

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2012

Patientsikkerhed i Region Midtjylland

Årsrapport for 2012

Titel: Patientsikkerhed i Region Midtjylland. Årsrapport for 2012

© Region Midtjylland. Kvalitet og Sundhedsdata. Strategisk Kvalitet

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet 9. september 2013

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.regionmidtjylland.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	5
Sammenfatning	8
Indledning	10
Regional årsopgørelse over rapporteringer til DPSD.....	11
Hvor mange sager rapporteres, afvises, sagsbehandles og indsendes?	11
Antal rapporterede hændelser i 2012	11
Udviklingen i rapportering af utilsigtede hændelser	13
Antal afsluttede sager i 2012.....	14
Hvem har rapporteret?	17
Alvorlighed af hændelserne	18
WHO-klassifikationer og fokusområder under DDKM.....	20
Det regionale patientsikkerhedsarbejde	23
Regionale projekter – Læring, forandring og effekt.....	23
Patientsikkerhedsarbejdet.....	23
Hospitalsenhed Midt	25
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	25
Større og længerevarende projekt om mærkning af prøver til Patologisk Institut	25
Indførelse af kassetteprinter på Patologisk Institut.....	25
Indførelse af glasprinter på Patologisk Institut.....	25
Fokus på manglende mærkning af prøver udtaget i lægepraksis	26
Indførelse af dobbelttjek af data	26
Øget fokus på forebyggelse af urinvejsinfektioner	26
Fokus på patientsikkerhed og sikkerhed blandt personale i forbindelse med træning på trapper.....	26
Fokus på sikkerhed i forbindelse med disponering og ophældning af medicin.....	27
Øget fokus på selvmordsrisiko og sikkerhed	27
Erfaringsudveksling i forbindelse med indføring af nye infusionsposer.....	27
Patientsikkerhedsarbejdet.....	27
Planerne for det kommende år	28
Regionshospitalet Randers	29
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	29
Patientfald	29
Patientsikkerhedsarbejdet.....	29
Patientsikkert Sygehus	30
ISBAR - TOKS	30
Intern patienttransport.....	30
Postoperativ urinretention.....	31

Tidstro medicinering på operationsdag	31
Akut medicinsk kald	31
Isolationspatienter	31
Planerne for det kommende år	31
Hospitalsenheden Horsens	32
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	32
Patientsikkert Sygehus	32
Patientsikkerhedsarbejdet.....	33
Planerne for det kommende år	34
Århus Universitetshospital.....	35
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	35
Patientsikkert sygehus.....	35
Bakteriæmiprojekt	35
Medicinering.....	35
Medicinafstemning og -gennemgang	35
Ordinationsfejl.....	36
Opbevaring af lægemidler.....	36
Afbrydelser - fra selvfølgeligheder til nødvendigheder.....	37
Afdeling T.	37
Forbedret kontrol ved opsætning af transfusioner	37
Klinisk Immunologisk Afdeling og Blodcenter Midt.....	37
Dobbelttjek af medicin.....	38
Pædiatrisk Cardiologisk Afdeling A7.....	38
Den gode overflytning. Guide til overflytning fra intensiv til sengeafdeling	38
Intensiv terapiafsnit ITA, Anæstesiologisk Afdeling.....	38
Patientsikkerhedsarbejdet.....	39
Nyttige værktøjer	39
Undervisningsaktiviteter	39
Rapporter/publikationer.....	39
Patientsikkerhedskulturen/Rapporteringskulturen	39
Deltagelse i konferencer, kurser, møder og netværk	39
Planerne for det kommende år	40
Hospitalsenheden Vest.....	41
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	41
Patientsikkerhedsarbejdet.....	43
Nye redskaber.....	43
Eksisterende redskaber	43
Undervisning	43
Kurser, konferencer, møder m.v.	43
Andet	44
Planerne for det kommende år	44
Psykiatrien i Region Midtjylland.....	45
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	45
Samarbejde, kontinuitet og sikkerhed	45

Medicinering.....	45
Øvrige fokusområder.....	45
Patientsikkerhedsarbejdet.....	45
Planerne for det kommende år	46
Præhospitalet i Region Midtjylland.....	48
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	48
Patientsikkerhedsarbejdet.....	48
Planerne for det kommende år	49
Praksissektoren og apotekerne	50
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	50
Patientsikkerhedsarbejdet.....	50
Planerne for det kommende år	51
Speciallægepraksis.....	52
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	52
Planerne for det kommende år	52
Socialområdet	53
Lokale projekter - Læring, forandring og effekt.....	53
Patientsikkerhedsarbejdet.....	53
Nye retningslinjer	53
Statusrapport.....	53
Medicinering.....	53
Sikkerhedsvurderinger.....	53
Planerne for det kommende år	53
Sagsbehandling og opfølgning af hændelser, der har medført en dybdegående analyse	55
Planerne for det kommende år.....	56

Sammenfatning

Denne årsrapport er nummer syv i rækken i Region Midtjylland. Den viser et bredt og detaljeret billede af arbejdet med patientsikkerhed i regionen i 2012, der samtidig er det niende år med Lov om Patientsikkerhed, som sidenhen er blevet til Sundhedslovens kapitel 61.

Et hændelsesrapporteringsystem er ét redskab blandt mange andre. Det afgørende er ikke kun, hvor meget og hvad der bliver rapporteret. Forskningsdata tyder på, at det, vi får rapporteret, udgør en beskedent stikprøve på 5-10 % af det virkelige mørketal. Men der er flere tegn på en tiltagende modenhed i patientsikkerhedskulturen i regionen. Alene det, at antallet af rapporter efter flere års stadig vækst nu er stagneret for hospitalernes vedkommende, tyder på, at rapporteringen har fundet sit leje ude i driften. I de regionale sektorer, der først har fået rapporteringspligt for et par år siden, stiger tallet fortsat, og vi tror på, at potentialet langt fra er udfyldt.

Hospitalerne følger godt med i håndteringen af deres rapporter, og det efterslæb, vi så i forbindelse med overgange fra DPSD 1 til DPSD 2, er helt væk. Regionen ligger fortsat bedre end landsgennemsnittet mht. stigningen i antallet af rapporter og behandlingen af dem.

Fordelingen af rapporterne på WHO-kategorier og alvorlighed viser ingen større overraskelser. Dog har flere hospitaler og psykiatrien en større andel af dødelige hændelser end før, hvilket kan tyde på en øget interesse for at rapportere de virkeligt alvorlige hændelser.

Hospitalernes og sektorernes beskrivelser af deres virksomhed spænder vidt. Alle hospitaler er i gang med spændende og målrettede aktiviteter mhp. at forbedre patientsikkerheden, og medicineringsområdet er i fokus på forskellig vis flere steder. Især på Universitetshospitalet er man også begyndt at forske i patientsikkerhed. Alle hospitaler lægger kræfter i det tværsektorielle samarbejde i deres respektive klynger, og flere hospitaler benytter mere proaktive metoder i tillæg til hændelsesrapporterne. F.eks. kan nævnes patientsikkerhedsrunder, waste-runder og "I patientens fodspor". Alle hospitaler har adskillige projekter i gang, og et par stykker arbejder målrettet med kommunikation/ISBAR.

Også de "nye" sektorer er ved at komme godt med. Især Præhospitalet med dets komplicerede virkelighed med mange forskellige aktører er ved at have styr på deres interne organisation og har taget fat på at påvirke holdninger til sikkerhed i de mange personalegrupper. Praksissektoren og socialområdet har hver deres særlige udfordringer som de nu er ved at kende så godt, at de kan håndteres på en fornuftig måde.

Det fælles nationale kvalitetsprojekt om de tre pakker fra Patientsikkert Sygehus er kommet godt fra start. Der er afholdt et velbesøgt kick-off møde, oprettet netværk og arbejdsgrupper til at udarbejde retningslinjer m.v. Alle hospitalerne er i gang med forberedelserne. Hospitalsenheden Horsens har været en uvurderlig støtte i disse processer med deres erfaring efter et par års arbejde med alle pakkerne og en energisk holdning til at sprede deres viden.

I medfør af økonomiaftalen for 2013 er der taget skridt til at implementere GTT på hospitalerne i regionen som redskab til at monitorere antallet af patientskader.

Samarbejdet mellem region og institutioner er veletableret i faglige netværk, såvel mellem de regionale institutioner som fælles med kommunerne. Disse er forankret hhv. ledelsesmæssigt i regionen og i sundhedsaftalerne og fortsætter indtil videre.

På nationalt plan fortsætter samarbejdet bl.a. i DPSD's driftsgruppe, og der forventes et større projekt omkring organiseringen af selve databasens forskellige moduler. Det bliver et vigtigt og længe påkrævet udviklingsarbejde, hvor erfarne risikomanagere fra Region Midtjylland forhåbentlig vil lægge tid og arbejdskraft i det nye år.

En anden intention i 2013 er at søge indsigt og erfaring med et andet syn på patientsikkerhedsarbejdet – det såkaldte "Safety II", som flytter fokus fra de utilsigtede hændelser – ting, der af som regel mange årsager ikke gik godt – til de systemer og arbejdsgange, der går godt, og som er robuste over for dagligdagens udfordringer.

Indledning

Siden systemet med rapportering af utilsigtede hændelser blev indført, har Region Midtjylland fremstillet årlige rapporter over arbejdet – med et senere tilkommet udtryk "mønstre og tendenser" i de utilsigtede hændelser.

Den foreliggende rapport sammenfatter som de foregående år kvantitativt de modtagne og færdigbehandlede rapporter, baseret på udtræk fra DPSD, og beskriver kvalitativt arbejdet med patientsikkerhed på hospitalerne og i de regionale sektorer, baseret på disses egne bidrag.

Den valgte skabelon for årsberetningen har været anvendt i nogle år. Meningen er at give et så retvisende billede som muligt af forholdene, som kan bidrage til refleksion hos interessenterne.

Regional årsopgørelse over rapporteringer til DPSD

Hvor mange sager rapporteres, afvises, sagsbehandles og indsendes?

Antal rapporterede hændelser i 2012

Tabel 1 viser i 1. kolonne en opgørelse over antallet af rapporterede hændelser i 2012. *Rapporterede hændelser* defineres som alle hændelser modtaget i Patientsikkerhedsdatabasen (DPSD2) inklusive sager, der efterfølgende er afvist eller slettet. I de to efterfølgende kolonner vises antallet af slettede/afviste sager og hvor stor en procentdel disse sager udgør af det samlede antal rapporterede hændelser.

Tabel 1

Antal rapporterede hændelser og slettede/afviste 2012					
Lokations-typer	Hospitalsenhed/lokation	Rapporteret	Slettet/afvist	afvist/slettet i %	Optaget til behandling
Hospitalsenhed	Ukendt	11	6	54,5%	5
	Hospitalsenheden Vest	1738	62	3,6%	1676
	Hospitalsenheden Horsens	786	49	6,2%	737
	Regionshospitalet Randers	733	31	4,2%	702
	Hospitalsenhed Midt	1311	133	10,1%	1178
	Aarhus Universitetshospital	3304	277	8,4%	3027
	Psykiatrien i Region Midtjylland	633	44	7,0%	589
	Anden regional	Præhospital	306	16	5,2%
	Apoteker	124	11	8,9%	113
	Praksissektoren¹	851	26	3,1%	825
	Speciallæger	46	4	8,7%	42
	Regionale botilbud (socialområdet)	1125	47	4,2%	1078
Hele Region Midtjylland		10968	706	6,4%	10262

¹ Praksissektoren består af: praktiserende læger (771 hændelser), tandlæger og tandplejere (8 hændelser), terapeuter og kiropraktorer (9 hændelser) samt vagtlægeordningen (63 hændelser) m.fl. At speciallægerne ikke medregnes som en del af praksissektoren skyldes, at risikomanagerfunktionen er delt.

Den sidste kolonne viser, hvor mange sager, der er optaget til sagsbehandling, når de afviste og slettede sager er fratrukket.

Der blev i 2012 rapporteret 10968 hændelser til DPSD2, hvoraf 8516 sager er rapporteret til hospitalsenhederne, mens 2452 sager er rapporteret til andre regionale lokationer.

I hele regionen er 6,4 % af de rapporterede hændelser efterfølgende afvist eller slettet², mod 8,6 % i 2011. Andelen af afviste/slettede sager i 2011 var imidlertid udsædvanligt høj, i forhold til de foregående år 2009 og 2010, hvor niveauet var nogenlunde det samme som i 2012. Sidste års tal var således formentlig et udtryk for, at overgangen til et nyt rapporteringssystem DPSD2 var forbundet med visse vanskeligheder. Bl.a. gav det nye lokationsopslag problemer på rapporteringssiden, hvilket har betydning for sagsbehandlingen. Det er vanskeligere at behandle en sag, hvor den præcise lokation ikke har kunnet angives. Det er formentlig grunden til, at andelen af afviste/slettede sager er på hele 54,5 %, når den specifikke hospitalsenhed er "ukendt".

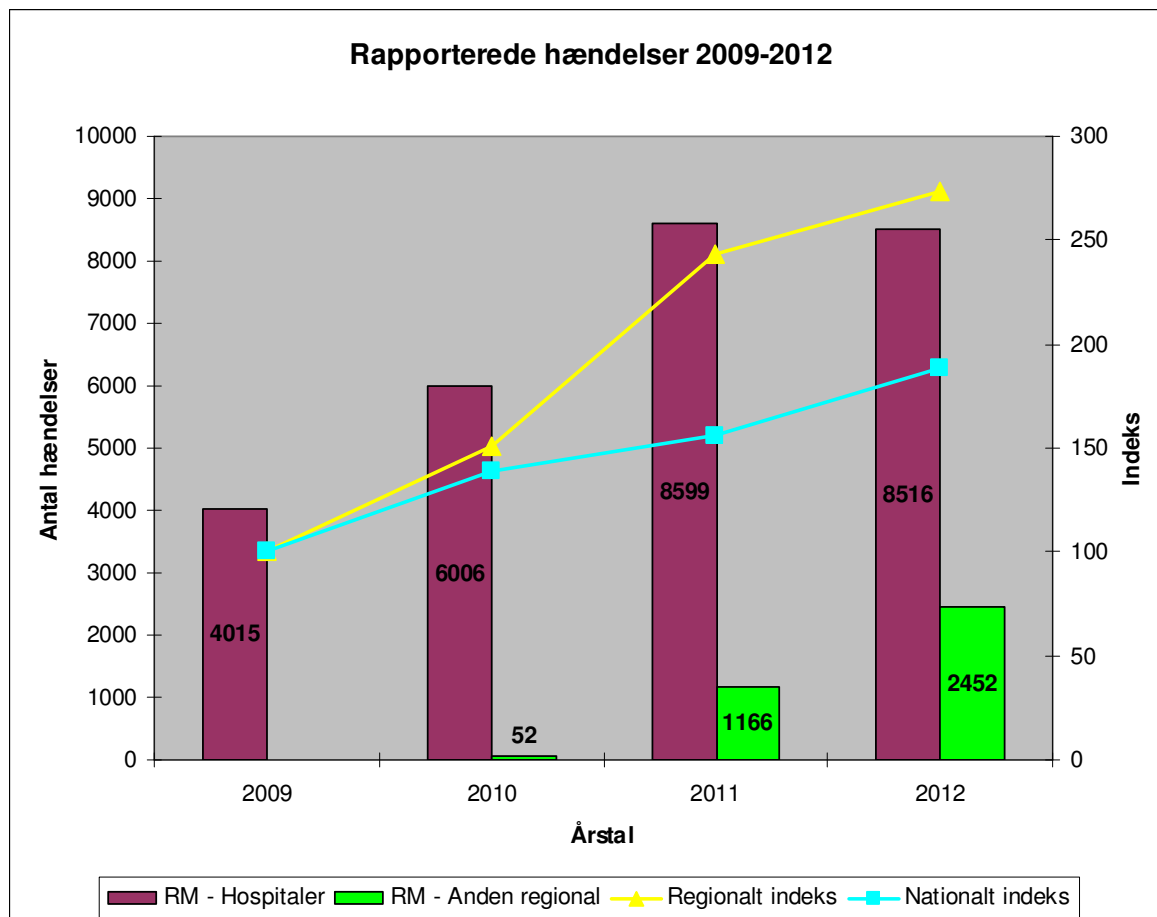
For de enkelte lokationer varierer andelen af slettede/afviste sager en del, men tendensen i hospitalsenhederne er, at andelen er faldende, da den samlede andel for hospitalsenhederne i 2011 var på 8,7 %, mens andelen i 2012 er på 7,1 %. Omvendt er tendensen for lokationerne under anden regional snarere en lille stigning i andelen af afviste/slettede sager, da der i 2011 kun blev afvist/slettet 2,8 % af de rapporterede sager, mens andelen i 2012 er på 4,2 %. Dette hænger formentlig sammen med, at rapporteringen er støt stigende i forhold til lokationerne under anden regional, jf. figur 1 med kommentarer nedenfor. Efterhånden som antallet af rapporter bliver større, så vil der bl.a. være mindre tid og behov for at udrede utilstrækkeligt oplyste hændelser, hvis læringen samtidig skønnes at være minimal. Man kan derfor formode, at andelen af afviste/slettede sager på lokationerne under "anden regional" med tiden vil komme på niveau med andelen i hospitalsenhederne.

² En sag kan f.eks. være afvist eller slettet, fordi der ikke er tale om en utilsigtet hændelse, idet hændelsen ikke indeholder en patientsikkerhedsproblematik. I stedet kan hændelsen f.eks. have karakter af en serviceklage eller en samarbejdsproblematik m.v. Andre årsager kan være, at hændelsen er "dobbeltregistreret", dvs. rapporteret to gange eller, at sagen mangler de nødvendige oplysninger til, at der kan finde en reel sagsbehandling sted og drages læring af hændelsen.

Udviklingen i rapportering af utilsigtede hændelser

Figur 1 nedenfor illustrerer udviklingen i antallet af rapporterede hændelser fra 2009-2012. Søjlerne viser antallet af rapporter i Region Midtjylland i henholdsvis hospitalsenheder og anden regional. Kurverne viser den indekserede udvikling henholdsvis regionalt og nationalt.

Figur 1



Antallet af rapporterede hændelser i Region Midtjylland og nationalt er fortsat stigende om end stigningen nationalt de senere år ikke har været så markant som i Region Midtjylland. Det er værd at lægge mærke til, at Region Midtjylland i alle årene fra 2009 til 2012 ligger over det nationale niveau på rapporteringssiden. Rapporteringskulturen må derfor konstateres at være stærk i Region Midtjylland.

Såvel den regionale som den nationale stigning i antallet af rapporteringer skyldes i 2012 alene en øget rapportering til anden regional, hvor rapporteringen regionalt er øget med hele 54,7 og nationalt med 53,1 %. I hospitalsenhederne er udviklingen stagneret og ser ud til at have fundet et stabilt leje. Det er første gang i alle årene, hvor et rapporteringssystem har eksisteret, at der ikke ses en stigning i antallet af rapporterede hændelser til hospitalsenhederne. Kun i Hospitalsenheden Horsens er der rapporteret en del flere hændelser end sidste år, men stigningen er markant mindre

end stigningen de foregående år og markant mindre end for områderne under *anden regional*.

På trods af den store stigning i antallet af rapporteringer til *anden regional* er der alligevel på langt de fleste af disse områder et mindre antal rapporter end i hospitalsenhederne. Anden regional har dog kun været omfattet af patientsikkerhedsordningen siden d. 1. september 2010. Der vil derfor antageligvis fortsat kunne måles en udvikling på disse områder i de kommende år. Det er imidlertid fortsat nødvendigt at arbejde aktivt på at indarbejde en god og fast rapporteringspraksis blandt personalet indenfor områderne under *anden regional*. I denne sammenhæng kan det f.eks. nævnes, at hovedparten af de rapporterede hændelser på praksisområdet (inkl. speciallæger) er opdaget og rapporteret af sundhedspersoner fra andre sektorer og ikke af personalet i den praksis, hvor hændelsen er sket.

Antal afsluttede sager i 2012

Tabel 2 sammenligner antallet af afsluttede sager i 2012 med de foregående år.

Tabel 2

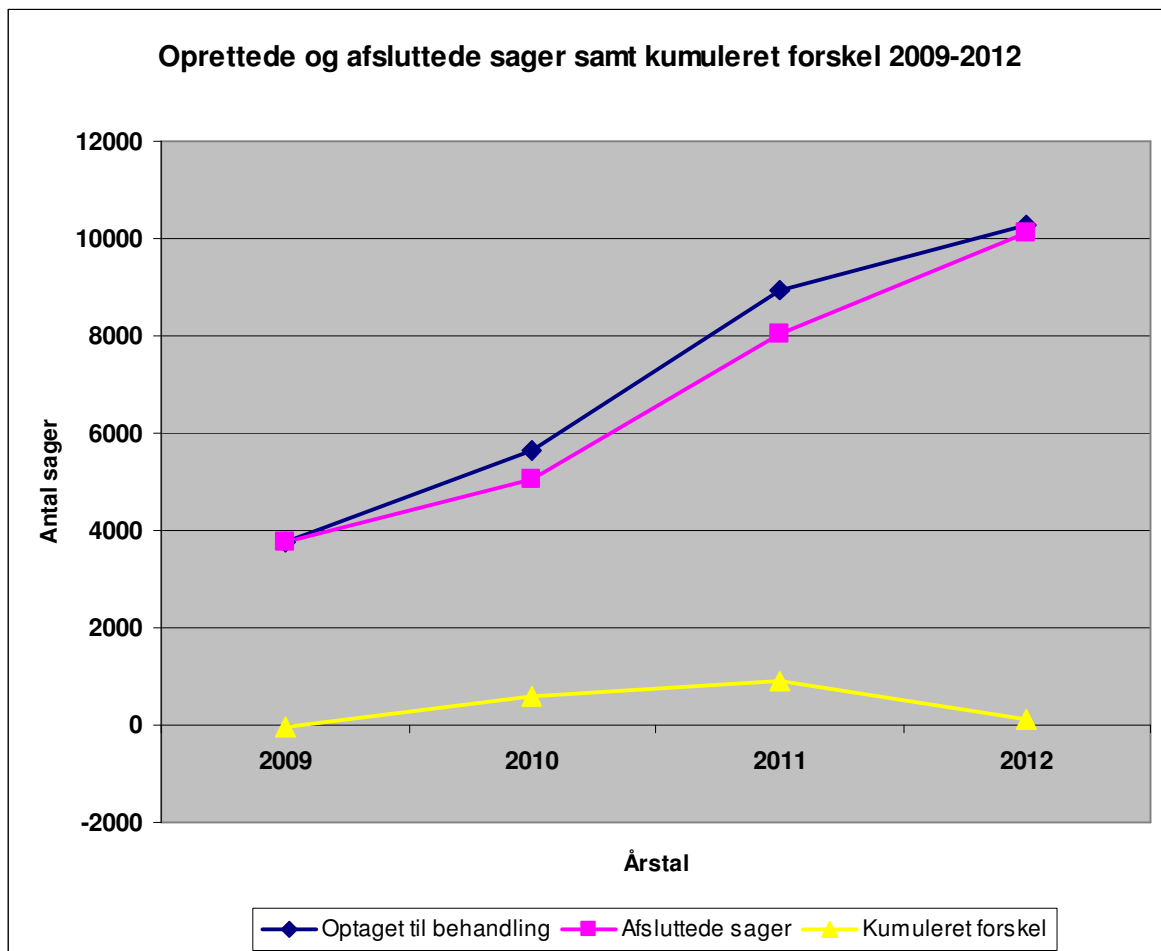
Afsluttede sager 2012					
Sektorer	Hospitalsenhed/ lokation	2009	2010	2011	2012
Hospitalsenhed	Ukendt	0	0	8	6
	Hospitalsenheden Vest	447	1101	1510	1625
	Hospitalsenheden Horsens	352	343	515	630
	Regionshospitalet Randers	212	243	640	679
	Hospitalsenhed Midt	651	824	1217	1097
	Aarhus Universitetshospital	1785	2104	2863	3293
	Psykiatrien i Region Midtjylland	328	461	737	603
Anden regional	Præhospital	–	0	75	266
	Apoteker	–	0	74	126
	Praksissektoren	–	0	339	1030
	Speciallæger	–	0	32	40
	Regionale botilbud (socialområdet)	–	0	3	734
	Andet	–	0	9	–
Hele Region Midtjylland		3775	5076	8022	10129
Landsplan		25249	34418	33448	39936

Tendensen i hospitalsenhederne er, at der afsluttes flere sager år for år i takt med, at rapporteringen har været stigende. Det gælder også i 2012. I 2011 var der imidlertid i flere hospitalsenheder en ret voldsom stigning i antallet af rapporteringer til hospitalsenhederne. En del af disse sager er således først afsluttet i 2012 og er dermed årsagen til, at der er afsluttet endnu flere sager i 2012 end året før.

På områderne under *anden regional* ses i forhold til de fleste af områderne en stigning i antallet af afsluttede sager på flere 100 % fra 2011 til 2012. Dette må selvfølgelig tilskrives den store stigning i rapporteringen på mere end 50 % i 2012. Men det skyldes også, at der ved afslutningen af 2011 var et meget stort efterslæb i antallet af rapporterede sager, der ikke var færdigbehandlet, på lige over 50 % af de rapporterede hændelser i 2011.

Figur 2 supplerer tabel 2 ved at vise antallet af oprettede og afsluttede sager samt den kumulerede forskel, som er et udtryk for, hvor stort efterslæb, der er i sagsbehandlingen fra år til år. Formålet er at vurdere om sagsbehandlingen kan følge med indrapporteringen.

Figur 2



Andelen af uafsluttede sager i hele Region Midtjylland ved afslutningen af 2012 er gennemsnitligt på kun 1,3 % af de hændelser, der er optaget til behandling i årets løb. Dette er imponerende når man sammenligner med niveauet på landsplan, hvor andelen af uafsluttede sager er på 29 % for hospitaler og anden regional sammenlagt.

Det må derfor igen i år konstateres, at patientsikkerhedsorganisationen i Region Midtjylland hurtigt formår at tilpasse sig store stigninger i sagsmængden. I 2010 og 2011 var der store stigninger i antallet af rapporterede hændelser, hvilket gav et samlet årligt efterslæb i sagsbehandlingen på lidt over 10 % af de sager, der blev optaget til behandling.

I *Hospitalsenhederne* var efterslæbet dog allerede ved udgangen af 2011 nedbragt til 4,4 % og denne tendens er fortsat, idet der er afsluttet flere sager end der er optaget til behandling i 2012. På landsplan er andelen af uafsluttede sager på hospitalerne på 28,5 %. Særligt Aarhus Universitetshospital har arbejdet hårdt på at få sagsbehandlet ekstra mange sager i 2012, da de i 2011 oplevede den kraftigste stigning i antallet af rapporterede hændelser. Dette er lykkedes, da andelen af uafsluttede sager lige efter udgangen af 2012 var på -8,8 %.

Områderne under *anden regional* har haft en lidt større udfordring end hospitalerne, da antallet af rapporterede sager fortsat var stigende i 2012 og mere end 50 % af de sager, der blev optaget til behandling i 2011 samtidig var uafsluttede ved overgangen til 2012. Efterslæbet i 2011 skyldtes, at patientsikkerhedsordningen og arbejdet med et rapporteringssystem stadig var nyt for områderne under anden regional. Her blev der kontinuerligt arbejdet på at organisere og tilpasse sagsbehandlingen til det faktum, at der i løbet af 2011 kom godt gang i rapporteringen. Det må i den sammenhæng konstateres, at anden regional er rigtig godt med. Andelen af uafsluttede sager var på kun 6,5 % ved udgangen af 2012. Dette står i skærende kontrast til udviklingen på nationalt niveau, hvor andelen af uafsluttede sager i anden regional var på 32,8 % ved udgangen af 2012.

I forhold til de enkelte områder under *anden regional*, har praksissektoren og apoteker afsluttet flere sager end der er optaget til behandling og har dermed indhentet deres efterslæb fra 2011. Antallet af hændelser optaget til behandling i præhospitalet er mere end fordoblet i forhold til sidste år og alligevel er andelen af uafsluttede sager ved årets udgang faldet fra 34,2 % i 2011 til 8,3 % i 2012. Sagsbehandlingen er således også her ganske godt med. Socialområdet er det eneste område, hvor andelen af uafsluttede hændelser er meget stort. Her var 31,9 % af hændelserne uafsluttede ved årets udgang. Antallet af sager optaget til behandling er imidlertid steget fra 220 sager i 2011 til 1078 sager i 2012. En stigning i sagsmængden på flere 100 %, hvoraf en stor andel er rapporteret i 4. kvartal af 2012, vil uundgåeligt betyde, at patientsikkerhedsorganisationen på socialområdet skal bruge lidt tid på at tilpasse sagsbehandlingen til den øgede arbejdsbyrde.

Hvem har rapporteret?

Tabel 3 viser fordelingen mellem antallet af rapporter, der er modtaget fra henholdsvis patienter, pårørende og sundhedsfagligt personale i 2012. Patienter og pårørende har kunnet rapportere utilsigtede hændelser siden d. 1. september 2011, men kun 1,7 % af alle rapporterede hændelser er i 2012 indsendt af patienter og pårørende. Det svarer nogenlunde til fordelingen på landsplan.

En stor del af de hændelser, der rapporteres fra patienter og pårørende er efterfølgende slettet eller afvist sammenlignet med rapporter, der kommer fra sundhedspersoner. Dog er en del af de slettede/afviste rapporter reelt fra sundhedspersoner, der har rapporteret en hændelse på det forkerte skema. Det betyder, at antallet af rapporter fra patienter og pårørende er endnu lavere end det der angives i tabel 3. Det er derfor et område med stort potentiale for udvikling.

Tabel 3

Rapporterede hændelser fordelt på sagstyper 2012				
	Patient-rapport	Pårørende-rapport	Sundhedsfaglig rapport	I alt
Rapporteret	113	73	10782	10968
Fordeling i %	1,0%	0,7%	98,3%	100,0%
Heraf Slettet/afvist	34	8	664	706
Slettet/afvist i %	30,1%	11,0%	6,2%	6,4%

Alvorlighed af hændelserne

Tabel 4 viser den procentvise fordeling af de afsluttede hændelser i 2012 på alvorlighedsgrader. Det er væsentligt at huske på, når man undersøger tallene, at de alene er et udtryk for, hvor mange hændelser, der rapporteres indenfor de enkelte kategorier og ikke, hvor mange hændelser, der rent faktisk sker. Derfor kan tallene udelukkende tages som et udtryk for rapporteringskulturen i forhold til hændelserne i de forskellige kategorier. I den sammenhæng har det også en betydning, at alvorlighedsgraderne ikke altid anvendes korrekt. Hændelserne skal i DPSD2 scores efter den faktuelle skade, som patienten er pådraget i forbindelse med hændelsen. I DPSD1 var det tillige muligt at angive den potentielle skadevirkning i kombination med den faktuelle skade. Rapportørerne tager ved angivelse af alvorlighedsgraden fortsat ofte den potentielle skadevirkning i betragtning. Et større problem er imidlertid, at sagsbehandlere ikke altid retter en forkert angivelse af alvorlighedsgraden. Dermed er fordelingen af hændelser på alvorlighedsgraderne forbundet med en vis usikkerhed.

Tabel 4

Alvorlighedsgraden af de afsluttede hændelser i 2012					
Lokation	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Ukendt hospital	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hospitalsenheden Vest	55,4%	20,4%	17,6%	5,8%	0,8%
Regionshospitalet Horsens	38,1%	24,8%	23,5%	12,4%	1,3%
Regionshospitalet Randers	58,8%	21,5%	14,7%	4,1%	0,9%
Hospitalsenhed Midt	54,5%	23,6%	18,8%	2,7%	0,4%
Aarhus Universitetshospital	64,4%	22,7%	11,8%	1,0%	0,1%
Psykiatrien i Region Midtjylland	50,7%	22,4%	15,4%	6,3%	5,1%
Præhospital	45,9%	10,5%	24,4%	14,7%	4,5%
Praksissektoren	31,0%	60,9%	5,8%	2,2%	0,1%
Apoteker	79,4%	17,5%	2,4%	0,8%	0,0%
Speciallæger	62,5%	17,5%	15,0%	5,0%	0,0%
Regionale botilbud (Socialområdet)	87,6%	9,7%	2,5%	0,0%	0,3%
Hele Region Midtjylland	57,1%	25,0%	13,6%	3,6%	0,8%
Landsplan	53,5%	24,6%	16,2%	4,9%	0,8%

På landsplan er der rapporteret færre hændelser med alvorlighedsgraden "ingen skade" end i Region Midtjylland. Omvendt er der flere "moderate" hændelser på landsplan, end i Region Midtjylland. Disse hændelser er kendetegnet ved, at have medført et øget behandlingsbehov uden, at der har været varige skader på patienten. Det samme gælder for de alvorlige hændelser, hvor patienten *har* fået varige mén. Her er andelen af rapporterede og afsluttede hændelser på 4,9 % på landsplan og alene på 3,6 % i Region Midtjylland. For så vidt angår de dødelige hændelser er niveauet det samme på landsplan som i Region Midtjylland.

I Region Midtjylland er der generelt ikke rapporteret og behandlet nær så mange hændelser med moderat til dødeligt udfald som i de øvrige regioner. Disse kategorier kan i særlig grad berette om rapporteringskulturen, fordi det kan opleves som værre at rapportere om situationer, hvor en patient enten forbigående eller varigt har lidt skade end situationer, hvor patienten ikke led skade som følge af hændelsen.

Ved sammenligning mellem de regionale tal for 2011 og 2012 er det muligt at undersøge udviklingen i rapporteringskulturen nærmere. Det er særlig interessant i forhold til de moderate til dødelige hændelser. I 2011 var andelen af moderate hændelser i Region Midtjylland på 14,9 %, andelen af alvorlige hændelser på 4,1 % og andelen af dødelige hændelser på 0,3 %. Det betyder, at andelen af moderate og alvorlige hændelser er faldet siden sidste år, mens andelen af dødelige hændelser er steget. Sammenlagt for de 3 kategorier er andelen af hændelser, der som minimum medførte et øget behandlingsbehov, dog faldet fra 19,3 % i 2011 til 18 % i 2012.

Med hensyn til de dødelige hændelser, så anvendes kategorien sjældent forkert, hvilket må betyde, at hospitaler og anden regional generelt er blevet bedre til at rapportere de dødelige hændelser. Stigningen kan konstateres i næsten alle hospitalsenhederne. I forhold til anden regional er der rapporteret markant flere dødelige hændelser til præhospitalet end sidste år, mens praksissektoren og regionale botilbud har rapporteret nogle få dødelige hændelser. På disse to områder var der ikke rapporteret en eneste dødelig hændelse i 2011.

Halvdelen af hospitalsenhederne har rapporteret færre alvorlige hændelser i 2012. Det er alene Hospitalsenheden Vest og Psykiatrien, der har rapporteret flere hændelser end sidste år. Der er desuden grund til at fremhæve Hospitalsenheden Horsens, der ligger på et uændret højt niveau på hele 12,4 % rapporterede alvorlige hændelser. Samme fordeling mellem hospitalsenhederne ses i forhold til de moderate hændelser. På områderne under anden regional ses både stigninger og fald i andele i forhold til såvel alvorlige som moderate hændelser. For de alvorlige hændelser ligger områderne dog på nogenlunde samme niveau som i regionen som helhed, mens andelen af de moderate hændelser samlet set overstiger det regionale niveau.

WHO-klassifikationer og fokusområder under DDKM

Tabel 5 viser fordelingen af de afsluttede sager på WHO-klassifikationer. Anvendelse af WHO-klassifikationerne er obligatorisk og ud af de 10129 afsluttede hændelser er kun 185 hændelser uklassificeret, hvilket svarer til 1,8 % af hændelserne. Af de klassificerede hændelser er alene 194 (1,9 %) hændelser placeret under den uspecifikke kategori "anden utilsigtet hændelse". Ca. 1/3-del af hændelserne er desuden kategoriseret under mere end én klassifikation.

Med hensyn til fordelingen af hændelser på kategorier, så ligner den fordelingen fra sidste år. De største kategorier er medicinering, kliniske processer og administrative processer. Henholdsvis kliniske og administrative processer er de mere overordnede kategorier, hvilket betyder, at mange af de hændelser, der kategoriseres her er supplerende placeret under en af de mere specifikke hændelseskategorier. Det er ofte nødvendigt for at kunne genfinde hændelserne på en meningsgivende måde.

Tabel 5

WHO-klassifikationer af afsluttede sager i 2012		
WHO-Kategori (Afsluttede sager: 10129. Heraf antal klassificerede/uklassificerede sager: 9944/185)	Antal sager	%-fordeling
Anden utilsigtet hændelse	194	1,9%
Administrative processer	2590	25,6%
Blod- og blodkomponenter	73	0,7%
Bygninger og infrastruktur	148	1,5%
Gasser og luft	23	0,2%
Individ-team-organisation	229	2,3%
Infektion	93	0,9%
Kliniske processer	2923	28,9%
Kommunikation og Dokumentation	1908	18,8%
Medicinering	3336	32,9%
Medicinsk udstyr	474	4,7%
Patientuheld	588	5,8%
Selvskade og selvmord	96	0,9%
Totalt antal klassifikationer	12675	125,1%

Andelen af medicineringshændelser er uændret på omkring 1/3-del af alle afsluttede hændelser. Her er der grund til at henlede opmærksomheden på DDKM-fokusområderne i Tabel 6 nedenfor, der anvendes af hospitalsenhederne. 2096 hændelser er kategoriseret under fokusområderne: lægemiddeladministration, lægemiddeldispensering og lægemiddelordination. Sidste år var antallet af hændelser under WHO-kategorien medicinering på 2470 hændelser (DPSD1 og DPSD2) mod ovenstående 3336 hændelser i år. Der er således næsten 1000 flere hændelser

rapporteret på området i år. Der er derfor et stort behov for tiltag på medicineringsområdet, hvilket flere hospitalsenheder har fokus på. Endvidere er der stort fokus på sådanne hændelser i sektorovergangene.

Blandt de kategorier, der anvendes hyppigst må også nævnes "kommunikation og dokumentation". Kategorien dækker over problemstillinger med hensyn til mundtlig og skriftlig kommunikation samt elektronisk kommunikation. Det gælder i forbindelse med sektorovergange, overgange mellem afdelinger på hospitalerne og i samarbejdet med patienter og pårørende samt mellem sundhedspersoner generelt. Det er bl.a. her, at problematikker omkring epikriser og henvisninger er placeret samt problematikker omkring recepter og journaler m.v. Desuden er der med sikkerhed et stort overlap i forhold til medicineringsområdet. Området må betragtes som et væsentligt fokus- og udviklingsområde, ikke mindst fordi antallet af hændelser også her tenderer en stigning i år.³ En del af problematikkerne skal dog løses i en tværsektoriel sammenhæng og kan ikke løses internt i de enkelte hospitalsenheder eller sektorer.

Der er også grund til at nævne kategorierne "medicinsk udstyr" og "patientuheld". Andelen af hændelser er i begge tilfælde faldende i forhold til 2011, men bør fortsat ikke glemmes som et muligt indsatsområde. Kategorien "medicinsk udstyr" findes også under DDKM-fokusområderne i tabel 6, hvor den kaldes "involvering af medicinsk apparatur". Også her ligger kategorien i midten i forhold til, hvilke kategorier, der anvendes mest.

I tabel 6 nedenfor ses fordelingen af hændelser på DDKM-fokusområder. Disse fokusområder anvendes som udgangspunkt alene af hospitalerne, da de er blevet til som en følge af akkrediteringsstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, version 1. Der er visse ændringer i version 2 af Den Danske Kvalitetsmodel, men hospitalerne finder kategorierne meningsgivende og anvender dem fortsat. Det er dog alene 48,1 % af de afsluttede hændelser, der rapporteres til hospitalsenhederne, som kan klassificeres under et DDKM-fokusområde, hvorfor WHO-klassifikationen må betragtes som den primære klassifikation. Fordelen ved DDKM-fokusområderne er dog, at de er lidt mere specifikke end de overordnede WHO-klassifikationer.

Lægemiddelkategorierne er, som omtalt ovenfor, de mest anvendte af DDKM-fokusområderne efterfulgt af "patientidentifikation". Sidste år var andelen af disse hændelser dog en smule højere (8,8 %), hvilket kan være en følge af, at området i

³ I forhold til denne kategori er stigningen noget mere usikker, da de gamle DPSD1-kategorier "kontinuitetsbrud" og "forvekslinger/fejlkommunikation" begge kan indeholde hændelser, som falder under den nye DPSD2-kategori "kommunikation og dokumentation". Samtidig er der formentlig også hændelser i de gamle kategorier, der ikke ville kunne placeres under den nye DPSD2-kategori.

2011 er forsøgt kortlagt og at der som følge heraf er udgivet en rapport i begyndelsen af 2012 med forslag til tiltag.

”Involvering af medicinsk apparatur” er som nævnt ovenfor en af de mellemstore kategorier. Antallet af rapporterede hændelser, der omhandler problemer med anvendelse af eller fejl i medicinsk udstyr er i 2012 nogenlunde uændret i forhold til 2011.

Tabel 6

DDKM fokusområder i hospitalsenhederne i 2012		
DDKM fokusområde (afsluttede sager: 7933. Heraf antal klassificerede/uklassificerede sager: 3816/4117)	Antal sager	%-fordeling
Allergi og intolerans	45	0,6%
Erkendelse af kritiske forværring	162	2,0%
Forvekslingsindgreb	7	0,1%
Hjertestopbehandling	33	0,4%
Instrumenter mv. efterladt i patient	11	0,1%
Involvering af medicinsk apparatur	369	4,7%
Ledsaget patienttransport	32	0,4%
Lægemedieladministration	858	10,8%
Lægemedieldispensering	422	5,3%
Lægemedielordination	816	10,3%
Mærkning af prøvemateriale til undersøgelse	178	2,2%
Patientidentifikation	510	6,4%
Reaktion på prøvesvar	208	2,6%
Rekv. og prøvetagning til diag. Undersøgelse	388	4,9%
Sedation uden anæstesipersonale	2	0,0%
Selv mord og selvmordsforsøg	67	0,8%
Totalt antal klassifikationer	4108	51,8%

En sidste gruppe, af hændelser, der bør nævnes er ”Rekv. og prøvetagning til diagnostisk undersøgelse”, hvor 4,9 % af hospitalshændelserne er placeret. Der er her tale om de processer, der har betydning i forhold til at kunne stille en diagnose. Derfor kan fejl og forsinkelser medføre, at patienter får stillet en diagnose og igangsat behandling senere end ønskeligt.

Det regionale patientsikkerhedsarbejde

Regionale projekter – Læring, forandring og effekt

Som det er nævnt i alle hospitalernes beretninger, har året 2012 stået i Patientsikkert Sygehus' tegn. Efter at Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2010 havde initieret projektet "Patientsikkert Sygehus" med et pilothospital i hver region, fik de regionale kvalitetschefer i Danske Regioners temagrube den idé at implementere tre af de tolv pakker bredt i hele hospitalsvæsenet.

I Region Midtjylland blev en plan for udrulning godkendt i Lederforum for Kvalitet i februar 2012. Kickoff blev holdt i august med ca. 130 deltagere fra alle hospitaler i regionen. Der blev nedsat grupper til at udarbejde fælles retningslinjer med tilhørende SFI (sundhedsfagligt indhold i MidtEPJ) for at sikre ensartet dokumentation og monitorering. På kickoff mødet blev ideen om et fagligt netværk lanceret, og det første møde i "PSS-Netværket" blev holdt i oktober med deltagere, der alle var ansvarlig for implementering af de respektive pakker i deres respektive hospital. Koordineringen af dette projekt har trukket omfattende ressourcer såvel i Kvalitet og Sundhedsdata som i hospitalerne, og er ved årsskiftet i en rimeligt positiv udvikling.

Samarbejdet med kommunerne er fortsat iht. den relevante sundhedsaftale med to møder årligt sammen med hospitalernes risikomanagere. Det tværsektorielle samarbejde er en permanent udviklingszone. Overgange mellem sundhedsvæsenets sektorer er et kendt risikoområde og fortjener optimal opmærksomhed.

Arbejdsgruppen om Sikker Patientidentifikation, som blev nedsat i 2011, afsluttede sit arbejde i marts, og arbejdet med at konkretisere de fundne risikoområder er fortsat i en mindre gruppe. Denne påregnes at levere et oplæg til handling i første kvartal af 2013. Det videre arbejde må forankres bredere i koncernen, idet nogle af de konstaterede risikoområder fordrer medspil fra IT, Indkøb og Medicoteknik mfl.

Ved økonomiaftalen mellem regionerne og regeringen for 2013 indførtes en målsætning om at reducere antallet af skader på patienter med 20 pct. over tre år. I Region Midtjylland blev man ret hurtigt enige om, at den mindst ringe metode til at vurdere antal skader er det amerikanske værktøj Global Trigger Tool, der også har været anvendt en del i Danmark, bl.a. i rammerne af Patientsikkert Sygehus. Kvalitet og Sundhedsdata har derfor taget kontakt til Dansk Selskab for Patientsikkerhed mhp. at arrangere temamøder og at forberede planer for udrulning af projektet til hospitalerne i de kommende år.

Patientsikkerhedsarbejdet

Det etablerede samarbejde med regionens hospitaler og sektorer er fortsat i samme gode ånd som hidtil. Faglig Gruppe for Patientsikkerhed er omdøbt til Netværk vedr. Patientsikkerhed – PS-Netværket -, og har fået fastlagt kommissorium mv. Netværket refererer til Samarbejdsgruppen mellem drift og stab på kvalitetsområdet – netværket

af kvalitetschefer. Dette giver god mening, og det har været frugtbart at få fastlagt rammerne for arbejdet. Det fritager imidlertid ikke parterne fra at vedligeholde samarbejdet hjemme i de forskellige afdelinger, så det fælles fodslag optimeres.

Regional risikomanager har fortsat varetaget samarbejdet med Patientombuddet i DPSD's driftsgruppe sammen med risikomanagere fra de øvrige regioner, kommunerne, KL og Danske Regioner mfl. Driften af databasen har budt på en del udfordringer, og samarbejdet mellem interessenterne om at skabe bæredygtige løsninger har fordret vedholdende opmærksomhed.

Risikomanager har ansvar for at videreformidle diverse meddelelser fra Patientombuddet. Sammen med de øvrige regioners risikomanagere har vi gjort gældende over for Patientombuddet, at den slags meddelelser bør sendes i høring i regionerne, før de rammer medierne, så man lokalt har mulighed for at forholde sig til sagen. Det har været praksis, den gang Sundhedsstyrelsen tog sig af området, og denne praksis er genoprettet.

DPSD er ikke en epidemiologisk database, men omfatter kun en ukendt stikprøve af et ukendt mørketal. Dens værdi består i, at den kan vise, hvad der sker i systemet om end ikke hvor meget. I årets løb har databasen i Region Midtjylland været benyttet som datakilde ifm. forskellige ændringer i sundhedsvæsenets organisation, hvor rapporter om utilsigtede hændelser kan belyse evt. uhensigtsmæssigheder ved den nye organisering. Det gælder fx omlægning af neurologien – specielt den akutte modtagelse af apopleksi-patienter – omlægning af svangreomsorgen og implementeringen af MidtEPJ.

Databasen anvendes også som datakilde ved forespørgsler fra medier, politikere mfl. Det kræver indføling og takt at håndtere disse: At understrege, at kvantitative opgørelser ikke er troværdige, og at håndtere kvalitative udsagn inden for de diskretionshensyn, materialet kræver.

En interessant henvendelse i samme boldgade har været en henvendelse fra regionens enhed for færdigheds- og simulationstræning SkejSim, der havde brug for indsigt i rapporterede hændelser især fra akutområdet for at kunne producere realistiske scenarier for simulationstræning. Samarbejdet fortsætter ind i det nye år.

Der har været ført drøftelser med den regionale lægemiddelkomite om at inddrage denne i arbejdet med de - meget hyppige - medicineringsfejl. Trods gode intentioner må det konstateres, at lægemiddelkomiteen har flere opgaver, end den har ressourcer til, så fordybelsen i dette område må vente lidt. Som det fremgår af hospitalernes beretninger, er medicineringsfejl et prioriteret område flere steder, og området fortjener øget opmærksomhed også fremover.

Hospitalsenhed Midt

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Større og længerevarende projekt om mærkning af prøver til Patologisk Institut

I 2010 blev man på HE Midt opmærksom på en række fejl i forbindelse med rekvisition og mærkning af prøver på Patologisk Institut. Derfor begyndte man fra maj måned 2010 at indberette samtlige utilsigtede hændelser relateret til rekvisition og mærkning af prøver. Til at starte med fandt man, at ca. 10 % af de prøver, der blev modtaget var behæftet med fejl. Gennem konstant overvågning og ledelsesopbakning lykkedes afdelingerne i løbet af 2011 at reducere fejlene til omkring 6 % fejlbehæftede prøver, men indsatsen var altså ikke tilstrækkelig ift. at nå målsætningen om max 1 % fejl.

I november 2011 besluttede man derfor at implementere en ny løsning hvor man ved hjælp af scanningsudstyr fik mulighed for at scanne en unik identifikation på hver enkelt prøve direkte ind på den elektroniske rekvisition via en webbaseret adgang til patologisystemet (Patoweb). Systemet blev i 2012 til at starte med implementeret på tre urologiske OP stuer og efterfølgende rullet ud på hele hospitalsenheden. Tiltaget betød, at antallet af fejl relateret til rekvisition og mærkning af prøver faldt markant. Det vurderes derfor, at Patoweb vil være et væsentlig element med henblik på at nå målsætningen om at komme under 1 % fejlbehæftede prøver. Systemet har dog den udfordring, at det er svært for afdelingerne at påføre den korrekte rekvisit hvorfor systemet midlertidigt kun kører på udvalgte afdelinger. Det vurderes dog, at problemet enten vil kunne løses ved træning af personalet eller gennem implementeringen af MidtEPJ. Det skal nævnes, at samtlige utilsigtede hændelser i forbindelse med rekvisition og mærkning af prøver stadig registreres således, Hospitalsenhed Midt kan følge effekten måned for måned.

Indførelse af kassetteprinter på Patologisk Institut

Med henblik på at eliminere den menneskelige faktor ved påskrivning af rekvisitionsnummer på prøver er der blevet indført kassetteprintere på Patologisk Institut, Hospitalsenhed Midt. Ved udskrivningsprocedurer i specialet patologisk anatomi, bliver patientidentifikation i form af rekvisitionsnummer på prøvekasetter, således udskrevet via en kassetteprinter, der er koblet på Patologisystemet i Logica. Tiltaget vurderes at bidrage til en betydelig reduktion i antal fejl i forbindelse med mærkning af patologiprøver.

Indførelse af glasprinter på Patologisk Institut

I 2013 forventes det, at der tages et nyt printesystem i brug på Patologisk Institut. Der er således via anskaffelsespuljen for 2013 ansøgt om glasprintere til brug ved mikrotomskæring af vævsnit. Glasprinter vil være tilkoblet Patologisystemet i Logica således, at der ved scanning direkte fra prøvekasetter med patientidentifikation kan udskrives objektglas med patientidentifikation. Det forventes, at glasprinter bliver

bevilget, samt at den vil være med til at eliminere de forbytninger der kan opstå under mikrotomskæring af vævsnit. Glasprintere er ikke særlig udbredt på Patologiafdelinger i Danmark, hvorfor det vil være relevant, at tiltaget bliver præsenteret i faglige sammenhænge indenfor faget.

Fokus på manglende mærkning af prøver udtaget i lægepraksis

I forbindelse med, at der d. 1. juni 2012 blev igangsat en ny ordning, for transport af prøver udtaget i lægepraksis til analyse på Klinisk Biokemisk Afdeling (KBA), Regionshospitalet Silkeborg, blev det observeret ved udpakning, at KBA i stigende omfang modtager prøver, som ikke er mærket korrekt med identitetsmærkat. Sådanne prøver må kasseres, idet det jo ikke er muligt at sammenholde prøverne med den patient, de er udtaget fra. I første omgang blev samtlige tilfælde som altid registreret i afdelingens interne afvigessystem. Men da det blev åbenlyst, at problemet var omfattende og ikke blot stammede fra en enkelt lægepraksis, valgte KBA, at igangsætte et tiltag, hvor afdelingen for det første rapporterer til DPSD 2 når fejl opstår. Derudover tilbagemeldes hændelser med umærkede prøver til lægepraksis. Endelig arbejdes der i afdelingen aktivt med at finde yderligere løsninger på problemet.

Indførelse af dobbelttjek af data

På baggrund af en konkret hændelse på Kvindeafdelingen, Hospitalsenhed Midt, er procedurer for patientidentifikation blevet indskærpet. Hændelsen forårsagede menneskelige omkostninger, som har haft betydning både for patient og personale. Hændelsen skyldtes, at afdelingens IT-systemer ikke taler sammen, hvilket betyder, at man på nuværende tidspunkt laver udprint fra det ene system, hvorefter man taster data ind i det andet system. Denne fremgangsmåde, der øger risikoen for fejl og forbytning er nu blevet indskærpet således, at man i afdelingen nu dobbelttjekker patientdata samt er mere opmærksom på patientidentifikation og indtastning af data. På sigt vil problemet dog afhjælpes når alle HE matrikler har samme EPJ system.

Øget fokus på forebyggelse af urinvejsinfektioner

I 2012 har der på Hammel Neurocenter været fokus på forebyggelse af urinvejsinfektioner med henblik på at reducere antallet af disse infektioner. Målet har været at sikre, at alle i sygeplejen kender og overholder de nyeste retningslinjer og procedurer for nedre hygiejne og anlæggelse af kateter. Derudover har målet været, at fysio- og ergoterapeuter er bekendte med proceduren for nedre hygiejne, når de i nødsituationer skal sikre en nødtørftig håndtering, hvis en patient har et uheld.

Fokus på patientsikkerhed og sikkerhed blandt personale i forbindelse med træning på trapper

På grund af nedsat funktionsevne og nedsat evne til at kooperere i situationen har en stor del af patienterne på Hammel Neurocenter øget risiko for fald eller glid i forbindelse med genoptræning. På foranledning af en rapport fra Arbejdstilsynet fra dec. 2012 vil Hammel Neurocenter således i 2013 sætte særlig fokus på såvel patientsikkerhed som sikkerhed hos personalet i forbindelse med bl.a. træning på trapper.

Fokus på sikkerhed i forbindelse med disponering og ophældning af medicin

På baggrund af et stort antal indberettede utilsigtede hændelser indenfor medicinering på Medicinsk Afdeling, Hospitalsenhed Midt, er der blevet lavet en særlig indsats for at nedbringe fejlene. Indsatsen har for det første belyst, hvad der forårsagede de mange indberetninger og det blev fundet, at ud af 45 indberetninger omhandlende medicinering skyldtes 35 fejl indenfor dispensering og administration. For det andet er der blevet lavet forskellige handlingstiltag i forbindelse med medicinering, hvor man sikrer, at der er ro omkring ophældning af medicin.

Effekten af tiltagene er, at der er langt færre indberetninger vedrørende medicinering siden maj. Derudover har man oparbejdet en betydeligt større respekt omkring ro, når der skal administreres og ophældes medicin.

Øget fokus på selvmordsrisiko og sikkerhed

Som følge af en Kerneårsagsanalyse vedr. et suicidalforsøg på Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt, er der blevet lavet to tiltag med henblik på at forebygge lignende hændelser. For det første har man sat børnesikringer op på alle vinduer, hvor det er relevant. Derudover blev det vurderet, at den regionale retningslinje 2.7.4: Vurdering af selvmordsrisiko, ikke var implementeret fuldt ud samt, at der manglede et velfungerende screeningsredskab, der kunne understøtte en sådan vurdering. På baggrund heraf vil der i løbet af foråret 2013 blive arrangeret undervisning vedrørende den regionale retningslinje 2.7.4: Vurdering af selvmordsrisiko (Center for Planlagt Kirurgi er initiativtager).

Erfaringsudveksling i forbindelse med indføring af nye infusionsposer

I efteråret 2012 blev der på HE Midt indført nye infusionsposer, som indeholdt fri luft. Ca. 3 uger efter, at infusionsposerne blev taget i brug skete der på Center for Planlagt Kirurgi en utilsigtet hændelse, der kunne være gået rigtig galt. Patienten kunne ved trykinfusion have fået utilsigtet luft ind i venesystemet, men på grund af skærpet opmærksomhed fra afsnitslederen og tilfældigheder, blev hændelsen taget i opløbet. Hændelsen har betydet, at man på hele Hospitalsenhed Midt er vendt tilbage til "gamle" bløde infusionsposer med ½ og 1 l, hvor trykinfusion kan forekomme og hvor risikoen for utilsigtede hændelser er stor, mens man fortsat anvender infusionsposer, som indeholdt fri luft i 50, 100 og 250 ml. poser, som ikke anvendes som trykinfusion.

Patientsikkerhedsarbejdet

HE Midt arbejder med de tre patientsikkerhedspakker indenfor:

- Tryksår
- Sepsis
- Sikker kirurgi

Som led i patientsikkerhedsarbejdet blev der i uge 36 gennemført en prævalensundersøgelse af trykskader på HE Midt. Undersøgelsen blev gennemført af sårsygeplejersker fra de forskellige matrikler, der udover at screene patienterne for trykskader vurderede sårenes kategori, patienternes madras, mobiliseringen af patienterne, samt hvilke aflastningstiltag, der var blevet iværksat m.v.

Undersøgelsergruppen registrerede derudover patienternes alder, køn, BMI, indlæggelsesform, risikovurderingen af undersøgelsens patienter samt, hvorvidt der var dokumentation for trykskaderne i patienternes journal.

Formålet med prævalensundersøgelsen var todelt. For det første havde den til formål at skabe et sammenligningsgrundlag med henblik på at kunne vurdere om der sker de nødvendige fremskridt på området. For det andet kan undersøgelsen være med til at sikre ny viden vedrørende, hvilke patientgrupper, der er mest udsat for trykskader, om screeningsredskaberne synes at virke efter hensigten m.v. Den endelige rapport på baggrund af prævalensundersøgelsen vil være klar i løbet af februar 2013.

Planerne for det kommende år

- Videreudvikling af Patoweb som redskab til sikker rekvisition og mærkning af prøver.
- Projekt vedrørende sikre fødsler, der skal køre over to år. På baggrund af erfaringer fra Sverige forventes projektet at få stor betydning for patientsikkerheden.
- Datadrevet kvalitetsarbejde herunder udvikling af datasamarbejdet mellem Regionen og Hospitalsenhed Midt.
- Udvikling af patientsikkerhedsarbejdet med henblik på differentieret og større udbytte af indberetninger til DPS2.
- Medicinering som tema for hele Hospitalsenhed Midt

Regionshospitalet Randers

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Patientfald

Formål: Forebyggelse af fald ved at afprøve teknologi, der formodes at kunne nedsætte risiko for fald under indlæggelse hos udvalgte faldtruede patienter i apopleksiafsnittet.

Tid og sted: Foråret 2012 på Apopleksiafsnittet.

Baggrund: Projektet blev iværksat på baggrund af et fortsat højt antal rapporterede patientfald.

Indhold: En alarmmåtte er blevet installeret og testet i et sengeafsnit hos en patientgruppe, der har stor risiko for fald.

Effekt/forventet effekt: Selve alarmmåtten har ikke haft den ønskede effekt, da den gav for mange falske alarmer. Til gengæld har projektet givet meget fokus på faldforebyggelse i afsnittet og har derfor haft en god pædagogisk effekt. Med inspiration fra projektet har personalet udarbejdet en fotoguide. Fotoguiden viser nogle af de utraditionelle faldforebyggende tiltag, som tages i brug i afsnittet.

Vidensdeling/spredningspotentiale: Fotoguiden kan inspirere andre afdelinger til faldforebyggende tiltag.

Patientsikkerhedsarbejdet

I løbet af 2012 har repræsentanter fra hospitalsledelsen gået 5 patientsikkerhedsrunder i forskellige afdelinger. Flere af runderne har belyst patientsikkerhedsmæssige udfordringer, der går på tværs af afdelinger, og forebyggende initiativer er iværksat.

Der er udarbejdet en lokal årsrapport for patientsikkerhed. Rapporten giver dels et overblik over patientsikkerhedsarbejdet samlet for hospitalet, men også på de enkelte afdelinger. Derudover er der lavet halvårlige rapporter til afdelingerne med deres egne data.

I 2012 deltog hospitalet med posters på

- 2nd Nordic Conference on Research in Patientsafety and Quality in Healthcare, København: Én var en præsentation af et projekt om krydspatienter, hvor ekspertsygeplejersker kan tilkaldes på tværs af afdelinger. En anden var en præsentation af, hvordan akkrediteringsprocessen havde sat yderligere fokus på rapportering af utilsigtede hændelser med en markant stigning i rapportering til følge.
- På International Forum on Quality and safety in Healthcare, Paris, deltog hospitalet med en poster om effekten af akkreditering, hvor rapportering af utilsigtede hændelser blev anvendt som en af måleparametrene.

Af yderligere patientsikkerhedsmæssige tiltag kan nævnes:

Patientsikkert Sygehus

Der er i efteråret 2012 arbejdet med de tre nationalt udmeldt pakker fra Patientsikkert Sygehus: Tryksår, Sepsis og Kirurgi.

Tryksår:

- Der er nedsat en arbejdsgruppe, der har udarbejdet en fælles retningslinje samt undervisningsmateriale til undervisning lokalt i afsnittene.
- Der er lavet baseline. Den 27. september blev alle indlagte patienter gennemgået af udvalgte nøglepersoner på alle afsnit. Til baseline målingen var der udarbejdet et skema med billeder og beskrivelser af de forskellige stadier trykskader samt en stiliseret mand, hvor det var muligt at angive, hvor på kroppen skaderne var sket.
- Alle afsnit har gennemført undervisning og har implementeret retningslinjen

Sepsis:

- Der er nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, der har arbejdet med en fælles retningslinje. Der har været meget fokus på, hvordan det skal implementeres i praksis.

Kirurgi:

- Alle elementer af Kirurgi pakken er implementeret tidligere.
- Der er ved at blive nedsat en arbejdsgruppe, der skal kigge på ændret registrering og monitorering i forbindelse med nye regionale SFI'er

ISBAR - TOKS

Der er fortsat fokus på at sikre implementeringen af retningslinjen for TOKS. Der har været gennemført en fokuseret journalaudit på elementerne i TOKS. TOKS har været emne på internt survey både i foråret og efteråret og for at styrke implementeringen yderligere, blev der i maj måned gennemført undervisning i ISBAR, hvor alle ansatte fik tilbud om at deltage. Undervisningen var planlagt dels som tavleundervisning, dels små øvelser og selvfølgelig med en isbar som gimmick. Der blev afholdt 9 undervisningsseancer for i alt 267 personaler.

Intern patienttransport

På baggrund af utilsigtede hændelser med intern patienttransport, blev der nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har udarbejdet en fælles retningslinje, hvor kriterierne for sundhedsfaglig ledsagelse ved intern transport er beskrevet.

Der er efterfølgende kommet ønske om at anvende samme vurderingskriterier i forhold til ekstern transport af patienter. Dette arbejde vil der blive taget fat på i 2013.

Postoperativ urinretention

På Opvågningsafsnittet har der været fokus på utilsigtede hændelser i forbindelse med postoperativ urinretention. En tværfaglig arbejdsgruppe har arbejdet med problematikken, og har udarbejdet en fælles retningslinje.

Tidstro medicinering på operationsdag

På opvågningsafsnittet har der været udfordringer med, at personale på stamafsnit kvitterer for, at medicinen er "ophældt" i EPJ, når medicinen enten er ophældt i doseringsæsker til et døgn ad gangen eller er udleveret til patienten til selvadministration. På opvågningen betyder dette, at man ikke kan dokumentere, at medicinen er administreret i EPJ eller, at man ikke kan være sikker på, at patienten har taget medicinen, hvis patienten ikke selv kan huske det. Dette har givet risiko for fejlmedicinering og u hensigtsmæssige arbejdsgange i registreringen af medicinadministrationen.

Problemet blev drøftet på en patientsikkerhedsrunde og efterfølgende er der lavet klare aftaler mellem sengeafsnit og OP/Opvågningen om, at for alle operationspatienter skal medicineringen være tidstro på operationsdagen.

Generelt arbejdes der henimod tidstro medicinering på alle afsnit.

Akut medicinsk kald

Der er, på baggrund af blandt andet nogle alvorlige hændelser, lavet en fælles retningslinje for Akut Medicinsk Kald, dvs. tilkald af behandlingsteam, som etableres ved akut ABC ustabile patienter.

Isolationspatienter

Hygiejneorganisationen på hospitalet har haft meget fokus på bl.a. MRSA, herunder transport af isolationspatienter. På internt survey er problematikken blevet belyst og der er iværksat yderligere undervisning af relevante faggrupper.

Planerne for det kommende år

I 2013 er det planlagt at arbejde med følgende områder:

- Fortsat implementering og monitorering af de tre pakker i Patientsikkert Sygehus.
- Udarbejdelse af fælles retningslinje for kriterier for ekstern transport.

Hospitalet deltager for første gang som vært for det europæiske udvekslingsprogram HOPE for sundhedsprofessionelle. Temaet i 2013 er patientsikkerhed og hospitalet er vært for tre udenlandske sundhedsprofessionelle. Hospitalets risikomanager skal også selv på udveksling og forventer at få nye ideer til, hvordan man kan arbejde med patientsikkerhed.

Hospitalsenheden Horsens

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Patientsikkert Sygehus

Hospitalsenheden Horsens (HEH) blev d. 26. april 2010 officielt udpeget til at være ét af fem patientsikre sygehuse i Danmark. Projektet var oprindeligt et treårigt projekt, der løb i perioden 2010-12, men i 2012 blev projektet forlænget til og med 2013.

På HEH arbejder vi i den forbindelse med implementering af 12 kliniske pakker inden for 5 spor (intensiv, sengeafdeling, medicin, kirurgi og ledelse). HEH er i 2012 nået rigtig langt med implementeringen af de 12 pakker, og vi er begyndt at se en del rigtig gode resultater.

Nedenfor gives en kort status på nogle af de til dato opnåede resultater.

- **HSMR:** Godt og vel halvvejs mod målet om en 15% reduktion i HSMR.
- **GTT:** Frem til maj 2012 kunne man se en markant nedgang i antallet og alvorligheden af skaderne på Horsens. I forhold til målet om en 30% reduktion var vi nået mere end halvvejs. Indførelsen af MidtEPJ i maj har ændret GTT-metoden på Horsens og derfor afventer vi resultater fra perioden efter maj.
- **Sepsis:** Tæt på en halvering i dødeligheden for de patienter, der ender på intensiv.
- **AMI:** I 2012 kunne vi dokumentere, at der gik betydeligt længere mellem AMI-dødsfald. Ved projektstart var det ca. hver 14. AMI patient, der døde, hvorimod det medio 2012 var ca. hver 29. patient.
- **Kirurgi:** I 2012 har vi desuden kunnet dokumentere et fald i dødeligheden for opererede patienter fra 1,12% til 0,75%.
- **CVK:** I starten af 2012 fejrede vi, at det var mere end 300 dage siden der sidst havde været en CVK-infektion.
- **Respiratorpakken:** Mod slutningen af 2012 fejrede vi, at det var mere end 600 dage siden der sidst havde været en respiratorrelateret pneumoni (VAP).
- **Højrisikomedicin:** I 2012 har vi set et markant fald i antallet af patienter, der har forhøjede INR-værdier (> 6). Baseline medianen lå på 4,5 patienter pr. måned, og i de seneste 11 måneder har hospitalet været under medianen (heraf var der i 3 af månederne 0 patienter med forhøjede INR værdier).

Ud over disse resultatmål har vi opnået en del gode resultater på processerne. Her kan nævnes:

- **PVK- og KAD-pakken:** På stort set alle afsnit har man nået procesmålet om, at der i > 90% af tilfældene er en dokumenteret indikation for kateteret. Og de fleste afsnit har allerede nu nået 2013 målet om >90% i 3 af 4 måneder.

- **Tryksårspakken:** På stort set alle afsnit har man nået procesmålet om, at der i > 90% af tilfældene har fundet en daglig screening for tryksår sted. Og de fleste afsnit har allerede nu nået 2013 målet om >90% i 3 af 4 måneder.

Nævneværdige tiltag i 2012 i forbindelse med Patientsikkert Sygehus:

- Udarbejdelse af SFI'er til de 12 pakker i Patientsikkert Sygehus.
- Bidraget til regional udbredelse af sepsis-, kirurgi- og tryksårspakken.
- Har præsenteret resultater på 2 af pakkerne på Kvalitetskonference i Paris.
- Har etableret en daglig patientsikkerheds-aftenkonference på hospitalet (bagvagter + MAT-sygeplejerske drøfter kritiske patienter og den generelle patientsikkerhedssituation på hospitalet).
- Hospitalsledelsen gennemfører i snit 3 patientsikkerhedsrunder pr. måned (afdelings- og afsnitsledelser går ligeledes runder).
- Afholdt diverse events så som tryksårsdag, TOKS-runder, tryksårskaravane, ISBAR-events m.m.

Patientsikkerhedsarbejdet

På hospitalet arbejdes der ud over Patientsikkert Sygehus blandt andet med patientsikkerhed via:

- Patientsikkerhedsnetværket
- Patientsikkerhedsrunder i afdelingerne
- ISBAR-events
- Uddannelse af alt nyt personale i UTH-arbejdet – herunder, hvordan der indrapporteres til DPS2.

Ultimo 2011 gennemførte man på Hospitalsenheden Horsens en decentralisering af UTH-arbejdet, således at der i alle afdelinger er lokale UTH-sagsbehandlere. I 2012 har vi konsolideret denne decentralisering samt implementeringen af den nye patientsikkerhedsdatabase.

- Arbejdet med UTH'er:
 - Der er gennemført dybdegående analyse på 7 hændelser (heraf ikke alle dødelige).
 - Nye patientsikkerhedsnøglepersoner uddannet via Rebild-kurser.
 - Videndeling internt på hospitalet via patientsikkerhedsnetværket.
 - Oplæg for hele sekretærgruppen omkring UTH'er – og hvilken rolle sekretærerne spiller i arbejdet med UTH'er.

Efter flere hændelser omkring samling af sug, er der blevet lavet analyse af, om der findes mere hensigtsmæssige connectorer – flere typer afprøves nu.

Planerne for det kommende år

Det er planen, at Hospitalsenheden Horsens er i mål med Patientsikkert Sygehus. Konkret betyder dette, at vi inden sommerferien 2013 har opnået de fastsatte mål på pakkerne og herefter overgår til en konsoliderings-fase.

Endvidere er det planen, at et ambitiøst uddannelsesprogram rulles ud til alle ansatte på HEH. Uddannelsesprogrammets mål er, at alle medarbejdere uddannes og oplæres i et nyudviklet koncept for innovation og forbedringsarbejde. Dette program vil understøtte det generelle arbejde med at forbedre patientsikkerheden.

I forhold til UTH-arbejdet er det planen, at samarbejdet med primærsektoren styrkes yderligere.

Århus Universitetshospital

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Hospitalet har i 2012 arbejdet med flere patientsikkerhedsprojekter både på hospitals- og afdelingsniveau. I det følgende præsenteres en række af projekterne.

Patientsikkert sygehus

Projekt Patientsikkert sygehus startede formelt set på hospitalet efter det regionale kick-off i august måned. Arbejdet med de tre pakker er forankret i Kvalitetsafdelingen med en koordinationsgruppe, hvorfra repræsentanter deltager i 3 arbejdsgrupper, en for hver pakke i henholdsvis Rådet for forebyggelse af trykskader, Hygiejnerådet og Kirurgigruppen. I løbet af efteråret har hospitalet arbejdet med det forberedende arbejde, fået organiseringen af projektet på plads og iværksat forskellige informationsmøder og undervisningstilbud til afdelingerne. Alle deltagende afdelinger er herefter klar til at arbejde med pakkerne i januar 2013.

Bakteriæmiprojekt

Ifølge loven skal alle hospitalserhvervede infektioner rapporteres til DPSD. Hospitalets Kvalitetsråd fandt, at dette ville være en stor og uholdbar arbejdsopgave, og vi valgte derfor at afprøve et pilotprojekt i forhold til at fokusere rapporteringer på de patienter, der får en bakteriæmi under indlæggelsen. Tre udvalgte afdelinger deltog i projektet. Alle hændelser blev analyseret via en journalaudit. Det var et stort arbejde for de deltagende afdelinger, men projektet gav god læring, og alle afdelinger fandt en række hygiejnemæssige opmærksomhedspunkter, som de arbejder videre med. Imidlertid vurderes det, at metoden ikke er egnet til rapportering til DPSD og ikke vil give et reelt billede af utilsigtede hændelser i forhold til infektioner på hospitalet.

Medicinering

På AUH er ca. 30% af de rapporterede utilsigtede hændelser medicineringsfejl. Hospitalets medicineringsgruppe blev derfor etableret medio 2011 med henblik på at sætte spot på medicineringsområdet, udpege indsatsområder og udarbejde handleplaner. I 2012 har gruppen arbejdet med følgende indsatsområder:

- Medicinafstemning og -gennemgang
- Ordinationsfejl
- Opbevaring af lægemidler

Medicineringsgruppen har nedsat tre arbejdsgrupper, der har udarbejdet handleplaner for de 3 områder. Handleplanerne er godkendt af Kvalitetsrådet i oktober 2012.

Medicinafstemning og -gennemgang

Arbejdsgruppen har med afsæt i utilsigtede hændelser vedrørende manglende medicinafstemning forsøgt at afdække, hvorfor denne er så vanskelig at gennemføre. Dokumentation af medicinafstemning var et krav i DDKM version 1, men medicinafstemningen kunne ikke dokumenteres i Medicinmodulet på grund af manglende historik. Afdelingerne skulle derfor dokumentere dette i Klinisk proces, hvilket blev oplevet som dobbeltdokumentation og unødvendigt. Indførelse af Fælles Medicinkort

(FMK) forventes at kunne løse problemet og medføre en reduktion af medicineringsfejlene.

Medicinafstemning er ikke længere et krav i DDKM version 2, men derimod er der krav om medicingennemgang. Der arbejdes derfor på udarbejdelse af en regional retningslinje for medicingennemgang; herefter vil arbejdsgruppen skulle tage stilling til, om det er nødvendigt at udarbejde en lokal retningslinje, hvoraf det tydeligt fremgår, hvilke kriterier, der skal være til stede ved medicingennemgang.

Ordinationsfejl

Arbejdsgruppen har gennemgået en tilfældig stikprøve på medicineringsfejl fra DPSD og identificeret to områder med behov for en indsats: "Medicinering i det perioperative forløb" samt "Lægers brug af Medicinmodulet (MEM)".

I forhold til lægers brug af MEM har arbejdsgruppen afdækket, hvilke undervisnings-tilbud afdelinger giver til (nyansatte) læger i MEM, og de har interviewet 10 læger vedrørende deres introduktion og oplæring i MEM samt deres ønsker og behov til introduktion, undervisning og opdatering. Afdækningen har vist, at der er stor lokal variation i undervisningstilbuddene og kun få afdelinger gør brug af det centrale undervisningstilbud til nyansatte læger. Dernæst har det vist sig, at lægerne har meget varierende ønsker til introduktion, undervisning og opdatering. Der er dog ét fælles træk – de ønsker i vid udstrækning at blive undervist lokalt af egen faggruppe og kun i funktionaliteter, der er relevante for dem. Den udarbejdede handleplan omfatter derfor følgende tiltag: Obligatorisk undervisning i MEM, MidtEPJ lig undervisning i hjertestop og brand. Udpegning af lægefaglige superbrugere i alle afdelinger samt systematisering af information om nye funktionaliteter i Midt EPJ. Forslaget om undervisning af lægegruppen ligger nu i Styregruppen for den centrale introduktion og afventer årets første møde.

I forhold til medicineringen i det perioperative forløb, viste det sig at være uklart *hvem*, der havde ansvaret for at ordinere *hvilke* lægemidler. Der er derfor blevet udarbejdet en retningslinje for perioperativ medicinering for voksne patienter, som er udsendt med henblik på implementering. Dernæst er børneanæstesiologerne ved at udarbejde en retningslinje for børn.

Opbevaring af lægemidler

Den sidste stikprøvekontrol på opbevaring af lægemidler i maj 2012 viste, at der fortsat er afdelinger, der ikke opbevarer lægemidler helt korrekt og, at der var problemer med mange rum, der var alt for varme. Arbejdsgruppen har derfor foranlediget, at Teknisk afdeling og Apoteket i samarbejde har undersøgt samtlige medicinrum og -skabe på AUH i forhold til at afdække omfanget af problemet og vurdere muligheden for temperatursænkende tiltag. Gennemgangen viste som forventet, at der var problemer med at overholde temperaturgrænserne, især i medicinrummene i Skejby og på NBG samt i medicinkøleskabene på alle matrikler. Teknisk afdeling vil i løbet af 1. kvartal 2013 beregne, hvad det vil koste at udbedre problemerne. Overslaget vil herefter forelægges Hospitalsledelsen.

Afbrydelser - fra selvfølgeligheder til nødvendigheder

Afdeling T.

Afbrydelser er et mere eller mindre eksplicit problem, der kan give anledning til stress, irritation, fejl og UTH eller ufokuserede arbejdsprocesser og hermed negativt påvirke patientforløb, arbejdsmiljø og patientsikkerhed.

I perioden 1. januar 2011 - 30. juni 2012 har Hjerte,-Lunge-Karkirurgisk afdeling T foretaget et observationsstudie, kvalitative interview og registrering af afbrydelser med henblik på at undersøge, hvordan unødvendige afbrydelser kan reduceres. Virksomme interventioner var helt konkret anvendelse af nærværslamper, brug af nursefinder, faste koordinatore samt anvendelse af gule veste i forbindelse med medicinadministration. Derudover sås, at afholdelse af dialogmøder, opmærksomhed på at skærme sig selv og andre fx ved at lukke døren eller minimere antal personer på kontoret og i medicinrum betød færre afbrydelser. Afdelingen har på tre måneder oplevet, at det samlede antal afbrydelser blev reduceret med 37 %, ligesom følgende tendenser kan registreres: Andelen af afbrydelser i medicinrum er reduceret, sygeplejersker afbryder mindre, der opleves færre trafikpropper i døråbningen på kontor samt mere ro under medicindosering og stuegang. Der er stadig fokus på afbrydelser, hvor det opleves mere legalt at sige fra overfor disse eller udskyde involvering heri.

Oplæg omkring projektet er holdt for ansatte på AUH i auditorium, i Kvalitetsrådet og andre relevante fora. En artikel er sendt til "Sygeplejersken" og en artikel til Clinical Nursing Research er under udarbejdelse.

Forbedret kontrol ved opsætning af transfusioner

Klinisk Immunologisk Afdeling og Blodcenter Midt

I 2012 er der efter ønske fra Regionalt Transfusionsråd nedsat en arbejdsgruppe til at standardisere kontrolprocedurer i forbindelse med opsætning af blodtransfusioner. Hittidig praksis i Danmark har været, at 2 sundhedspersoner udfører kontroller ved sygesengen. Den transfusionsansvarlige person og kontrollanten checker og signerer for korrekt udført kontrol.

Ønsket har været en forenkling af proceduren uden at gå på kompromis med patientsikkerheden. Dette kan nu tilbydes i hele Region Midt fra februar 2013, hvor der bliver mulighed for elektronisk opsætningskontrol. Denne kræver kun én sundhedsperson samt en "teknisk medspiller" nemlig en PC med tilkoblet håndscanner til stregkodeaflysning.

Sikkerheden opretholdes ved, at der via PC'en udføres en identitetskontrol af patienten via Identitetsbånd (ID-bånd) og af blodkomponenten. Den transfusionsansvarlige sundhedsperson får umiddelbart svar tilbage på skærmen på PC'en, om den aktuelle blodkomponent må transfunderes til den aktuelle patient. Er betingelserne ikke opfyldt, kommer der en tydelig STOP-melding på skærmen.

ID-båndet skal være anbragt på patienten før evt. transfusion. Sundhedspersonalet, der varetager opsætning af transfusioner, skal være instrueret i de nye procedurer før de må anvendes. Denne oplæring skal være dokumenteret.

Den forventede effekt er færre fejl ved opsætning af transfusioner, mere tidstro registrering af transfusioner samt bedre udnyttelse af personalets tid.

Hospitalet er de første i Danmark, der tager elektronisk opsætningskontrol i anvendelse i forbindelse med blodtransfusion.

Dette vil være interessant for andre i det danske sundhedsvæsen og også på europæisk plan.

Dobbelttjek af medicin

Pædiatrisk Cardiologisk Afdeling A7

Projektets formål har været at påvise den positive effekt ved dobbelttjek af medicin overfor afdelingens sygeplejersker, ligesom indsatsen har haft til formål at minimere antallet af medicineringsfejl og derved øge patientsikkerheden.

Projektet har været inspireret af Patientsikkert sygehus, der blandt andet har medicineringsfejl som et af deres fokusområder.

Hver morgen blev sygeplejersker parret to og to. Medicinen blev doseret på følgende måde:

- Barnets navn og CPR blev kontrolleret sammen.
- Begge sygeplejersker så sammen i EPJ, hvad ordinationen lød på.
- Den ansvarlige sygeplejerske viste præparat og dets opløsning/styrke til kontrollanten.
- Den ansvarlige sygeplejerske angav administrationsmåden.
- Den ansvarlige sygeplejerske doserede medicinen imens kontrollanten lavede en udregning på ordinationen.
- Den optrukne medicin og administrationsmåde blev dobbelttjekket med kontrollantens udregning.

I projektperioden blev der opdaget fire fejl. Effekten af dobbelttjek blev synlig for afdelingens sygeplejersker og som følge heraf, er der helt naturligt blevet skabt en øget opmærksomhed på medicinadministrationen. Ved at opdage fejlene inden medicinen blev givet til patienten, blev patientsikkerheden ligeledes øget.

Resultaterne har bevirket, at al medicin fremover skal dobbelttjekkes, så vidt det er muligt, med visse undtagelser ved f.eks. vitaminer og laksantia.

Projektet er delt med de øvrige pædiatriske afdelinger på Aarhus Universitetshospital og der er nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en retningslinje for, hvordan dobbelttjekket skal foregå, samt hvilke præparater, der vurderes ikke at kræve dobbelttjek i de forskellige afsnit.

Den gode overflytning. Guide til overflytning fra intensiv til sengeafdeling

Intensiv terapiafsnit ITA, Anæstesiologisk Afdeling

Baggrunden for projektet er en litteraturgennemgang relateret til en opgave på intensivuddannelsen. Litteraturen påpegede, at overflytningen fra intensiv til stamafsnit kan være angst- og stressprovokerende for patienten; samtidig blev der i

afdelingen gennemført en kerneårsagsanalyse, der bl.a. afdækkede et behov for bedre kommunikation mellem intensiv og stamafsnit i forbindelse med udskrivelsen. Formålet med projektet er således at synliggøre og formidle viden om, hvilke sygeplejetiltag, der kan være med til at optimere patientens muligheder for at opnå en positiv overgang mellem intensiv og sengeafsnit.

I projektet er der udarbejdet en instruks og en plakat: *Den gode overflytning; Guide til overflytning fra intensiv til sengeafdeling* med afsæt i de anbefalede tiltag i litteraturen, og de allerede eksisterende tiltag. Instruks og plakat fungerer som et idékatalog. Dernæst er personalet blevet undervist. Effekten af projektet er endnu ikke målt, da det først afsluttes februar 2013.

Projektet er præsenteret via en poster på Det intensive Sygeplejesymposium i Region Midtjylland.

Patientsikkerhedsarbejdet

Nyttige værktøjer

- Patientsikkerhedsaudits af utilsigtede hændelser med alvorlig patientskade eller døden til følge.
- Hændelsesanalyser af utilsigtede hændelser med moderat og alvorlig patientskade.

Undervisningsaktiviteter

- To temadage for lægesekretærer.
- Kvartalsvise netværksmøder for hospitalets patientsikkerhedskoordinatorer med aktuelle patientsikkerhedsrelevante emner.
- To workshops om sagsbehandling samt statistikudtræk fra DPS2.
- Temamøde om "Patientsikkert sygehus".

Rapporter/publikationer

- Rapporter fra dybdegående analyser.
- Aarhus Universitetshospitals årsrapport.

Patientsikkerhedskulturen/Rapporteringskulturen

Rapporteringskulturen vurderes at være god, idet der rapporteres knap 3500 hændelser pr. år.

Alvorlige hændelser rapporteres og analyseres. På netværksmøderne er der et fast punkt på dagsordenen: UTH-forum. Her tager patientsikkerhedskoordinatorerne en hændelse op fra deres afdeling med henblik på vidensdeling og fælles læring. Nyhedsbreve indeholder altid en status på rapportering, samt lokale temaer og emner indenfor patientsikkerhed.

Deltagelse i konferencer, kurser, møder og netværk

Risikomanagere, patientsikkerhedskoordinatorer og andre relevante nøglepersoner har deltaget i:

- Den årlige patientsikkerhedskonference, arrangeret af Dansk Selskab for patientsikkerhed, april måned i København.
- Kick-off møde august omkring Patientsikkert sygehus.

- Nationale og regionale netværksmøder
- Kursus i sikkerhedstænkning og risikostyring ved Syddansk Universitet.
- Deltagelse i *International Forum on Quality and Safety in Healthcare* i Paris.

Planerne for det kommende år

Hospitalet har følgende indsatsområder i 2013:

- *Risikostyring*: Den reaktive del af risikostyringen er veletableret på AUH, men i 2013 skal der yderligere fokus på den proaktive risikostyring via en re-implementering af hospitalets retningslinje for risikostyring.
- *Patientsikkert sygehus*: De tre pakker – sepsis, tryksår og kirurgi – skal implementeres i alle relevante afdelinger. Afdelingerne skal i gang med at monitorere og afrapportere data i forhold til resultat- og procesmålene i de respektive pakker.
- *Kontinuitetsbrud*: Både interne brud i overgangen mellem hospitalets afdelinger, men også eksterne brud ved udskrivelsen til primærsektoren. De rapporterede tværsektorielle hændelser analyseres med henblik på at identificere mønstre og tendenser, der kan danne afsæt for forebyggende indsatser.

Hospitalsenheden Vest

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

I november 2013 havde Hospitalsenheden Vest (HEV) midtvejsbesøg af IKAS som en milepæl frem til næste akkreditering. HEV fik følgende bemærkninger med på vejen:

“Hospitalsledelsen har stor fokus på kvalitet og patientsikkerhed, Der findes en velfungerende kvalitetsorganisation, hvor ledelsen på alle niveauer tænker kvalitet og patientsikkerhed. Der er mange dedikerede nøglepersoner indenfor kvalitet og patientsikkerhed, og en veludviklet kvalitet og patientsikkerhedskultur præget af ansvarsfølelse, omhyggelighed, åbenhed, og nytænkning. Der er en veldefineret plan for kvalitetsmonitorering og systematisk opfølgning på kvalitetsbrist. Der går patientsikkerhedsrunder.”

Der udarbejdes mønstre og tendenser på patientsikkerhedsområdet som en afledt konsekvens af akkrediteringen. De årlige rapporter medvirker til at identificere de områder, hvor der særlig ses brist – både lokalt og centralt. HEV har fortsat udfordringer:

- Problemer indenfor de Administrative processer udgør 32 % og kommunikation og dokumentationsprocesser udgør 29 % af det samlede antal hændelser. Hovedparten handler om uklarhed i indkaldelser og henvisninger, som gør, at patientforløbet forsinkes og der sker forskellige kvalitetsbrist. Der er igangsat flere projekter på området:
 - Udviklingsprojekt i samarbejde med almen praksis og Nære Sundhedstilbud. Styregruppen for projektet går videre med en del tekniske forbedringer i Midt EPJ samt forbedringer af arbejdsgange i sektorovergange. Projektet skal deles i regionen i 2013.
 - Mange mangelfuldt udfyldte røntgenhenvisninger fra ortopædkirurgisk afdeling har afstedkommet en kulegravning på området og ændrede arbejdsgange i Ortopædkirurgisk afdeling.
 - Forkerte arbejdsgange i digitalt dikteringssystem (MIRSK) betød delay i udredning af patienter. Området er analyseret. Der er nyt dikteringssystem og nye arbejdsgange på vej i 2013.
 - Udredning af årsagen til forsinket udsendelse af genoptræningsplaner. Området er analyseret og der gøres en indsats for nye arbejdsgange i Midt EPJ og der er månedlig opfølgning i 2013.
- Fejl i Medicineringsprocessen udgør ca. 25 % af hændelserne i HEV. Det er ikke lykkedes at få etableret en sikker medicinafstemningsproces. Medicinhåndteringsgruppen på tværs i HEV tager i 2013 initiativ til en tværfaglig kvalitativ audit på hele medicineringsprocessen for udvalgte risikopatienter.
- Kliniske processer udgør 17% af hændelserne. Analyse af disse hændelser har medført, at flere retningslinjer er revideret mhp. forbedrede arbejdsgange (f.eks. anvendelse af TOKS scoren til vurdering af, hvilken transport, der skal bestilles, større opmærksomhed imod patienters medicinering når de har sonder

- og blærescanning efter 1. vandladning af alle patienter, der har haft permanent blærekateter).
- Der er foretaget dyberegående analyser af hændelser med dødelig udgang og på hændelser af alvorlig karakter med stort læringspotentiale. Resultatet af disse analyser er bl.a.:
 - Ændret håndtering af den akutte patients pleje og behandlingsbehov, herunder involvering af erfarne kolleger i tvivlssituationer.
 - Ændret håndtering af akutte blodprøvesvar og henvisninger.
 - Præcisering af visitering af kirurgiske patienter såvel internt i HEV som i Regionen. (se på patientens behov og ikke forsøge at undgå indlæggelser).
 - Etablering af overbliksbilleder i Midt EPJ, tidstro registrering og med angivelse af korrekt kompetenceniveau for bestilling af prøver på patientens stamafdeling.
 - Klar og entydig kommunikation om patienter på tværs af afdelinger og hospitalsenheder.
 - Opstramning af transport af akut dårlige patienter internt i HEV og i Regionen.

Der er gået 7 patientsikkerhedsrunder i 2012. En af runderne har været gået i "Patientens Fodspor". Af de 17 problemområder, der er identificeret, drejer knap halvdelen sig om kommunikationsproblemer. En fjerdedel drejer sig om problemer med bygninger, apparatur og udstyr. Resten fordeler sig på problemer, der vedrører kapacitet, arbejdsmiljø, manglende eller upræcise retningslinjer og instrukser samt forhold, der drejer sig om de organisatoriske forhold i HEV.

Implementering af DPSD 2 har betydet etablering af decentral sagsbehandling. Flere afdelinger har i 2012 selv skaffet grundlaget for at se på mønstre og tendenser på patientsikkerhedsområdet. Risikomanagerne har undervist de decentrale sagsbehandlere og udarbejdet skriftlige vejledninger til brug for det lokale arbejde med databasen.

Den tværsektorielle samarbejdsgruppe for patientsikkerhed har haft fokus på øget indrapportering og læring af tværsektorielle analyser.

Patientsikkerhedsorganisationen deltager i projektorganisationen for DNV (Det nye Hospital i Gødstrup) med henholdsvis at inddrage bruger & borgeraspektet og sikre, at patientsikkerhedsaspektet tænkes med i alle faser af design og byggeprocessen.

I 2012 påbegyndtes implementering af Kirurgi- Sepsis- og Tryksårspakken fra Patientsikkert Sygehus. Der er trukket lokale tal for baseline på alle områder. Der er nedsat kliniske grupper for hver pakke, hvis opgave er at initiere og forestå den overordnede implementering i HEV, herunder sikre, at de foreskrevne resultat- og procesmål nås. Der er lagt planer for implementering i 2013. Aktuelt ventes der på, at de regionale retningslinjer og SFI'er bliver tilgængelige.

HEV har taget konceptet for Waste-runder i brug. Der er gået 6 runder i 2012 på hhv. medicinske sengeafsnit og akutafdelingen. Hospitals-, afdelings- og funktionsledelser får - på en relativt hurtig måde - indsigt i: hvilke aktuelle patienter, der er i afdelingen, hvorfor de er der og ikke mindst, hvilke planer, der er lagt. Der har deltaget repræsentanter fra primær- og praksissektoren. De foreløbige erfaringer er, at patientforløbene er effektivt tilrettelagt og, at de patienter, der er indlagte er dårlige og har behov for hospitalets kompetencer. Der er dog også påvist et potentiale for en fremtidig anderledes opgavefordeling mellem sektorerne. Waste-runderne fortsætter i 2013, hvor der også vil blive kigget på ambulante forløb.

Ved etableringen af DPSD 2 blev utilsigtede hændelser, der er relateret til hygiejne og nosokomielle infektioner, rapporteringspligtige. I HEV holdes der halvårlige møder mellem patientsikkerheds- og hygiejneorganisation for at overvåge mønstre og tendenser på området.

Patientsikkerhedsarbejdet

Nye redskaber

- I patientens fodspor er lanceret i organisationen og taget i brug januar 2012.
- Testet APPén – i patientens fodspor for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Waste-runder.

Eksisterende redskaber

- Dyberegående analyser – enkeltstående og aggregerede.
- Patientsikkerhedsrunder.
- Audit både på institutionsniveau samt tværsektorielt.
- 'Sikker Sammen' / Sig frem Postkort er taget i brug i flere afdelinger.

Undervisning

- To lokale temadage for patientsikkerhedsnøglepersoner.
- To netværksmøder for lokale sagsbehandlere hovedsagelig brugt på DPSD 2 og hvordan man formidler patientsikkerhedsområdet i egen afdeling.
- 10 workshops for DPSD 2 sagsbehandlere og derudover sidemandsoplæring.
- Et regionalt opfølgingskursus for patientsikkerhedsnøglepersoner.
- Et regionalt grundkursus for patientsikkerhedsnøglepersoner.
- Tre nyhedsbreve om patientsikkerhed.

Kurser, konferencer, møder m.v.

- Patientsikkerhedskonferencen april 2012.
- Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet oktober 2012.
- Patientsikkerhedskonference Primær sektor oktober 2012.
- Diverse møder i regional Faglig gruppe for Patientsikkerhed.
- Diverse møder i den lokale og regionale gruppe for tværsektorielt samarbejde for patientsikkerhed.

Andet

- I samarbejde med EPJ-ansvarlige arbejdes kontinuerligt med udvikling og sikring af relevante SFI'er i Midt EPJ mhp. at skabe mulighed for effektiv registrering af patientsikkerheds relevante data.
- Kontinuerligt arbejde med medicinsikkerheden i Medicinhåndteringsgruppen.
- Patientsikkerhedsrunder på afdelingsniveau anført af akutafdelingens afdelingsledelse.

Planerne for det kommende år

På baggrund af halvårlige møder mellem patientsikkerhedsorganisationen og hospitalsledelsen, lægges der planer for særlige indsatsområder. I 2013 fokuseres på følgende:

- Understøtte regionens kvalitetsmål, her særligt implementering af Kirurgi-, Sepsis- og Tryksårspakke.
- Videreudvikle patientsikkerhedsrunderne mhp. evt. også at inddrage patienter og pårørende.
- Fortsætte Waste-runder.
- Foretage dyberegående analyser som hidtil og overveje, hvor det kan være hensigtsmæssigt at kigge på flere forløb samtidig.
- Forberede næste akkreditering i foråret 2014.
- Fortsat stort engagement i DNV-byggeriet i 2013.

Psykiatrien i Region Midtjylland

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Udvalgte aktiviteter og tiltag for psykiatriens patientsikkerhedsarbejde i 2012:

Samarbejde, kontinuitet og sikkerhed

Der er i 2012 iværksat et intensiveret arbejde omkring sikkerhed i behandlingspsykiatrien og samarbejde om kontinuitet i overgange mellem behandlingspsykiatrien og andre sektorer. Særligt har der været fokus på:

- Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og andre sektorer, for retspsykiatriske patienter med dom til behandling, herunder:
 - Udarbejdelse af samarbejdsaftaler mellem psykiatrisk afdeling og botilbud i socialpsykiatrien.
 - Lokal udmøntning af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt behandlingsdom eller dom til ambulante behandling.
- Sikkerhedsprocedurer med henblik på at sikre personale, patienter og pårørende mod vold og risikobetonede arbejdssituationer.

Medicinering

På baggrund af national opmærksomhed omkring brugen af antipsykotisk medicin er der foretaget en kortlægning af forbruget af antipsykotisk medicin blandt indlagte og ambulante patienter i psykiatrien i Region Midt. Hospitalsledelsen har på den baggrund iværksat en række initiativer for at kvalitetssikre behandlingen med antipsykotisk medicin.

Øvrige fokusområder

Der har desuden i 2012 været særligt fokus på:

- Somatisk sygdom blandt psykiatriske patienter – observation og opfølgning på kritiske observationsfund.
- Hjertestop og hjertestopprocedurer – tidlig erkendelse og alarmeringsprocessen.
- Selvmord og selvmordsforsøg blandt indlagte og ambulante patienter.

Patientsikkerhedsarbejdet

Rapportering og læring af utilsigtede hændelser er solidt forankret i afdelingerne i stort set hele psykiatrien. Der arbejdes derfor særligt med dels at løfte læring, som foregår internt i afdelingerne, til læring og vidensdeling mellem afdelingerne og dels at løfte fokus i patientsikkerhedsarbejdet til mere overordnede og centrale patientsikkerhedsemner i psykiatrien.

- Sagsbehandling og opfølgning på utilsigtede hændelser: Sagsbehandling i DPSD er decentraliseret. Risikomanager er initialmodtager og viderevisiterer alle hændelser til lokale sagsbehandlere. Mange afdelinger gennemfører dybdegående analyser lokalt med afdelingens kvalitetskoordinator / patientsikkerhedsnøgleperson som proces- og metodeleder. Risikomanager gennemfører dybdegående analyser på udvalgte hændelser.

- Der er udarbejdet årsrapport for 2011 for patientsikkerhedsarbejdet i psykiatrien, hvori der monitoreres på mønstre og tendenser for rapporterede utilsigtede hændelser og besluttes indsatser for de kommende års aktiviteter og tiltag for patientsikkerhedsarbejdet på såvel hospitals- som afdelingsniveau. Rapporten og aktiviteter og kvalitetsudviklingstiltag er vedtaget af afdelingsledelseskredsen og hospitalsledelsen på fælles ledelsesmøde. (Statusrapport 2011, aktiviteter og kvalitetsudviklingstiltag for 2012 og 2013, Patientsikkerhed i psykiatrien, Maj 2012).
- Risikomanager har gennemført undervisning for blandt andre:
 - ledere og nøglepersoner i patientsikkerhedsorganisationen – Rebild Grundkursus: organisering af patientsikkerhedsarbejdet og dybdegående analyse.
 - sygeplejerskevikarer i psykiatrien: indføring i psykiatriens arbejde med utilsigtede hændelser og gennemgang af historik og lovgivning for arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.
 - medarbejdere og ledere i psykiatriens afdelinger: temadage vedrørende selvmordsforebyggelse – introduktion til arbejdsskema/tjekliste til vurdering af selvmordsrisiko, supplement til fællespsykiatrisk retningslinje 2.7.15 Vurdering af selvmordsrisiko.
- Risikomanager har efterår/vinter 2012 gennemført efteruddannelseskursus i Sikkerhedstænkning og Risikostyring ved Syddansk Universitet.

Planerne for det kommende år

Planer for patientsikkerhedsarbejdet i psykiatrien i 2013 omhandler blandt andet:

- Spredning af læring og initiativer vedrørende samarbejde og kontinuitet i overgange mellem behandlingspsykiatri og andre sektorer til alle psykiatriens afdelinger og alle sociale regionale botilbud (på baggrund af særlig analyse i 2012).
- Spredning af læring og initiativer vedrørende sikkerhedsprocedurer og risikovurderinger til alle psykiatriens afdelinger og alle regionale sociale botilbud (på baggrund af særlig analyse i 2012).
- Indsats omkring overgange generelt, herunder epikriser, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.
- Gennemførelse af mortalitetsaudit på hospitalsniveau som led i en fokuseret indsats omkring somatisk sygdom og overdødelighed blandt patienter i psykiatrisk behandling (på baggrund af beslutning fra afdelingsledelseskredsen og hospitalsledelsen – jf. psykiatriens årsrapport 2011).
- Gennemførelse af årlige aggregerede analyser af medicineringshændelser på afdelings- og hospitalsniveau med henblik på forebyggelse af utilsigtede hændelser vedrørende medicinering (på baggrund af beslutning fra afdelingsledelseskredsen og hospitalsledelsen - jf. psykiatriens årsrapport 2011).
- Gennemførelse af patientsikkerhedsrunder i alle psykiatriens afdelinger med henblik på at fremme og fastholde patientsikkerhedskultur og styrke den

proaktive indsats (på baggrund af beslutning fra afdelingsledelseskredsen og hospitalsledelsen - jf. psykiatriens årsrapport 2011).

Præhospitalet i Region Midtjylland

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

Pr. 1. september 2010 blev Præhospitalet omfattet af de formelle regler om rapportering af utilsigtede hændelser. Rapporteringen til Præhospitalet er steget år for år. Patientsikkerhedsarbejdet er således gennem de sidste 2 år for alvor blevet implementeret og forankret i Præhospitalet.

- En væsentlig del af aktiviteten i 2012 er gået med at gøre Præhospitalet klar til at blive akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel. Dette har bevirket, at Præhospitalet har fået opbygget e-dok, hvor der nu foreligger retningslinjer og instrukser for den Præhospitale behandling.
- AMK-Vagtcentralen har i 2012 arbejdet med at forbedre intern og ekstern kommunikation. Alt personale på AMK-Vagtcentralen har deltaget i kommunikationskurset: "Kvalitet i medmenneskelige relationer". På kurset lærer medarbejderne, hvilken kommunikationsprofil de hver især har. Denne viden giver medarbejderne et indblik i og en forståelse af, hvordan de selv og deres kollegaer kommunikerer samt, hvilken kommunikationsform, der er at foretrække i et sundt arbejdsmiljø. Derudover arbejder de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske kørselsdisponenter med closed loop-kommunikation. Principperne for closed loop-kommunikation bygger på gentagelse, således at der undgås misforståelser i den mundtlige kommunikation. Denne kommunikationsform bruges: når der ringes via 112 og når der samtales med akutlægebilerne, akutbilerne, akuthelikopteren og ambulancerne. Ved at arbejde med closed loop forventes det at kommunikative misforståelser mellem de Præhospitale enheder mindskes.
- Præhospitalet har lavet dybdegående analyse af 26 utilsigtede hændelser.
- Der er bevilget PHTLS-kursus til akutlægerne.
- Fokus på ansvaret ved patientoverdragelse.

Patientsikkerhedsarbejdet

- 3-måneders rapporter til Præhospitalets ledelse, ambulanceentreprenørerne og de daglige ledere af akutlægebilerne. I disse rapporter gennemgås de rapporterede utilsigtede hændelser, som er kategoriseret: alvorlig eller dødelig og hvilke handlinger, som er blevet iværksat. Derudover påpeger rapporten periodens mønstre og tendenser.
- Afholdt oplæg til ambulanceentreprenørerne og akutlæger om utilsigtede hændelser.
- Uddannelse af patientsikkerhedsnøglepersoner til AMK-Vagtcentral. AMK-Vagtcentralens patientsikkerhedsnøglepersoner, er sammensat af en sundhedsfaglig visitator og en teknisk kørselsdisponent, således at der i højere grad kan trækkes på fagspecifikke erfaringer og perspektiver.
- Closed loop kommunikation på AMK-Vagtcentral.

- Udarbejdet oplysningspjece til regionens ambulancer om patientrettigheder.
- Udarbejdet oplysningspjece om, hvad der sker, når borgerne ringer 112.
- Informationsfilm om regionens akutberedskab, som er på Præhospitalets hjemmeside.

Planerne for det kommende år

Præhospitalet har i begyndelsen af 2012 lavet den første dybdegående analyse af dødelige og alvorlige rapporterede utilsigtede hændelser. Præhospitalet ønsker at udvikle og forbedre arbejdet med håndteringen af de utilsigtede hændelser, arbejdet med de dybdegående analyser og videreformidlingen af patientsikkerhedsarbejdet. Formidling og vidensdeling er temaer som Præhospitalet vil arbejde med i det kommende år.

Praksissektoren og apotekerne

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

På baggrund af utilsigtede hændelser i forbindelse med henvisninger og epikriser, er der i 2012 gennemført et kvalitetsudviklingsprojekt med det formål at sikre bedre kvalitet i henvisninger og epikriser.

Projektet er blevet gennemført i et samarbejde mellem Nære Sundhedstilbud, Hospitalsenheden Vest og regionens Praksiskonulentorganisation.

Projektets resultater er fremkommet på baggrund af audit på epikriser og henvisninger. Der er auditeret på tilfældigt udvalgte akutte og elektive patientforløb i medicinsk afdeling. Deltagerne i audits var erfarne praktiserende læger og overlæger fra Hospitalsenheden Vest.

Med baggrund i audits, opstilles en række anbefalinger, til kvalitetsforbedringer.

Blandt anbefalingerne kan nævnes:

- at der fremadrettet afholdes audit på epikriser og henvisninger én gang om året.
- at den praktiserende læge i henvisningen formulerer en tydelig problemstilling og præciserer ønsket til undersøgelse og behandling. Desuden anbefales, at den eksisterende skabelon for henvisning følges.
- at der foregår undervisning, der sikrer, at de rette arbejdsgange i forbindelse med dannelsen af korrekte medicinlister i epikrisen kendes og anvendes.
- at der i EPJ indføres beslutningsstøtte ved udarbejdelse af epikrise.

Projektets anbefalinger vil blive fremsendt til regionens øvrige hospitaler, med henblik på implementering.

I samarbejde med et apotek har der været sat fokus på håndskrevne recepter, idet disse udgør en potentiel risiko for fejlmedicinering. Dialogen med det hospital, der udstedte mange håndskrevne recepter, har vist, at det ikke helt kan undgås, idet recepter på ikke-markedsførte lægemidler, magistrelle lægemidler og sondeernæring (hvor de sidste kræver en speciel blanket), ikke kan udskrives via hospitalernes EPJ-system.

Patientsikkerhedsarbejdet

Der arbejdes med patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser i forskellige sammenhænge i praksissektoren.

- Grundkursus i patientsikkerhed, Rebild. Kurset udbydes til alle ydere, der er omfattet af rapporteringspligten.
- Oplæg på introduktionsdag for nynedsatte praktiserende læger.
- Oplæg om Patientsikkerhed og arbejdet med utilsigtede hændelser i efteruddannelsesgrupper/kommunelaug i almen praksis.
- Der er sat en proces i gang, med henblik på at sikre læring og videndeling af utilsigtede hændelser i vagtlægeordningen.
- Månedens UTH på praksis.dk.

- Rapportering af alvorlige utilsigtede hændelser i fysioterapipraksis, har givet anledning til OBS-meddelelser. Meddelelserne er formidlet på www.fysioterapi-midt.dk.
- Nyhedsbreve/OBS-meddelelser.

Opstart af nationalt netværk for risikomanagerne på praksisområderne i regi af Danske Regioner.

Planerne for det kommende år

- Workshop på den regionale konference for praktiserende læger: "Store lægedag", hvor der blandt andet bliver mulighed for at arbejde med "Hændelsesanalyse".
- I samarbejde med Kiropraktor-konsulenterne, vil den regionale risikomanager udarbejde et katalog/folder, der kan være til inspiration for rapportering af utilsigtede hændelser i kiropraktorpraksis.
- Holde oplæg om patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser i efteruddannelsesgrupper/kommunelaug i almen praksis.
- Færdiggøre og implementere en model for læring af UTH i vagtlægeordningen.

Speciallægepraksis

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

I speciallægepraksis har udviklingen ikke rykket sig særligt ila. 2012. Sektoren består af flere, mindre og temmelig forskellige enheder, hvor det ofte ikke giver umiddelbar mening at arbejde med utilsigtede hændelser. Projekterne om fejlmærkede prøver har naturligvis også berørt speciallægepraksis.

Der har været en enkelt større sag om "doctor-shopping" med involvering af flere speciallæger og almen praksis, som drejede sig om afhængighedsskabende medicin. Når FMK er implementeret, vil denne type hændelser formentlig minimeres.

Risikomanager fik sammen med kontaktpersonen for speciallægerne arrangeret et møde i maj, hvor ordningen blev fremlagt og diskuteret ved et møde i FAPS. Speciallægerne tog godt imod oplægget og kunne godt se nogle fordele ved systemet og nogle potentielle risikoområder, som det kunne være hensigtsmæssigt at arbejde med. Men der var også tøven over for tidsforbruget og over for Patientsikkerhedsdatabasens muligheder og begrænsninger. Et forslag om en "patientsikkerhedsuge" i speciallægepraksis lykkedes det ikke at gennemføre.

Risikomanager deltager regelmæssigt i klyngemøderne i samtlige fem klynger.

Planerne for det kommende år

Da sektoren kun af historiske grunde håndteres i Strategisk Kvalitet, er det tanken at lægge håndteringen sammen med den øvrige primærsektor, der varetages i Nære Sundhedstilbud.

Socialområdet

Lokale projekter - Læring, forandring og effekt

(Intet at nævnte på sektorniveau)

Patientsikkerhedsarbejdet

Nye retningslinjer

I forlængelse af en ny standard i Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område er der udarbejdet fælles regionale retningslinjer vedrørende arbejdet med utilsigtede hændelser og om medicin håndtering.

Statusrapport

En statusrapport blev udarbejdet medio 2012. Denne dannede grundlag for drøftelser og beslutninger for det videre UTH-arbejde på socialområdet inden for emnerne:

- adskillelse af sundhedsfaglig virksomhed fra den øvrige virksomhed på socialområdet.
- opfølgning på ikke-alvorlige utilsigtede hændelser.
- bagatelgrænser for, hvad der rapporteres som utilsigtede hændelser.
- videndeling på tværs af sociale tilbud på baggrund af utilsigtede hændelser.
- decentralisering af sagsbehandlingen i DPSD.

Medicinering

På baggrund af Sundhedsstyrelsens rapport "Tilsyn med medicineringen på landets botilbud, plejecentre og plejehjem" er der foretaget gennemgang af medicineringen af beboere i socialpsykiatriske botilbud med kontakt til den ambulante psykiatri. Gennemgangen er foretaget af farmakologer i samarbejde med behandlende overlæger (journalaudit). Desuden er der ved gennemgangen foretaget sammenligning af ordinationer dokumenteret i de elektroniske patientjournaler med registreringerne i medicinskemaer i Bosted System på det enkelte botilbud.

Sikkerhedsvurderinger

I alle socialpsykiatriske botilbud er der indført konsekvent anvendelse af Brøset Violence Checklist med henblik på at forebygge risikosituationer.

Planerne for det kommende år

Pr 1. januar 2013 er socialområdet i Region Midtjylland overgået til en ny organisering i 9 specialområder. Dette medfører en ny organisering af UTH-arbejdet, som er på plads primo februar 2013. Samtidig oprettes decentrale sagsbehandlere i DPSD.

De decentrale sagsbehandlere introduceres individuelt til grundlæggende sagsbehandling via telefon. Senere på året gennemføres undervisning om søge- og rapportmulighederne i DPSD.

I februar 2013 afholdes en temadag for alle UTH-koordinatorer og UTH-nøglepersoner på socialområdet med primært fokus på opfølgning på utilsigtede hændelser. Dette sker på baggrund af, at alle sociale botilbud og døgninstitutioner gennem de sidste halvandet år er blevet undervist i de grundlæggende tanker bag arbejdet med utilsigtede hændelser samt i at rapportere. Alle tilbud og institutioner er nu godt i gang med at rapportere og der er behov for at sætte fokus på, hvordan der følges op, herunder hvordan man opnår læring på systemniveauet og ikke kun på borgerniveau.

Sagsbehandling og opfølgning af hændelser, der har medført en dybdegående analyse

Tabel 7

Opgørelse over alvorlige hændelser i 2012: Alle somatiske hospitaler, psykiatrien, socialområdet og præhospitalet				
Alvorlige eller dødelige utilsigtede hændelser, der har udløst en dybdegående analyse Afrapportering af regionens delmål	Hændelser rapporteret i 2011		Hændelser rapporteret i 2012	
	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår
1. Antallet af alvorlige/dødelige hændelser, der er rapporteret i perioden	52	106	126	104
2. Antallet af hændelser, hvor der er gennemført en dybdegående analyse	33	49	49	52
3. Antallet af handleplaner, hvor implementeringen/monitoreringen er påbegyndt	33	43	64	50

Et vigtigt mål for patientsikkerhedsarbejdet er at følge op på de indsatser, de utilsigtede hændelser giver anledning til. Iht. den tidligere regionale kvalitetsstrategi har vi hidtil belyst dette ved en detaljeret tabel over forløbet efter alvorlige eller dødelige hændelser. Hospitalernes risikomanagere har fundet denne rapporteringsform besværlig, og vi har i denne årsrapport forenklet tabellen ift. tidligere.

I tabel 7 er hospitalernes og sektorernes indberetninger resumeret. I princippet skulle tallene i de tre rækker være lige store. At række 2 udgør 39 – 63 % af række 1 udtrykker, at det ikke nødvendigvis er alle alvorlige hændelser, der skal gøres til genstand for en dybdegående analyse. Der kan måske hypotetiseres om en vis sammenhæng mellem række 1 og række 2 således, at et højt antal alvorlige hændelser (række 1) medfører en lavere andel af analyserede hændelser. Fornuftigt nok ud fra et ressource-perspektiv, men måske knap så hensigtsmæssigt ud fra et sikkerheds-perspektiv. Til gengæld resulterer analyser gennemgående i handleplaner. Det høje tal i række 3 for 1. halvår 2012 – 64 handleplaner ud af 49 analyser i pågældende halvår – kan dels skyldes efterslæb fra foregående halvår, dels måske, at nogle analyser giver anledning til flere handleplaner. Data giver ikke mulighed for nærmere fortolkning.

Det ser dog fortsat ud til, at der i rimeligt omfang bliver analyseret på de alvorlige og dødelige hændelser og, at der i rigt omfang bliver fulgt op på de foretagne analyser.

Planerne for det kommende år

Også i år udkommer årsrapporten sent på det følgende år. Det er utilfredsstillende og skyldes prioriteringer i kontoret. Der har været mere påtrængende her-og-nu sager, der har fordret opmærksomhed. I det kommende år vil vi overveje en mere hensigtsmæssig måde at rapportere på så såvel proces som produkt optimeres.

Rigtig meget af den hidtidige aktivitet skal fortsætte i det væsentlige som hidtil. Projektet om pakkerne fra Patientsikkert Sygehus behøver uændret opmærksomhed fra alle parter. Projektet om sikker patientidentifikation fortsætter. Samarbejdet på regionalt plan i PS-Netværket og med kommunerne i Det Tværsektorielle Netværk fortsætter i samme gode gænge som hidtil. Der skal fortsat udbydes to årlige kurser – ét for nye og ét for erfarne patientsikkerhedsfolk – i samarbejde med Region Nord og i en kursusgruppe med deltagelse fra såvel sektorerne som hospitalerne.

Projektet om reduktion af skader blev besluttet i 2012 og skal iværksættes i 2013. Selve aktiviteten skal fortsætte i nogle år, og det bliver spændende at se, i hvilket omfang regelmæssige strukturerede journalaudits på hospitalsniveau giver anledning til nye fund – og måske navnlig uventede spin-off effekter.

Inddragelse og engagement af – partnerskab med – patienter og pårørende er et vedholdende udviklingsområde. Det har haft et spor i regionens hidtidige kvalitetsstrategi og der er blevet fulgt op på det ved flere lejligheder. Der er tiltagende evidens for, at patienter og pårørende kan engageres i deres egen sikkerhed i forbindelse med indlæggelse og ambulatoriebesøg. Det bliver en permanent udviklingszone i de kommende år. Som sundhedsfagfolk involveret i patientsikkerhedsarbejde har vi stærkt brug for rapporter om utilsigtede hændelser leveret af patienter og pårørende og der må gøres, hvad der er muligt for at incitere disse til at rapportere.

Efter en del år med et hændelsesrapporteringssystem – og efter, at rapporteringspligten er udstrakt til det kommunale sundhedsvæsen -, blev det synligt, at der er behov for at genoverveje systemet. Patientombuddet (POB) har i nogen tid luftet bekymring over det tiltagende antal – og den svingende kvalitet – af rapporterne fra dette nye område og i 2013 forventer vi et udspil fra POB's side. Det er væsentligt, at erfarne risikomanagere, også fra Region Midtjylland, engagerer sig aktivt og stiller erfaringer og arbejdskraft til rådighed for dette vigtige nationale udviklingsarbejde.

I litteraturen og i visse andre industrier bliver der blæst til lyd for et ændret syn på sikkerhedsarbejde. Der bliver argumenteret for at basere forbedringsarbejdet ikke kun reaktivt på det, der er gået galt, men at supplere proaktivt med at arbejde ud fra det, der går godt. I 2013 vil vi starte med at dagsordenssætte dette begreb "Safety II" på

det fællesregionale opfølgingskursus for at "trykprøve" konceptets bæredygtighed hos de erfarne patientsikkerhedsfolk. Det vil vise sig i hvilket omfang dette koncept kan berige vores værktøjskasser – eller måske på sigt revolutionere hele området.

