen i én sammenhængende arbejdsgang, hvor kun lægen selv er involveret. Det nedsætter arbejdstiden med journalnotater væsentligt fra det tidspunkt, hvor det dikteres, til det er godkendt og tilgængeligt i den elektroniske patientjournal for andre klinikere, der er involveret i behandling og pleje af patienten. Projektets delmål var følgende:

- Hurtigere adgang til journalnotater
- Ingen ophobning af journalnotater
- Højere kvalitet i journalnotater
- Høj genkendelse af lægens diktat
- Tidsbesparelse i forbindelse med registrering af patientdokumentation

Resultater:

Projektet viste, at læger, der arbejder inden for et afgrænset speciale med den samme type af patienter og dermed samme ordvalg, opnår den bedste genkendelse. De bruger således mindre tid til korrekturlæsning og opnår den største gevinst ved at bruge talegengivelsessystemet.

Generelt bruger lægerne mere tid på journalføring med TKG, men den helt store gevinst ved TKG er, at journalnotaterne er tilgængelige for alle straks efter dikteringen. Det er til fordel for alle, der er involveret i pleje og behandling af patienten. Heri kan ligge en tidsbesparelse i forhold til f.eks. færre telefonopkald, hurtigere adgang til relevant data osv. samt en sikkerhed i, at notaterne er momentant tilgængelige og godkendt af lægen.

I projektet blev benyttet første generation/version 1 af TGK, og tilbagemeldinger fra brugerne viser, at der er behov for udvikling og forbedring på forskellige områder, specielt med hensyn til genkendelseshastighed og tidsforbrug til korrekturlæsning. De vigtigste erfaringer fra implementeringsprojektet er:

- *Tidsforbrug:* Det skal gøres klart fra starten, at lægerne/brugerne kan forvente at komme til at bruge ekstra tid på TGK i forbindelse med korrekturlæsningen, så det ikke kommer som en ubehagelig overraskelse i forbindelse med ibrugtagning af systemet.
- *Fokus på gevinster:* Det er vigtigt, at der hele tiden fokuseres på, hvilke gevinster der opnås med TGK, som kan opveje det øgede tidsforbrug nogle læger/brugere vil opleve. TGK skal ses i en større sammenhæng og ikke kun ud fra den dikterende brugers perspektiv.
- *Ændringer af kultur:* Vær opmærksom på, at TGK ændrer på den hidtidige måde at håndtere journalnotater på, hvor lægen dikterer et diktat, som transskriberes af en sekretær. Det er en gammel tradition, der ændres på, og nogle læger mener, at de nu skal udføre sekretærarbejde. Man kan derfor med fordel finde opgaver, der kan flyttes fra lægerne til sekretærgruppen som aflastning/kompensation for TGK-arbejdet.

Det fremgår af projektet på Vejle og Give Sygehus, at man ved anvendelse af talegenkendelse sikrer, at journalnotater altid er hurtigt tilgængelige, og systemet kan således medvirke til, at undgå problemer skabt af forsinkede journalnotater og sikre ajourførte tidstro journaler.

4.6. Temagruppens vurderinger og anbefalinger

Gennemgangen af den foreliggende viden viser, at de hyppigste årsager til forsinkede eller afbrudte patientforløb er manglende eller forsinket opfølgning på prøvesvar som følge af brist i kommunikation og uklar ansvarsplacering særligt i overgange. Temagruppen anbefaler derfor, at:

- Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser specificerer, at:
 - Ansvar for at sikre korrekt og rettidig afsendelse og modtagelse af prøvesvar og undersøgelsesresultater påhviler rekvirenten.
 - Den diagnostiker, der erkender et uventet cancerfund, sikrer, at denne viden formidles umiddelbart, og at beskeden modtages af behandlingsansvarlige læge. Endvidere at uventede fund tydeligt fremgår som det første i beskrivelsen til stamafdelingen, og ikke nederst som er gældende praksis.

Manglende eller forsinket opfølgning på prøvesvar og undersøgelsesresultater sker trods eksisterende vejledninger og viser, at forebyggelsen af sådanne fejl overvejende beror på ændringer i sundhedspersonernes handlinger, muligvis hjulpet på vej af nye teknologiske redskaber. Patientsikkerheden afhænger dog fortsat af, at lægen handler på denne information med fagligt adækvat og rettidig omhu. Temagruppen anbefaler derfor, at:

- Der gennemføres to pilotprojekter, hvor springsteknologier (tracking) afprøves som metode til at sikre, at praktiserende (special)læge, relevante personer på sygehuse samt patienten selv kan følge lokaliseringen af henvisninger og patologisvar for en specifik patient på et givent tidspunkt.
- Sundhedsstyrelsen formulerer og formidler en national vejledning om håndtering af henvisninger tilsvarende den eksisterende vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser.

Den eksisterende viden på området fastslår, at patientovergange er særligt behæftet med risiko for fejl, og derfor kan overordnet opmærksomhed på at reducere antallet af overgange i patientforløb i sig selv være med til at forebygge fejl. Her kan teknologiske redskaber gøre en forskel. F.eks. med indførelsen af talegengivelsesteknologi, hvor lægen selv dikterer journalnotarer ind i patientjournalen, bliver der "sparet" en overgang, og tidstro journaler sikres. Trods de positive erfaringer fra Vejle og Give Sygehus finder temagruppen dog, at en konkret anbefaling om implementering af talegenkendelse på landets sygehuse på nuværende tidspunkt vil være for svag. Dertil kræves der mere viden om fordele og ulemper ved teknologien.

Kræftpatienters forløb stiller krav til de informationer, der udveksles mellem de sundhedsfaglige. Her kan patienter og pårørende med fordel opfordres til at involvere sig aktivt i sikringen af sammenhæng, men kan ikke pålægges et specifikt ansvar. Dog understøtter journalen i dag ikke, at patienten aktivt og ansvarligt kan tage del i egen behandling og bidrage til at understøtte kontinuitet og sammenhæng. Patienterne skal selv opsoge journaloplysningerne og er ikke tilstrækkeligt oplyst om muligheden for dette. Endvidere giver den elektroniske e-journal kun adgang til et udpluk af journalmaterialet, og med en forsinkelse på 14 dage. Den overvejende holdning i temagruppen er, at patienten bør have umiddelbar adgang til egne data når disse foreligger. Patienten skal informeres om denne mulighed og det gøres klart, at foreliggende data er lægeligt uafklarede. Det anbefales, at:

- Patienten ved opstart af udrednings- og behandlingsforløb i både primær og sekundær sektor informeres om retten til aktindsigt i egen journal, herunder adgang til e-journalen samt dennes muligheder og begrænsninger.
- MedComs datasæt for kroniske sygdomme udvides til også at omfatte kræftsygdomme, således at der for den sundhedsfaglige og patienten altid er adgang til et minimum af patientdata, uanset hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig.

5. Referencer

- (1) Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og Behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2011. København: Kræftens Bekæmpelse; 2011.
- (2) Inger Margrete Dyrholm Siemens. Patientovergange. Et eksplorativt studie af faktorer, der påvirker sikkerheden af patientovergange DTU Management; 2011.
- (3) Lipczak H, Knudsen JL, Nissen A. Safety hazards in cancer care: findings using three different methods. *BMJ Qual Saf* 2011 Dec;20(12):1052-6.
- (4) Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010 Dec;23(6):749-53.
- (5) Randell R, Wilson S, Woodward P. The importance of the verbal shift handover report: A multi-site case study. *Int J Med Inform* 2011 Nov;80(11):803-12.
- (6) Siemsen IM, Michaelsen L, Nielsen J, Ostergaard D, Andersen HB. [Patient handover involves numerous safety risks]. *Ugeskr Laeger* 2011 May 16;173(20):1412-6.
- (7) Klaber RE, Macdougall CF. Maximising learning opportunities in handover. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2009 Aug;94(4):118-22.
- (8) Lyons MN, Standley TD, Gupta AK. Quality improvement of doctors' shift-change handover in neuro-critical care. *Qual Saf Health Care* 2010 Dec;19(6):e62.
- (9) Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, et al. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *Int J Qual Health Care* 2010 Oct;22(5):396-401.
- (10) Rabøl LI, Andersen ML, Ostergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf* 2011 Mar;20(3):268-74.
- (11) Matic J, Davidson PM, Salamonson Y. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *J Clin Nurs* 2011 Jan;20(1-2):184-9.
- (12) Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR--a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Med J Aust* 2009 Jun 1;190(11 Suppl):S152-S156.
- (13) Aase K, Hoyland S, Olsen E, Wiig S, Nilsen ST. Patient safety challenges in a case study hospital--of relevance for transfusion processes? *Transfus Apher Sci* 2008 Oct;39(2):167-72.
- (14) Ardoin KB, Broussard L. Implementing handoff communication. *J Nurses Staff Dev* 2011 May;27(3):128-35.
- (15) Kerr D, Lu S, McKinlay L, Fuller C. Examination of current handover practice: evidence to support changing the ritual. *Int J Nurs Pract* 2011 Aug;17(4):342-50.

- (16) Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt T, Vats A, Manchanda C, et al. Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Ann Surg* 2011 Apr;253(4):831-7.
- (17) Wayne JD, Tyagi R, Reinhardt G, Rooney D, Makoul G, Chopra S, et al. Simple standardized patient handoff system that increases accuracy and completeness. *J Surg Educ* 2008 Nov;65(6):476-85.
- (18) Gordon M, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ* 2011 Nov;45(11):1081-9.
- (19) Jorm CM, White S, Kaneen T. Clinical handover: critical communications. *Med J Aust* 2009 Jun 1;190(11 Suppl):S108-S109.
- (20) Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Sylvia Chu FY. Bedside handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside". *J Nurs Care Qual* 2009 Apr;24(2):136-42.
- (21) Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. Bedside nursing handover: a case study. *Int J Nurs Pract* 2010 Feb;16(1):27-34.
- (22) Klee K, Latta L, vis-Kirsch S, Pecchia M. Using Continuous Process Improvement Methodology to Standardize Nursing Handoff Communication. *J Pediatr Nurs* 2011 Nov 2.
- (23) McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C. Implementing bedside handover: strategies for change management. *J Clin Nurs* 2010 Sep;19(17-18):2580-9.
- (24) Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006 Nov;32(11):646-55.
- (25) Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care* 2010 Dec;19(6):493-7.
- (26) Klee K, Latta L, vis-Kirsch S, Pecchia M. Using Continuous Process Improvement Methodology to Standardize Nursing Handoff Communication. *J Pediatr Nurs* 2011 Nov 2.
- (27) Patterson ES, Roth EM, Woods DD, Chow R, Gomes JO. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care* 2004 Apr;16(2):125-32.
- (28) Pesanka DA, Greenhouse PK, Rack LL, Delucia GA, Perret RW, Scholle CC, et al. Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *J Nurs Care Qual* 2009 Apr;24(2):109-15.
- (29) Piscioneri F, Chong GC. Surgical handover in a tertiary hospital: a working model. *Aust Health Rev* 2011;35:14-7.
- (30) Ryan S, O'Riordan JM, Tierney S, Conlon KC, Ridgway PF. Impact of a new electronic handover system in surgery. *Int J Surg* 2011;9(3):217-20.
- (31) Turner P, Wong MC, Yee KC. A standard operating protocol (SOP) and minimum data set (MDS) for nursing and medical handover: considerations for flexible

standardization in developing electronic tools. Stud Health Technol Inform 2009;143:501-6.:501-6.

- (32) West JC. "Ticket to ride": how useful is this new handoff tool? J Healthc Risk Manag 2009;29(1):28-33.
- (33) Yee KC, Wong MC, Turner P. "HAND ME AN ISOBAR": a pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. Med J Aust 2009 Jun 1;190(11 Suppl):S121-S124.
- (34) Berkenstadt H, Haviv Y, Tuval A, Shemesh Y, Megrill A, Perry A, et al. Improving handoff communications in critical care: utilizing simulation-based training toward process improvement in managing patient risk. Chest 2008 Jul;134(1):158-62.
- (35) DeVoge JM, Bass EJ, Atia M, Bond M, Waggoner-Fountain LA, Borowitz SM. The Development of a Web-based Resident Sign-out Training Program. Conf Proc IEEE Int Conf Syst Man Cybern 2009 Dec 4;2009:2509-2514.:2509-14.
- (36) Hulefeld M. The development of the patient transfer center at ochsner medical center. Ochsner J 2009;9(3):169-70.
- (37) Van Eaton EG, McDonough K, Lober WB, Johnson EA, Pellegrini CA, Horvath KD. Safety of using a computerized rounding and sign-out system to reduce resident duty hours. Acad Med 2010 Jul;85(7):1189-95.
- (38) Delayed diagnosis of cancer: Thematic review. London: National Patient Safety Agency; 2010.
- (39) Kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen - En analyse af anmeldelser og afgørelser fra 2000 til 2009. København: Kræftens Bekæmpelse og Patientforsikringen; 2011.
- (40) Aase Nissen, Peter Vedsted. Kraftig stigning i anmeldte sager om kræftforløb i almen praksis. Practicus 2012;36(209):18-9.
- (41) Årsrapport 2010 - DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (42) Sundhedsloven, kapitel 1. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455#K1>
- (43) Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - Generisk model og Forløbsprogram for Diabetes. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (44) Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Regeringen og Danske Regioner 2007 Available from: URL: <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/Aftale%20om%20akut%20handling%20og%20klar%20besked.ashx>
- (45) Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (46) Styrket indsats på kræftområdet - et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

- (47) Den Danske Kvalitetsmodel - Akkrediteringsstandarder for sygehuse, version 1. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2009.
- (48) Den Danske Kvalitetsmodel - Akkrediteringsstandarder for sygehuse, version 2. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2011.
- (49) Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter. Task Force for Kræftområdet, Sundhedsstyrelsen 2008 Available from: URL: http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/akut%20handling%20og%20klar%20besked_generelle%20rammer%20for%20indfoerelse%20af%20pakkeforloeb%20for%20kraeftpatienter.ashx
- (50) Pakkeforløb for brystkræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (51) Pakkeforløb for brystkræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (52) Grete Kærgaard, Hanne Hahn. Patientens oplevelse af et koordineret forløb - når tarmkræft udredes og behandles som en akut sygdom. Sygeplejersken 2010 May 7;11(9):52-7.
- (53) Christian Nielsen Wulff. The effect of Hospital-Based Case Management in Cancer Care Pathways The Research Unit and Section for General Practice, Aarhus University; 2012.
- (54) Nyhedsbrev fra Kronikerenheden Nordjylland. Kronikerenheden Nordjylland, Region Nordjylland 2011 Available from: URL: <http://www.kronikerenheden.dk/NR/rdonlyres/7373A7C0-CFC7-414E-8288-F9C761C485E6/0/Nyhedsbrevmarts2011.pdf>
- (55) Utilsigtede hændelser ved blod - og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (56) Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137127&exp=1>
- (57) Den Danske Kvalitetsmodel - Akkrediteringsstandarder for almen praksis, pilot-testversion. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2012.
- (58) Bekendtgørelse om lægers, tandlægers kiropraktors, jordemødres, kliniske diætister, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11055>
- (59) Sundhedsloven, kapitel 5. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
- (60) Sundhedsloven, kapitel 8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>

- (61) Hvad er min e-journal? Sundhed dk 2012 Available from: URL: <https://www.sundhed.dk/service/hjaelp/hjaelp-borger/om-mine-sundhedsdata/om-min-e-journal/hvad-er-min-e-journal/>
- (62) Business case for Mobile Blodprøvesvar. Center for Sundhedsinnovation 2011 Available from: URL: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/40A87D69-304E-4E01-A8FE-8554D29887D8/0/CSI_Business_case_delprojekt_B.pdf

**Den Nationale Arbejdsgruppe for
Patientsikkerhed i Kræftforløb**

Kræftens Bekæmpelse
Kvalitet & Patientsikkerhed
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
Tlf.: 3525 7500
www.cancer.dk

