



Patientsikkerhed – Årsrapport 2009



REGION NORDJYLLAND

Patientsikkerhed – Årsrapport 2009

Udgivet af
Kvalitetskontoret
Planlægning, Kvalitet og Analyse

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
9635 1000
www.rn.dk

Marts 2010

Læs mere om Region Nordjylland på www.rn.dk

Indholdsfortegnelse

<i>Indholdsfortegnelse</i>	3
<i>1. Indledning</i>	4
<i>2. Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland</i>	6
<i>3. Status for rapporterede utilsigtede hændelser i 2009</i>	7
3.1 Antal rapporteringer	7
3.2 Sagsbehandlingsstatus for rapporterede hændelser	8
3.3 Hændelsestyper	9
3.4 Hændelsestyper fordelt på faktisk risikovurdering	10
3.5 Hændelser fordelt på faggrupper	12
3.6 Anonyme rapporteringer	12
<i>4. Regionale patientsikkerhedsaktiviteter i 2009</i>	14
4.1 Kerneårsagsanalyser	14
4.2 Proaktive patientsikkerhedsanalyser	14
FMEA-analyser	14
4.3 Formidling af patientsikkerhed	14
4.4 Samarbejdspartnere i Region Nordjylland	15
4.5 Udvidelse af patientsikkerhedsordningen	15
4.6 Rapportering fra Praksissektoren	16
4.7 Patientsikkerhedskurser/temadage	16
4.8 Driftsopgaver	16
4.9 Nationale og internationale mødeaktiviteter/konferencer	17
4.10 Operation Life	17
<i>5. Påbegyndte og planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2010</i>	18
5.1 Udvidelse af patientsikkerhedsordningen	18
5.2 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	18
5.3 Anvendelse af proaktive analyser/metoder	18
5.4 Kurser/uddannelse	18
5.5 Indsats på baggrund af resultater fra LUP	18
<i>Bilag 1 – Bidrag fra sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland</i>	19
<i>Bilag 2 - Hændelsestyper og variable med definitioner</i>	31
<i>Bilag 3 - SAC-score skema</i>	32
<i>Bilag 4 - Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorier</i>	33

1. Indledning

Det er nu seks år siden, at Lov om Patientsikkerhed blev indført i Danmark. Med loven blev det lovpligtigt for alle sundhedsansatte at rapportere utilsigtede hændelser forekommende inden for sygehusvæsenet. Patientsikkerhedsordningen er siden blevet en del af Sundhedsloven og i marts 2009 vedtog Folketinget at udvide ordningen til også at omfatte den kommunale sundhedssektor, Praksissektoren, apotekerne, Specialsektoren og den præhospitale indsats. Lovudvidelsen forventes at træde i kraft 1. september 2010, men ikrafttrædelsesdatoen afhænger af udvikling af et nyt elektronisk rapporteringssystem. Senest et år efter lovudvidelsen får også patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser.

Begrebet utilsigtet hændelse dækker over både fejl og nærvædet fejl. En utilsigtet hændelse er i Sundhedsloven defineret som:

”En begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.” Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, kap. 61 § 198 – 202

Konkrete eksempler på utilsigtede hændelser kan være, at der bliver udleveret forkert ordineret medicin, at en patient falder og kommer til skade under indlæggelse, eller at en patient får overbragt svar på en anden patients prøve.

Udover en kort beskrivelse af sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland indeholder ”Patientsikkerhed – årsrapport 2009” statistiske oversigter over rapporterede utilsigtede hændelser i 2009, beskrivelse af det arbejde, der er foregået i relation til rapporteringssystemet på regionalt niveau i 2009 samt planlagte og igangsatte patientsikkerhedsaktiviteter i 2010. Sygehuse og sektorerne i Region Nordjylland har bidraget til årsrapporten med en kort opsummering af deres væsentligste tiltag på patientsikkerhedsområdet. Derudover udarbejder de fleste sygehuse og sektorer lokale årsrapporter om patientsikkerhedsarbejdet.

Udover dette indledende afsnit indeholder rapporten følgende afsnit:

- Afsnit 2: *”Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland”*. Her beskrives i overordnede træk, hvorledes sagsbehandling omkring utilsigtede hændelser foregår i Region Nordjylland.
- Afsnit 3: *”Rapporterede utilsigtede hændelser i 2009”*. På baggrund af statistiske udtræk fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase beskrives i dette afsnit bl.a. udviklingen i antallet af rapporterede hændelser i Region Nordjylland samt hvorledes hændelser, der er rapporteret i 2009 fordeler sig på hændelsestype, anonymitet m.m..
- Afsnit 4: *”Patientsikkerhedsaktiviteter på regionalt niveau i 2009”*. Her beskrives de aktiviteter, der i 2009 er foregået på regionalt niveau i Region Nordjylland. Sygehuse og sektorerne samt Sygehusapoteket har bidraget til årsrapporten med en kort beskrivelse af lokale patientsikkerhedsaktiviteter i 2009. Bidragene er vedlagt som bilag 1.

- Afsnit 5: *"Planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2010"*. I afsnit 5 beskrives de aktiviteter der på regionalt niveau er iværksat eller planlagt i Region Nordjylland i 2010.

2. Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland

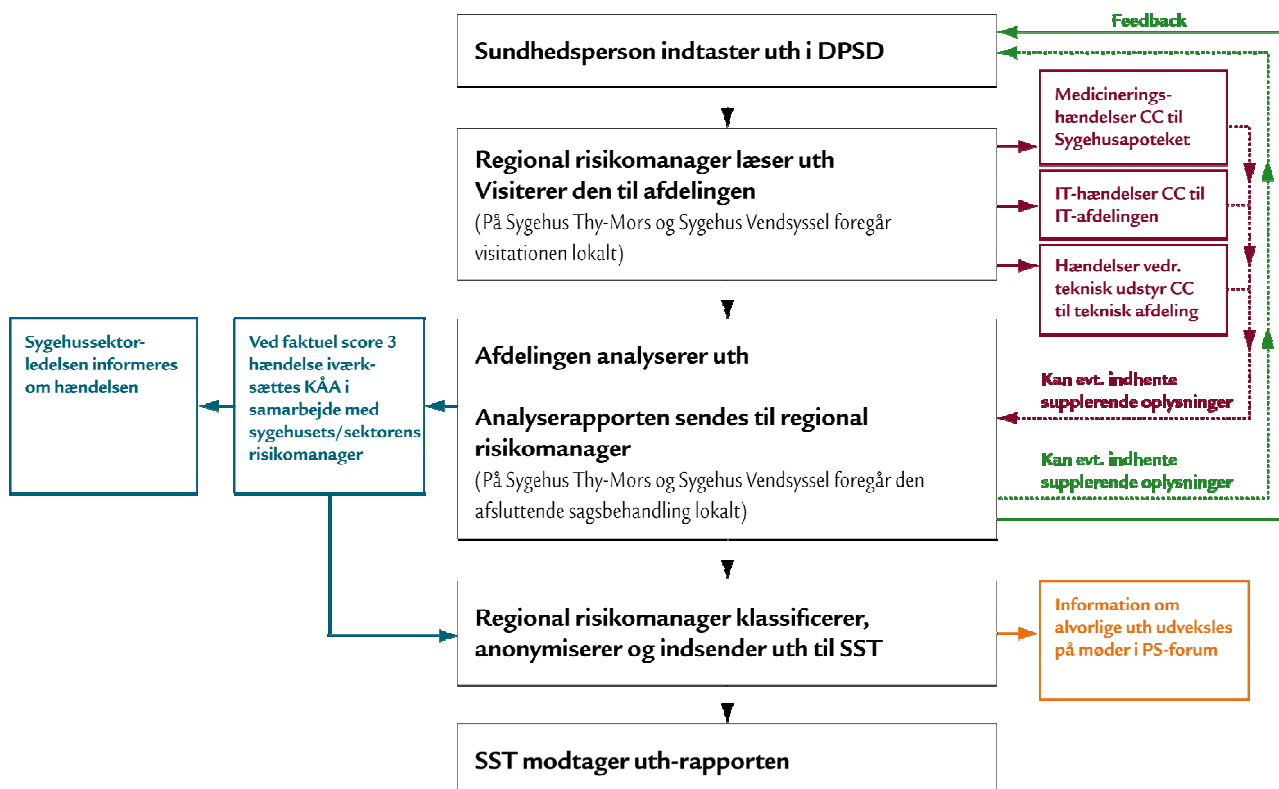
For de fleste sygehuse og sektorer i Region Nordjylland foregår sagsbehandlingen af rapporterede utilsigtede hændelser i en forholdsvis centraliseret proces, hvor det er Kvalitetskontoret, der klassificerer hændelserne og visiterer dem til patientsikkerheds-nøglepersoner (ps-nøglepersoner) i de afdelinger, hvor hændelserne skal risikovurderes og analyseres. Ved risikovurderingen af hændelsen bliver hændelsen tildelt en risikoscore mellem 1 og 3 vurderet efter skadens omfang og hændelsens hyppighed (dette uddybes senere i rapporten). Den samlede hændelsesanalyse og risikovurdering sendes til Kvalitetskontoret, som anonymiserer hændelserne og herefter indsender dem til Sundhedsstyrelsen (SST). Indsendelsen foregår via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). På Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors foregår visitation samt klassificering, anonymisering og indsendelse til Sundhedsstyrelsen lokalt på sygehuset, enten i afdelingen eller ved den lokale risikomanager.

Udover at hændelserne bliver sendt til risikovurdering og analyse i afdelingerne bliver hændelser, der implicerer specialafdelinger sendt i kopi hertil. Således sendes medicineringshændelser i kopi til en kontaktperson i Sygehusapoteket ligesom hændelser, der implicerer IT-systemer sendes i kopi til IT-afdelingen og hændelser, der implicerer medicinsk udstyr som eksempelvis infusionspumper, sendes til kontaktperson i teknisk afdeling. (Sygehus Thy-Mors har en lidt anderledes procedure omkring dette)

Den overordnede organisering af arbejdet med utilsigtede hændelser i Region Nordjylland er skitseret i figur 1 herunder.

Figur 1

Sagsbehandlingsprocessen for utilsigtede hændelser i Region Nordjylland



3. Status for rapporterede utilsigtede hændelser i 2009

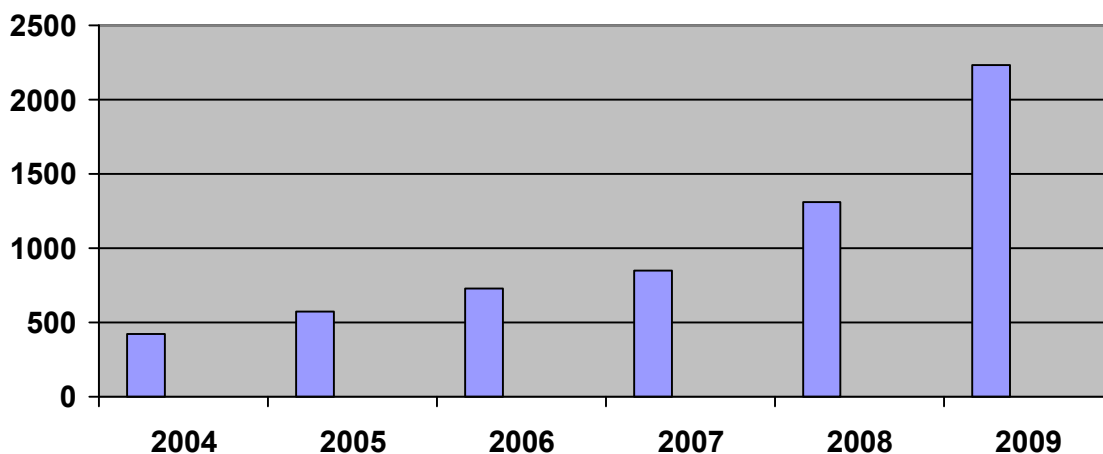
3.1 Antal rapporteringer

I 2009 er der i alt rapporteret 2233 utilsigtede hændelser i DPSD tilhørende sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland¹. Dette tal baserer sig på en opgørelse over antal rapporter, der er oprettet i perioden 1. januar 2009 til 31. december 2009.^{2 3}

Det betyder, at nogle af de rapporterede hændelser kan have fundet sted i 2008, men først være rapporteret i 2009. I lighed hermed vil nogle af de utilsigtede hændelser, der har fundet sted i 2009 først blive rapporteret i DPSD i 2010. Antallet af rapporterede hændelser i 2009 er dermed ikke lig med det antal utilsigtede hændelser, der har fundet sted i 2009.

Som det fremgår af figur 2, har antallet af rapporteringer været stadigt stigende fra 2004 og fremefter. Antallet af rapporteringer i 2009 udgør en stigning på 70,8 % i forhold til antallet af rapporteringer i 2008. Stigningen i rapporteringer skal ikke ses som et udtryk for, at der sker flere utilsigtede hændelser i sygehusene og sektorerne over tid. Derimod skal stigningen i rapporteringer ses som et udtryk for et stadigt større fokus på patientsikkerhedsarbejdet i sygehuse og sektorer samt en udvikling i retning af en mere moden patientsikkerhedskultur, hvor sundhedsansatte i stigende grad er trygge ved at rapportere utilsigtede hændelser.

Figur 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på år



Den stigning i rapporteringer, der ses i 2009 på i alt 70,8 % set i forhold til 2008, er fordelt meget forskelligt på sygehusene og sektorerne i regionen. Nedenstående tabel viser, hvor stor den procentvise stigning på de enkelte sygehuse og sektorer har været.

¹ I 2009 er der i alt rapporteret 29.853 utilsigtede hændelser fra de fem regioner.

² Ved udtræk i databasen skelnes der mellem hændelsesrapporternes oprettelsesdato og hændelsesrapporternes hændelsesdato. Oprettelsesdato er den dato, hvor rapporten er rapporteret i databasen, mens hændelsesdatoen er den dato, som rapportøren har angivet, at hændelsen har fundet sted. I denne rapport er de statistiske opgørelser baseret på oprettelsesdato.

³ Der gøres opmærksom på, at der i opgørelsen er inkluderet hændelsesrapporter, der senere annulleres. Disse hændelser er ikke inkluderet i opgørelserne fra 2004 til 2007, hvilket skal tages i betragtning ved sammenligning af antal rapporteringer fordelt på år.

Tabel 1: Procentvis stigning i andel af rapporteringer fordelt på sygehuse/sektorer

Sygehus/sekto	Procentvis stigning
Aalborg Sygehus	30 %
Sygehus Himmerland	684 %
Sygehus Thy-Mors	35 %
Sygehus Vendsyssel	54 %
Sygehusapoteket	-
Psykiatrien	123 %
Graviditet og fødsel	- 9 %
Anæsthesien	13 %
Ortopædkirurgien	19 %

Som tallene afspejler, har der været en markant stigning i antallet af rapporterede hændelser på de fleste af sygehuse og sektorer i Region Nordjylland fra 2008 - 2009.

Langt den største stigning er sket på Sygehus Himmerland, hvor der er en stigning på 684 %. Stigningen er udtryk for, at sygehuset har gjort en meget stor indsats for at skabe en kultur, der sikrer, at utilsigtede hændelser rapporteres, så alle kan lære af dem. Der er blandt andet udviklet et SPOT-kort, der understøtter rapporteringen. Kortet ligger let tilgængeligt på alle afdelinger og herpå kan man notere *Stedet, Patienten, Observation og analyse og Tidspunkt* og dato. Dette giver mulighed for at samle og rapportere flere hændelser i DPSD på én gang, når personalet har tid til det. Derudover har månedlige nyhedsbreve til alle ansatte, sat fokus på, hvilke typer utilsigtede hændelser der findes, og hvor vigtigt det er, at alle lærer af de hændelser, der sker. Endvidere har farmakonomer indgået i et projekt, hvor de har varetaget opgaven med medicinophædning, og i den forbindelse rapportere de medicineringsfejl, de observerer.

For Graviditet og fødsel gælder det, at der er sket et fald i andelen af rapporteringer. Det er dog vigtigt at understrege, at antallet af rapporteringer for denne sektor er så lille, at det procentvise fald kun dækker over et reelt fald fra 11 rapporteringer i 2008 til 10 rapporteringer i 2009.

Der er ikke angivet nogen andel for Sygehusapoteket. Dette skyldes, at 2009 er det første år, der er rapporteret hændelser under denne enhed.

3.2 Sagsbehandlingsstatus for rapporterede hændelser

På udtrækstidspunktet i februar 2010 er 67,8 % af hændelsesrapporterne afsluttet.⁴ Det vil sige, at rapporterne er klassificeret, risikovurderet, analyseret, anonymiseret og indsendt til Sundhedsstyrelsen.

32,2 % af hændelsesrapporterne er endnu ikke afsluttet. En mindre del af de uafsluttede hændelser er rapporteret i november og december 2009, og ligger på udtræksdatoen inden for den grænse på 90 dage, som i lovgivningen er bestemt som maksimal sagsbehandlingsperiode i regionerne. Størstedelen af de uafsluttede sager burde dog være afsluttet på udtræksdagen.

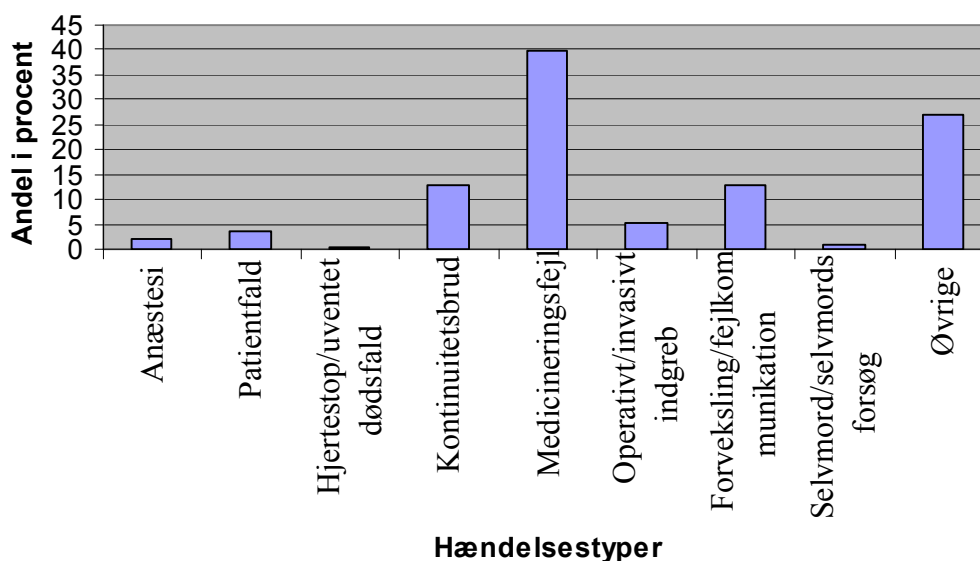
⁴ På nationalt niveau er 25.249 af de i alt 29.853 (84,6 %) hændelser rapporteret fra alle regionerne i 2009 afsluttet og indsendt til Sundhedsstyrelsen.

I alt 4,3 % af de rapporterede hændelser er efterfølgende blevet annulleret. De hyppigste årsager til, at hændelser annulleres er, at det er hændelser, hvor det udelukkende er personalet, der er kommet til skade, eksempelvis stikskader, eller at rapporterne er rapporteret uden angivelse af, i hvilken afdeling hændelsen har fundet sted, og hvor der heller ikke er angivet oplysninger om rapportøren. Sådanne hændelsesrapporteringer må oftest annulleres, da det sjældent er muligt at finde frem til den afdeling, hvor hændelsen er sket, og hvor hændelsen efterfølgende skal risikovurderes og analyseres. En anden stor gruppe af annullerede hændelser er fiktive sager, der er rapporteret med henblik på undervisning i brug af databasen. Endelig omfatter gruppen af annullerede rapporter også dobbeltrapportering af hændelser.

3.3 Hændelsestyper

Alle rapporterede utilsigtede hændelser er siden 1. januar 2006 blevet klassificeret i 9 forskellige hændelsestyper. På udtræksdagen var 32 % af hændelserne fra 2009 endnu ikke klassificeret, da hændelsesrapporterne endnu ikke er afsluttet og indsendt til Sundhedsstyrelsen. De resterende 68 % hændelsesrapporter er klassificeret og fordeler sig som illustreret i figur 3 indenfor de 9 kategorier. Lægges procenttallene i figur 3 sammen giver resultatet over 100 %. Dette skyldes, at nogle af hændelserne er klassificeret under mere end én hændelsestype.

Figur 3: Rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på hændelsestype



Den oftest forekomne hændelsestype er medicineringsfejl, som udgør knap 40 % af de hændelser, der er blevet klassificeret på udtræksdagspunktet. Medicineringsfejl omhandler alle dele af en medicineringsproces fx ordinerings af medicin, ophældning af medicin og udlevering af medicin. Den næststørste gruppe af hændelser er indenfor kategorien Øvrige. Denne kategori dækker bl.a. over hændelser rapporteret fra klinisk biokemiske afdelinger og afspejler i øvrigt at databasens hændelsesklassifikation ikke er tilstrækkeligt dækkende i forhold til de typer af hændelser, der rapporteres.

Herefter følger Forvekslings/fejlkommunikation og Kontinuitetsbrud, der udgør henholdsvis 13 % og 12,9 % af de klassificerede hændelser (Sundhedsstyrelsens definition af hændelsestyperne findes som bilag 2).

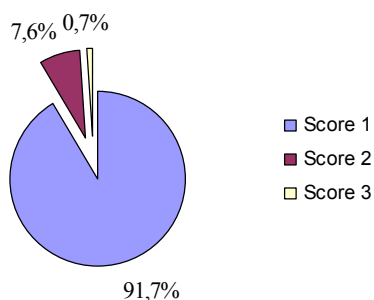
3.4 Hændelsestyper fordelt på faktisk risikovurdering

I forbindelse med indsendelse af rapporterede utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen foretages en risikovurdering efter Safety Assessment Code (SAC-systemet). (SAC-scoreskema er vedlagt som bilag 3) Ud fra en vurdering af omfanget af skaden og hændelsens hyppighed tildeles hændelsen en risikoscore mellem 1 og 3, hvor score 3 er den alvorligste risikovurdering. Der foretages både en faktisk risikovurdering og en potentiel risikovurdering. Den faktuelle risikovurdering foretages ved at sammenholde den faktuelle patientskade med hyppigheden af hændelsen. Den potentielle risikovurdering foretages ved at sammenholde den patientskade, der potentielt kunne være sket med hyppigheden af hændelsen.

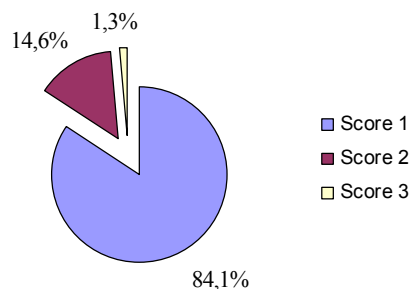
1498 hændelser er på udtrækstidspunktet blevet risikovurderet. Af disse er 11 hændelser (0,7 %) risikovurderet til en faktisk score 3, 114 hændelser (7,6 %) er vurderet til en faktisk score 2, mens de resterende 1373 hændelser (91,7 %) er vurderet til en faktisk score 1.

Til sammenligning er 1,3 % af hændelserne på nationalt niveau risikovurderet til score 3, 14,6 % til score 2 og 84,1 % til score 1. I forhold til nationalt niveau er der således i Region Nordjylland en større andel score 1 hændelser og en mindre andel score 2 og 3 hændelser. Dette er illustreret i figur 4 og 5.

Figur 4: Hændelser i Region Nordjylland fordelt på risikovurdering

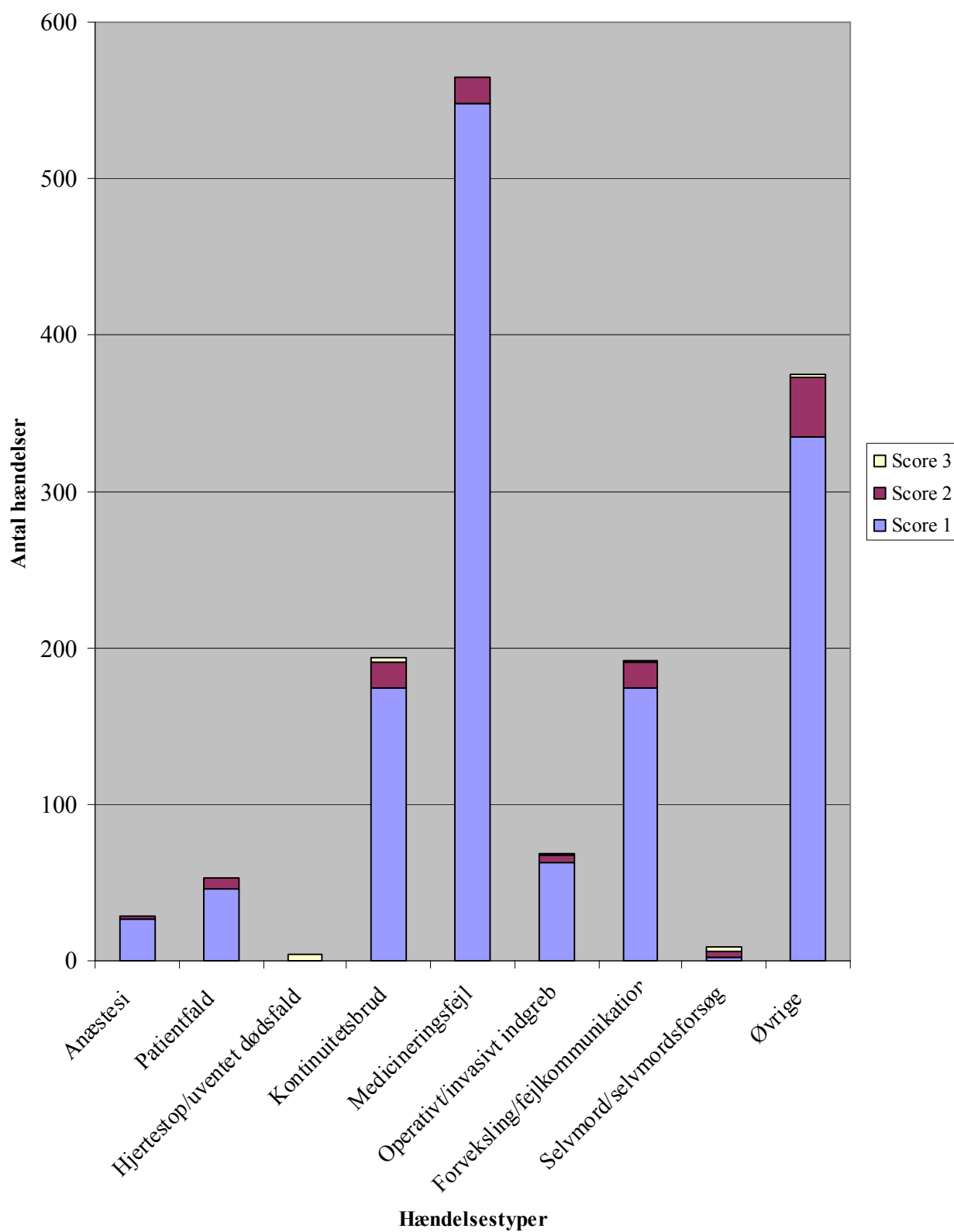


Figur 5: Hændelser på nationalt niveau fordelt på risikovurderinger



Set i forhold til hændelseskategorierne fordeler risikovurderinger sig, som det er illustreret i figur 6.

Figur 6: Hændelsestype fordelt på risikovurdering



Som det ses af figur 6 er alle de sager under kategorien Hjertestop/uventet dødsfald tildelt risikoscore 3. Desuden er en stor del af hændelserne i kategorien Selvmord/selvmoedsforsøg også klassificeret som score 3 hændelser.

3.5 Hændelser fordelt på faggrupper

Ved rapportering af en utilsigtet hændelse kan rapportøren vælge om vedkommende ønsker at angive, hvilken faggruppe han eller hun tilhører. Ifølge Sundhedsloven er alle sundhedsansatte personer i regionen forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser, der sker på sygehusene og i sektorerne i regionen.

I tabel 2 ses den procentvise fordeling af rapporteringer i Region Nordjylland fordelt på de 8 mulige faggruppekategorier i henholdsvis 2008 og 2009.

Tabel 2: Rapporteringer fordelt på faggruppekategorier

Stillingsbetegnelse ⁵	2008	2009
Plejepersonale	42,5 %	46,5 %
Lægeligt personale	18,7 %	12,3 %
Andet klinisk personale	21,1 %	12,3 %
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren	4,7 %	5,1 %
Tandlæge personale	0 %	0,1 %
Teknisk personale	0,2 %	0,1 %
Farmaceutisk personale	<0,1 %	11,4 %
Psykologisk personale	0,2 %	0,3 %
Ikke angivet	12,6 %	11,8 %

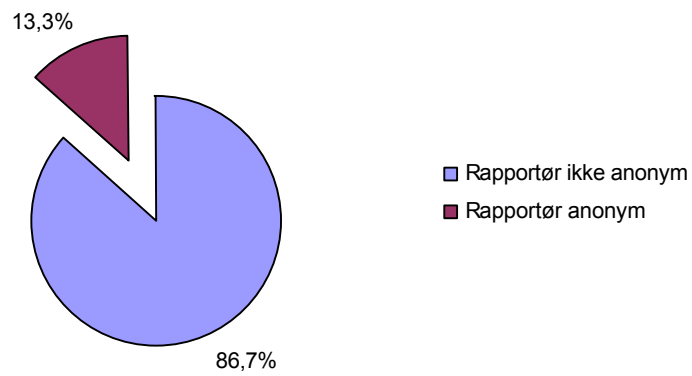
Set i forhold til 2008 er den største ændring sket i forhold til farmaceutisk personale. Dette hænger blandt andet sammen med det tidligere omtalte projekt i Sygehus Himmerland, hvor farmakonomet er blevet ansat til at varetage medicinophædning og i den forbindelse også rapporterer utilsigtede hændelser.

3.6 Anonyme rapporteringer

Ved rapportering af en hændelse skal rapportøren vælge om vedkommende ønsker at være anonym. 13,3 % af hændelserne, der er rapporteret i Region Nordjylland i 2009, er rapporteret anonymt. I forhold til analysen af de rapporterede hændelser er det en stor fordel, at hændelserne *ikke* rapporteres anonymt, da der i forbindelse med analysen ofte er brug for at indhente supplerende oplysninger omkring hændelsen. Via nyhedsbreve og lokale møder for ps-nøglepersoner bliver der løbende gjort opmærksom på problematikken og opfordret til at rapportere ikke-anonymt, og andelen af anonymt rapporterede hændelser i regionen *er* faldende. Således var andelen af anonymt rapporterede hændelser faldet fra 27 % i 2006 til 13 % i 2009.

⁵ Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorierne findes som bilag 4.

Figur 7: Andel af anonyme og ikke anonyme hændelsesrapporter



4. Regionale patientsikkerhedsaktiviteter i 2009

4.1 Kerneårsagsanalyser

En kerneårsagsanalyse er en anerkendt systematisk analysemetode, der ofte anvendes ved alvorlige utilsigtede hændelser. Der er i 2009 gennemført 16 kerneårsagsanalyser i Region Nordjylland.

I foråret 2009 er der foretaget en regional undersøgelse, hvor det er undersøgt i hvilket omfang handleplaner, udarbejdet i forbindelse med kerneårsagsanalyser, er implementeret i regionens sygehuse og sektorer. Undersøgelsen viste, at ud af 100 delhandleplaner var 72 fuldt implementeret, 16 var delvist implementeret og 12 var ikke implementeret. En sådan undersøgelse vil fremover blive foretaget årligt.

4.2 Proaktive patientsikkerhedsanalyser

I Region Nordjylland er der fortsat fokus på at arbejde proaktivt med patientsikkerheden, hvilket bl.a. sker ved anvendelse af FMEA-metoden og ved patientsikkerhedsrunder.

FMEA-analyser (Failure mode and effekts analysis)

I Region Nordjylland anvender flere af sygehusene FMEA-metoden, der er en proaktiv risikoanalyseform, hvor arbejdsgange systematisk gennemgås med henblik på at identificere mulige risici samt prioritere og forebygge disse.

Til brug for sygehuse og sektorer, der ønsker at anvende FMEA-metoden har Kvalitetskontoret udarbejdet henholdsvis en guide og en skabelon til metoden.

Patientsikkerhedsrunder

En patientsikkerhedsrunde er en metode til at få afdækket mulige risikoområder med henblik på at få aktiveret en handling, der forebygger, at der sker fejl på området. I store træk foregår en patientsikkerhedsrunde ved, at repræsentanter fra sygehus- eller sektorledelsen afholder et møde med repræsentanter fra en afdeling med henblik på at afdække risikoområder i afdelingen. En del af mødet består i at mødedeltagerne går en runde gennem afdelingen, hvor der tales om patientsikkerhed på baggrund af observationer undervejs. Ofte afholdes der et formøde mellem sygehusets eller sektorens lokale risikomanager og repræsentanterne fra afdelingen, og i flere tilfælde afsluttes runden med et opfølgingsmøde.

Stort set alle sygehuse og sektorer i Region Nordjylland har implementeret patientsikkerhedsrunder og foretager disse systematisk.

4.3 Formidling af patientsikkerhed

Ps-forum:

I Region Nordjylland er der nedsat et patientsikkerhedsforum med deltagelse af lokale risikomanagere fra sygehusene, sektorerne, sygehusapoteket og regionens Kvalitetskontor. Gruppen afholder 6 møder årligt og refererer til Kvalitetsrådet for Sygehusvæsenet i Region Nordjylland. Gruppen skal bl.a. sikre vidensdeling og erfaringsudveksling samt medvirke aktivt til udvikling af proaktivt pati-

entsikkerhedsarbejde i regionen. Gruppen skal desuden medvirke til at samle dokumentation og skabe synlighed om effekten af patientsikkerhedsarbejdet i regionen.

Nyhedsbreve:

Der udsendes hvert kvartal et nyhedsbrev med seneste nyt om patientsikkerhed i regionen og nationalt. Brevet er primært målrettet de nøglepersoner og risikomanagere, der i sygehusene og sektorerne arbejder med patientsikkerhed.

”Pas på”:

I 2009 er der udsendt en enkelt regional ”pas på”. Temaet for denne var utilsigtede hændelser i forbindelse med epikriser sendt fra sygehuse og sektorer til almen praksis.

Hjemmeside for patientsikkerhed:

Kvalitetskontoret opdaterer løbende regionens hjemmeside for patientsikkerhed:

www.patientsikkerhed.rm.dk . På siden er det muligt at orientere sig i materiale og nyheder omkring patientsikkerhed på regionalt niveau.

4.4 Samarbejdspartnere i Region Nordjylland

Som beskrevet i afsnittet omkring sagsbehandling af rapporterede utilsigtede hændelser i Region Nordjylland sendes hændelser, der involverer medicoteknisk udstyr og hændelser der vedrører IT-systemer i kopi til kontaktpersoner i henholdsvis tekniske afdelinger og IT-afdelingen.

Kvalitetskontoret afholder årligt et møde med kontaktpersonerne for hvert af de to områder. På møderne diskuteres bl.a. tendenser i rapporterede hændelser og hvorledes samarbejdet med sygehusene og sektorerne fungerer. I forhold til de medicineringshændelser, der sendes i kopi til kontaktperson i Sygehusapoteket er denne medlem af ps-forum, hvor samarbejdet og tendenser i forhold til medicineringshændelser løbende diskuteres.

Kontaktpersonerne fra IT-området har deltaget i ét møde i ps-forum, hvilket fremover vil ske årligt.

4.5 Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Medio 2010 forventes den vedtagne udvidelse af patientsikkerhedsordningen at træde i kraft og der vil således være rapporteringspligt for utilsigtede hændelser ikke alene i sygehuse og sektorer men for utilsigtede hændelser forekommende i hele sundhedssektoren, herunder kommunerne, Praksissektoren, specialsektoren, apotekerne og det præhospitalt område. Med lovudvidelsen ligger der en meget stor opgave for Region Nordjylland i forhold til at skabe en organisering, der sikrer, at de nye områder i patientsikkerhedsordningen kan håndtere arbejdet med utilsigtede hændelser dels internt i organisationerne og dels på tværs af organisationer og sektorer.

Ultimo 2009 blev der nedsat en styregruppe for lovudvidelsen bestående af deltagere fra Praksissektoren, Ledelsessekretariatet samt Kvalitetskontoret. Styregruppens opgave har været at beskrive forskellige modeller for organisering af arbejdet omkring rapporteringssystemet. I forbindelse med dette arbejde har der været afholdt dialogmøder med de nye aktører inden for patientsikkerhedsordningen. Dialogmøderne har dannet baggrund for et dagsordenspunkt med beskrivelse af mulige modeller for organisering i forbindelse med udvidelse af patientsikkerhedsordningen. Dagsordenspunktet bliver forelagt Direktionen primo 2010.

4.6 Rapportering fra Praksissektoren

I almen praksis har der siden starten af 2008 kørt et projekt, hvor det har været muligt for praktiserende læger at rapportere utilsigtede hændelser forekommende i egen praksis, i sygehuse og sektorovergange samt i enkelte kommuner også hændelser, der er forekommet i hjemmeplejen og inden for apotekssektoren. Projektet er afsluttet med udgangen af 2009, hvor der i almen praksis i alt er rapporteret 400 hændelser.

4.7 Patientsikkerhedskurser/temadage

Grundkursus i patientsikkerhed:

I samarbejde med Region Midtjylland er der i 2009 afholdt ét 2 dages patientsikkerhedsgrundkursus. Der forventes at blive afholdt ét årligt grundkursus i patientsikkerhed.

Opfølgingskursus i patientsikkerhed:

I samarbejde med Region Midtjylland er der afholdt ét opfølgingskursus i patientsikkerhed. Kurset henvender sig primært til nøglepersoner og ledere i sygehusvæsenet, der har været på grundkursus i patientsikkerhed. Der forventes at blive afholdt ét årligt opfølgingskursus.

Undervisning i DPSD:

På flere af sygehusene og sektorerne har Kvalitetskontoret undervist i anvendelse af DPSD. I forbindelse hermed er der udarbejdet en brugermanual til DPSD tilrettet regionale forhold.

Statistisk Processtyring

Der er i 2009 afholdt 2 kurser i statistisk processtyring i Region Nordjylland. Kurserne har været planlagt af Kvalitetskontoret med oplægsholdere fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Temadage omkring Londonprotokollen og MTO-analysemetoderne

I samarbejde med Region Midtjylland samt Region Syddanmark er der i 2009 afholdt 2 temadage for lokale og regionale risikomanagere i de proaktive metoder Londonprotokollen og MTO-analyse.

Derudover har Kvalitetskontoret holdt oplæg omkring patientsikkerhed ved forskellige lejligheder, bl.a. i forbindelse med temadag for regionens medicoteknikere og ligeledes har patientsikkerhed været et tema på møder for bl.a. regionale rådgivende politiske udvalg samt på det regionale Sundhedsbrugerråd.

4.8 Driftsopgaver

Antallet af rapporterede hændelser i Region Nordjylland er stærkt stigende. Dels betyder projektet med rapportering i almen praksis, at der modtages et stigende antal rapporteringer fra praktiserende læger, men den langt overvejende årsag til stigningen skyldes et øget fokus på patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusene og sektorerne. Stigningen afstedkommer en stadig stigende visitations- og klassifikationsopgave i Kvalitetskontoret.

Kvalitetskontoret er ansvarlig for oprettelse og vedligeholdelse af regionens omkring 200 brugere af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

4.9 Nationale og internationale mødeaktiviteter/konferencer

Kvalitetskontoret har i 2009 haft en omfattende mødeaktivitet på nationalt niveau i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet. Udvikling af et nyt elektronisk rapporteringssystem har betydet massiv mødeaktivitet i regi af Sundhedsstyrelsen, hvor der udover strategisk- og fagligt forum for patientsikkerhed⁶ er nedsat to arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsens projektorganisation; En konfigurations- og en klassifikationsgruppe, begge med deltagelse af en repræsentant fra Kvalitetskontoret.

Derudover har der bl.a. været mødeaktivitet i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvor Region Nordjylland har tre repræsentanter (heraf en fra Kvalitetskontoret) i Patientsikkerhedsrådet og endelig har Kvalitetskontoret deltaget i danske og udenlandske konferencer omkring patientsikkerhed.

4.10 Operation Life

Operation Life var en national kampagne, som fandt sted i tidsrummet 16. april 2007 til 27. april 2009.

Kampagnen satte fokus på seks forskellige indsatsområder: Tilkald af mobilt akut-team - Behandling af blodprop i hjertet - Forebyggelse af medicineringsfejl med medicinafstemning - Forebyggelse af infektioner i centralt venekateter - Forebyggelse af lungebetændelse hos patienter i respirator - Sikker behandling af blodforgiftning.

I Region Nordjylland har alle sygehuse og sektorer deltaget i mindst et af de seks pakkeforløb. Flere af metoderne, som blev introduceret i Operation Life-kampagnen, bruges nu i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet dels i opfølgingsarbejdet på Operation Life-kampagnen, dels i forbindelse med nye aktiviteter i sygehuse og sektorer.

Udover pakkeforløbene fulgte man udviklingen i dødeligheden på sygehusene i forbindelse med Operation Life ved hjælp af metoden **hospitalsstandardiseret mortalitetsratio (HSMR)**, som var ny i Danmark ved kampagnens begyndelse. Ved kampagnens afslutning blev det besluttet, at HSMR-tallene fortsat offentliggøres hvert kvartal.

⁶ Region Nordjylland har to repræsentanter i strategisk forum og en repræsentant i fagligt forum)

5. Påbegyndte og planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2010

5.1 Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Opgaven omkring udvidelse af patientsikkerhedsordningen forventes at blive en stor opgave for regionen i 2010.

Udover de allerede nævnte arbejdsgrupper, der i 2009 blev nedsat i regi af Sundhedsstyrelsens projektorganisation til udvikling af et nyt elektronisk rapporteringssystem, er der nedsat yderligere en dataejerggruppe og flere underarbejdsgrupper, alle med deltagelse fra Kvalitetskontoret. Frem til forventet færdiggørelse af rapporteringssystemet d. 1. september vil der udover deltagelse i disse grupper blive trukket på regionerne i forbindelse med tests af systemet og høringer m.m..

I forhold til etablering af et samarbejde mellem sygehuse/sektorer, almen praksis og kommuner omkring patientsikkerhed foregår en del af denne planlægning inden for rammerne af 2. generations sundhedsaftaler.

Desuden er der indledt et planlægningsarbejde sammen med Region Midtjylland i forhold til afholdelse af kursus for de nye aktører inden for patientsikkerhedsordningen.

5.2 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Region Nordjylland skal som den første region i Danmark akkrediteres i efteråret 2010. Som en del af forberedelsesarbejdet til akkrediteringen skal der ses på mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser. Disse mønstre og tendenser vil danne baggrund for valg af kommende indsatsområder for sygehusenes og sektorenes patientsikkerhedsarbejde.

5.3 Anvendelse af proaktive analyser/metoder

I 2010 vil der fortsat være fokus på at arbejde proaktivt med patientsikkerheden. Bl.a. vil der i samarbejde med Region Midtjylland blive afholdt et kursus i metoden Global Trigger Tools.

5.4 Kurser/uddannelse

I samarbejde med Region Midtjylland planlægges ét grundkursus og ét opfølgingskursus i patientsikkerhed.

5.5 Indsats på baggrund af resultater fra LUP

På baggrund af de regionale resultater af Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for 2009 udvælger sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland nogle områder, hvor man vil gøre en indsats. Et af områderne der vil blive sat fokus på i 2010 er temaet omkring opfølgning på en utilsigtet hændelse i forhold til patienterne. I foråret 2010 vil der bl.a. blive afholdt en regional temadag omkring emnet.

Bilag 1 – Bidrag fra sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland

Sygehus/sekto	Sygehus Himmerland																				
Rapporteringer:	<p>I Sygehus Himmerland er der rapporteret 475 utilsigtede hændelser i 2009. Hvilket er en meget stor og positiv stigning fra 2008.</p> <p>Statistik</p> <p><i>Anonyme rapportører</i> Personalet kan vælge, at indrapporterer anonymt, det anbefales at skrive navn på indrapporteringen, da det vil øge muligheden for, at analysere hændelsen korrekt, hvis personen kan kontaktes.</p> <table data-bbox="427 696 1034 763"> <tr> <td>Anonyme indrapporteringer</td> <td>13,4%</td> </tr> <tr> <td>Ikke-anonyme indrapporteringer</td> <td>86,6%</td> </tr> </table> <p><i>Færdiggørelse af analyser</i> D. 1. marts 2010 er fordelingen af afsluttede sager fra 2009 som følger:</p> <table data-bbox="427 898 1034 965"> <tr> <td>Afsluttede analyser</td> <td>76,6%</td> </tr> <tr> <td>Ikke-afsluttede analyser</td> <td>23,4%</td> </tr> </table> <p><i>Faktuel og potentiel risikoscore</i> Hændelserne vurderes ud fra en matrix med en faktuel og en potentiel risikoscore fra 1-3. En score-3 kræver en risikoanalyse. Af de hændelser hvor sagsbehandlingen er afsluttet (76,%) er fordelingen er risikoscore følgende:</p> <table data-bbox="427 1167 1034 1402"> <tr> <td>Faktuel score 1</td> <td>98,4%</td> </tr> <tr> <td>Faktuel score 2</td> <td>1,6%</td> </tr> <tr> <td>Faktuel Score 3</td> <td>Ingen</td> </tr> <tr> <td>Potentiel score 1</td> <td>38,6%</td> </tr> <tr> <td>Potentiel score 2</td> <td>55,6%</td> </tr> <tr> <td>Potentiel score 3</td> <td>5,8%</td> </tr> </table>	Anonyme indrapporteringer	13,4%	Ikke-anonyme indrapporteringer	86,6%	Afsluttede analyser	76,6%	Ikke-afsluttede analyser	23,4%	Faktuel score 1	98,4%	Faktuel score 2	1,6%	Faktuel Score 3	Ingen	Potentiel score 1	38,6%	Potentiel score 2	55,6%	Potentiel score 3	5,8%
Anonyme indrapporteringer	13,4%																				
Ikke-anonyme indrapporteringer	86,6%																				
Afsluttede analyser	76,6%																				
Ikke-afsluttede analyser	23,4%																				
Faktuel score 1	98,4%																				
Faktuel score 2	1,6%																				
Faktuel Score 3	Ingen																				
Potentiel score 1	38,6%																				
Potentiel score 2	55,6%																				
Potentiel score 3	5,8%																				
Aktiviteter i 2009:	<p>I Sygehus Himmerland er der sat stor fokus på patientsikkerhed i 2009. Der har været mange projekter, som sammenlagt har øget opmærksomheden på tigt patientsikkerhed er.</p> <p>Patientsikkerhedsorganisationen I Sygehus Himmerland er der minimum én patientsikkerhedsnøgleperson i hver afdeling. Disse patientsikkerhedsnøglepersoner mødtes ca. hver 2.-3. måned for at drøfte patientsikkerhedsområdet. Et fast punkt på dagsordenen er bordet rundt, hvor patientsikkerhedsnøglepersonerne hver især bidrager med erfaringer fra egen afdeling.</p> <p>Der har været deltagere fra Sygehus Himmerland både til den regionale opfølgingsdag samt til det regionale patientsikkerhedskursus</p> <p>Proaktive analyser Inddragelsen af proaktive analyser er meget relevant på et sygehus hvor størstedelen af hændelserne er faktuelle score 1-hændelser og hvor der er enkelte score 2-</p>																				

hændelser. Der har været benyttet FMEA (failure-mode-effects-analysis) som proaktiv analysemetode i 2009. Metoden har været taget godt imod og er blevet oplevet som en positiv metode til at analysere en proces.

SPOT-kort

Det oplevedes, at det er et problem for personalet at finde tid til at indrapportere utilsigtede hændelser. Der blev i 2009 udviklet et SPOT-kort (Sted, Person, Observation og analyse, Tid og dato) til at hjælpe personalet med at huske at indrapportere utilsigtede hændelser. SPOT-kortet er et A5-ark i en blok, som ligger overalt i alle afdelinger, især ved computere. Personalet har derved større mulighed for i en travl hverdag, at skrive enkelte noter ned omkring hændelsen og evt. samle flere hændelser til indrapportering, når der findes tid til det.

At SPOT-kortet ligger overalt i afdelingerne, minder ligeledes personalet om, at tænke på patientsikkerhed i alle henseender i en dagligdag, og har været med til at skabe en god sikkerhedskultur.

SPOT-kortet er blevet taget godt imod og bruges i mange afdelinger. SPOT-kortet har en del af æren for, at der er sket en meget stor stigning i indrapporteringer af utilsigtede hændelser sammenlignet med 2008. Ved brug af det statistiske værktøj SPC (statistisk Proces Control) er det vurderet, at der er sket en signifikant stigning af indrapporteringerne.

Undervisning i patientsikkerhed

Alle afdelinger har fået undervisning i patientsikkerhed i 2009 af den lokale risikomanager. Undervisningen har været tilrettelagt således, at SPOT-kortet blev introduceret samtidigt med undervisningen og dermed fik et godt grundlag fra starten.

Nyhedsbrev

I 2009 blev PS-nyt – nyhedsbrev om patientsikkerhed lanceret. Nyhedsbrevet udkommer én gang om måneden og indeholder både lokale, regionale, nationale og internationale nyheder og emner om patientsikkerhed. Nyhedsbrevet præsenterer også derudover eksempler på, hvad en utilsigtet hændelse kan være med hændelser fra den virkelige verden. Derudover præsenterer PS-nyt også hændelser fordelt på afdelinger for de foregående 90 dage og et samlet tal for hele sygehuset på månedsbasis. Nyhedsbrevet kobler ligeledes Den Danske Kvalitetsmodel med patientsikkerhed for at give sammenhæng.

PS-nyt kommer i printet udgave i alle afdelingers kaffestuer. Det er modtaget positivt og giver afdelingsledelserne et fundament for kontinuerligt at holde fokus på patientsikkerhed.

Patientsikkerhed har desuden sin egen hjemmeside på sygehusets hjemmeside med informationer og links omkring patientsikkerhed.

Medicinprojekt

I Sygehus Himmerland startede der i 2008 et medicinprojekt med fokus på opgaveglidning. Der blev ansat farmakonomer til at hælde medicin op til et døgn til alle patienter på én afdeling. Dette projekt er fortsat i 2009 og har givet meget stor fokus på patientsikkerhed på mange områder. Ikke mindst vandt projektet en posterkonkurrence på patientsikkerhedskonferencen i april. Medicinprojektet har også en stor del af æren for, at der indrapporteres så mange utilsigtede hændelser, eftersom farmakonomerne konsekvent indrapporterer alle hændelser de opdager.

Operation Life

Sygehus Himmerland deltog også i 2009 i Operation life – medicinpakken. Projektet

	<p>afsluttedes i april 2009, og har skabt et meget større fokus på patientsikkerhed og en god viden om gennembrudsmetoden. Der er i 2009 hele tiden videreudviklet på patientsikkerhedsområdet med baggrund i Operation Life.</p> <p>Retningsgivende dokumenter Der arbejdes ihærdigt på, at udarbejde tværfaglige og tværgående retningsgivende dokumenter. Der arbejdes hård på at skabe et sygehus, hvor en høj, faglig kvalitet på tværs i organisationen, er med til at skabe ensartethed i behandlingen og øget patientsikkerhed.</p> <p>Patientens bog I hele 2009 har der på alle afdelinger samt ved indgangene til sygehuset været opstillet standere med <i>Patientens bog</i> til fri afbenyttelse for patienterne. Der er mange interesserede patienter, der tager en udgave af bogen.</p>
Kontaktperson:	<p>Iben Lundager Kvalitetskoordinator Tlf. 2527 5090 Mail: ibl@rn.dk</p>

Sygehus/sekto:	Sygehus Vendsyssel
Rapporteringer:	<p>Der blev rapporteret 195 utilsigtede hændelser i DPSD fra Sygehus Vendsyssel i 2009. Der er tale om en signifikant stigning sammenlignet med de 128 rapporterede UTH i 2008. UTH rapporteret på månedlig basis har en median på 15 i 2009, mens medianen var 10.5 i 2008. Igen er der tale om en signifikant forskel. Dette kan tydeliggøres med nedenstående graf, hvor statistisk processtyringsværktøjet ”epidata” er benyttet. Punkter angivet med ”firkant” er en såkaldt ”lang serie” med mere end 8 punkter i sammenhæng over medianen, hvilket dokumenterer en signifikant ændring i forhold til tallene for 2008. Der ses et stort udsving i de månedlige rapporteringer, hvor nogle af udsvingene kendetegner arbejdsrutiner med at samle sager før rapportering eller måneder, hvor der er enten er ferieafvikling eller mindre travlhed.</p> <div data-bbox="416 701 1422 1128" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">UTH Sygehus Vendsyssel 2008-2009</p> <p style="text-align: center; color: red;">Freeze: 12 Median: 10.50</p> <p style="text-align: right; color: red; font-size: small;">EpiData Analysis Graph</p> </div> <p>Rapportering af UTH har basis i læring, og en stigning i rapporterede UTH skal stadig ses som noget positivt. Erfaring og statistik siger, at kun 10-25 % af faktiske UTH rapporteres i Sundhedsvæsenet. Stigningen skal derfor ses som en udvikling af patientsikkerhedskulturen på Sygehuset, og der forventes en stadig stigning de kommende år, som ikke er ensbetydende med, at der sker flere utilsigtede hændelser.</p> <p>43 % af UTH i 2009 er kategoriserede som ”øvrige”. Det er i sær UTH vedrørende prøver og røntgen, der klassificeres i denne kategori. 19 % omhandler medicinering og 18 % forveksling/fejlkommunikation. Fordelingen af kategorier matcher 2008. Der var i slutningen af 2009 i alt 42 uafsluttede UTH > 90 dage gamle. En del af disse er fra 2007, og der er nu indgået aftale med Kvalitetskontoret, om at reorganisere disse sager, så de kan afsluttes inden en ny DPSD-database sættes i drift medio 2010. Potentielle og faktuelle score 3 hændelser var der 13 af i 2009. Der er foretaget kerneårsagsanalyse på 2 af de faktuelle alvorlige hændelser. Kerneårsagsanalyserapporter ligger begge på Regionens lukkede side for patientsikkerhed.</p>
Aktiviteter i 2009:	<p>Der har været fokus på at udbrede en patientsikkerhedskultur på alle afdelinger i 2009 både reaktivt og proaktivt. ERFA-møder for patientsikkerhedsnøglepersoner er blevet afviklet hvert kvartal med fokus på forskellige læringsset fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Fra september, hvor der blev ansat en ny Riskmanager, har denne sammen med ledelsen arbejdet på at hjemtage sagsbehandlingen i DPSD, med det sigte at få patientsikkerhedsarbejdet mere vedkommende og lokalt forankret hos det kliniske personale. Hjemtagningen af sagsbehandlingen giver mulighed for overblik og hurtig handling og skulle gerne forebygge flaskehalse.</p>

	<p>Som et led i det proaktive patientsikkerhedsarbejde er der i løbet af efteråret planlagt patientsikkerhedsrunder, som skal gennemføres på mindst et afsnit i hver afdeling i løbet af 2010. Patientsikkerhedsrunder er med til at identificere problemområder, så UTH kan forebygges via barrierer, kontrol-foranstaltninger eller andre tiltag, personalets og patienters bekymringer for mulige UTH høres, og de viser sygehusledelsens engagement og opbakning til fokus på patientsikkerhed.</p> <p>Den ny Riskmanager har deltaget i grundkursus i Patientsikkerhed samt temadage og workshops for risikomanagere vedr. nye metoder til proaktivt patientsikkerhedsarbejde: Global Trigger Tools, London Protokollen og MTO. Værktøjerne implementeres løbende ved behov og relevans.</p> <p>Der arbejdes seriøst og målrettet med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, ikke mindst de tilhørende standarder og indikatorer, hvor patientsikkerhed indgår, i alle afdelinger på Sygehus Vendsyssel med henblik på akkreditering uge 44 i 2010.</p>
Kontaktperson:	Vivi Pedersen, Riskmanager, Sygehus Vendsyssel, 99641517, vip@rn.dk

Sygehus/sekter:	Aalborg Sygehus
Rapporteringer:	På Aalborg Sygehus er der i 2009 rapporteret 703 hændelser. Dette er en stigning i forhold til 2008, hvor der blev rapporteret 512 hændelser. På Aalborg Sygehus ses det forsat som positivt, at antallet af hændelser stiger, idet det er udtryk for en kultur hvor hændelser i stigende grad rapporteres, snarere end et udtryk det reelle antal hændelser, der sker på sygehuset.
Aktiviteter i 2009:	<p>Aalborg Sygehus har i 2009 gennemført 5 patientsikkerhedsrunder med deltagelse af sygehusledelsen. Patientsikkerhedsrunderne er blevet en integreret del af arbejdsgangen på Aalborg Sygehus, og der er planlagt 10 runder i 2010.</p> <p>Patientsikkerhedsrunderne opleves som en meget gavnlige proces for såvel de ledere der deltager i runderne som for de afdelinger, der bliver besøgt. Patientsikkerhedsrunderne signalerer topledelsens engagement i patientsikkerhedsarbejdet, samtidigt med at der identificeres konkrete sikkerhedsmæssige problemstillinger. Der udarbejdes i forlængelse af runden handleplaner for løsning af identificerede patientsikkerhedsmæssige problemstillinger.</p> <p>Patientsikkerhedsrunderne kan danne afsæt for andre former for analyser. F.eks. blev der i en afdeling gennemført en FMEA-analyse omkring modtagelse af prøvesvar i afdelingen, i forlængelse af en problemstilling der blev identificeret ved patientsikkerhedsrunden.</p> <p>Der er endvidere gennemført 2 kerneårsagsanalyser i 2009 på indrapporterede hændelser.</p> <p>I forbindelse med lanceringen af WHO's anbefalinger omkring Sikker Kirurgi, blev der i et operationsafsnit i sommeren 2009 gennemført et pilotprojekt hvor WHO's anbefalinger blev afprøvet. Her blev der høstet gode erfaringer, som vil blive taget i anvendelse ved en eventuel spredning til øvrige operationsafsnit på sygehuset og i regionen.</p> <p>Endelig har Aalborg Sygehus, som led i implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, haft et særligt fokus på håndhygiejne. Der er således i efteråret 2009 gennemført observationsstudier af personalets håndhygiejne på alle afdelinger. Resultaterne er disse observationer behandles dels i den enkelte afdeling og dels i hygiejneorganisationen.</p>
Kontaktperson:	Louise Weikop, Kvalitetskoordinator, Aalborg Sygehus louise.weikop@rn.dk

Sygehus/sekto:	Ortopædkirurgien Region Nordjylland
Rapporteringer:	<p>I 2009 blev der rapporteret 74 utilsigtede hændelser. Dette svarer til en stigning på 15 % i forhold til 2008, og tages som udtryk for en skærpet opmærksomhed på vigtigheden af at få rapporteret de utilsigtede hændelser, så der kan skabes læring. Kun 7 % af hændelserne blev rapporteret anonymt, hvilket tages som udtryk for tryghed i forhold til anvendelsen af UTH - rapporten og dermed et kendskab til at DPSD er et ikke sanktionerende system. 40 % af de utilsigtede hændelser vedrørte medicinering hvilket niveaumæssigt er uændret fra 2008.</p>
Aktiviteter i 2009:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner / patientsikkerhedsrådgivere. I starten af året blev der holdt patientsikkerhedsstrategimøde hvor Ortopædkirurgiens patientsikkerhedsstrategi for 2009-2011 blev præsenteret og årets indsatsområder blev prioriteret. Flere af patientsikkerhedsrådgiverne har deltaget i regionens patientsikkerhedsopfølgingskursus</p> <p>Information: Der er udarbejdet en langsigtet patientsikkerhedsstrategi som for 2009-2011 beskriver strategiske indsatsområder i forhold til det reaktive såvel som det proaktive patientsikkerhedsarbejde. Rapporterede utilsigtede hændelser er et fast punkt til drøftelse på kvalitetsrådsmøder, ledelseskollegiemøder, øvrige ledelsesfora samt arbejdsmiljøfunktionens møder.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter: Der har i 2009 i hele Ortopædkirurgien været fokus på sikker medicinering. Der er i løbet af året udarbejdet nye instrukser på hele medicineringsområdet ligesom der er sat særlig fokus på medicinafstemning. Blandt andet er der netop udarbejdet en tjekliste, som der løbende bliver undervist i, til brug ved dette. Der er i Klinik Hjørring påbegyndt et undervisningsforløb til plejepersonalet vedr. medicinering. På klink Aalborg er der kommet farmaceutbistand og der er udarbejdet nye medicinprotokoller og optimering af eksisterende, med efterfølgende undervisning. I Farsø har der været arbejdet intensivt med ordinationshændelser, metoden har været: ”at gå til kilden”. I 2009 blev begrebet patientsikkerhedsrunder indført. Der blev gået 3 runder, en på hver klinik. Efterfølgende er der udarbejdet og prioriteret handleplaner. Patientsikkerhedskoordinatoren har deltaget i temadage for risikomanagere vedr. nye metoder til proaktivt patientsikkerhedsarbejde, med henblik på at kunne implementere disse ved behov. Der er sat fokus på patientsikkerheden i forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, og taget skridt til en systematik omkring sporing af mønstre og tendenser ved de analyserede UTH'er med henblik på læring og forebyggelse af hændelserne.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter: I 2009 er der arbejdet videre med patientforløbsbeskrivelser samt revidering af eksisterende. En kritisk gennemgang af patientforløb samt en beskrivelse</p>

	af det ideelle forløb med fokus på kvalitet, kontinuitet og koordinering er med til at skabe øget sikkerhed for patienterne. Der har ligeledes været fokus på Det Nationale Indikatorprojekt for patienter med hoftenære frakturer. Generelt er der tale om en flot målopfyldelse, men der er stadig områder med plads til forbedring og dette arbejdes der systematisk med.
Kontaktperson:	Kvalitets- og patientsikkerhedskordinator Annette Jaquet. tlf.: 99322381, e-mail: annette.jaquet@rn.dk

Sygehus/sekto r:	Anæstesen
Rapporter inger:	Der er rapporteret 206 hændelser i Anæstesen i 2009
Aktiviteter i 2009:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner Flere patientsikkerhedsnøglepersoner har deltaget i det regionale grundlæggende introduktionskursus i patientsikkerhed. Centrale patientsikkerhedsnøglepersoner har deltaget i kursus angående statistisk processtyring.</p> <p>Information Den interne informationsspredning angående patientsikkerhed sker fortsat i høj grad via kvalitetsudvalgsmøder, hvor patientsikkerhed er et fast punkt på dagsordenen. Desuden via afdelingsledelser og patientsikkerhedsnøglepersoner.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter Der har været én faktisk score 3 hændelse i 2009. Der er udarbejdet en kerneårsagsanalyse på hændelsen. På baggrund af analysen er der implementeret flere forandringer med henblik på at forebygge samme form for hændelse. I løbet af året er flere personer uddannet til at være proceskonsulent i en kerneårsagsanalyse.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter På baggrund af Anæstesiens medvirken i Operation Life kampagnen er en arbejdsgruppe nedsat og udarbejdelse af sedationsstrategi for respiratorpatienter med henblik på at forebygge VAP er i gang. Desuden har Anæstesen medvirket i udarbejdelsen af regional retningslinje omkring behandling af sepsis bl.a. på baggrund af ”sepsispakken” i Operation Life. Endelig har Anæstesen i samarbejde med Aalborg Sygehus gennemført pilottest i Sikker Kirurgi tjekliste. Der er udarbejdet rapporter over rapporterede utilsigtede hændelser i Anæstesen. Resultaterne herfra, har været basis for diskussion og for udvælgelse af kommende fokusområder. Således er et større arbejde omkring ”medicinoplysninger i intensiv afsnit” og ”Etiketter på sprøjter” iværksat.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter I anæstesen gøres fortsat et stort arbejde med udarbejdelse af klinisk retningsgivende dokumenter. I dette arbejde vægtes højt, at dokumenterne er evidensbaseret og er med til at løfte den faglige kvalitet. Desuden udarbejdes så mange retningsgivende dokumenter, som det er muligt, tværgående og tværfagligt hvilket er med til at skabe ensartethed i organisationen og øge patientsikkerheden.</p>
Kontaktperson:	Projektsygeplejerske Lotte Frilev, tlf. 99 32 22 85, e-mail: lotte.frilev@rn.dk

Sygehus/sekter:	Psykiatrien i Region Nordjylland
Rapporteringer:	<p>I psykiatrien er der i 2009 rapporteret 315 hændelser. Dette er en stigning på 127% i forhold til 2008, hvor der blev rapporteret 139 hændelser. Stigningen i rapporteringerne er sket i forhold til alle afdelinger i Psykiatrien, og der er sket et fald i andelen af rapporteringer, der er anonyme fra 17 % i 2008 til 12 % i 2009.</p> <p>I Psykiatrien vurderes det som positivt, at antallet af hændelser er stigende, idet det opfattes som udtryk for en bevægelse mod en patientsikkerhedskultur, hvor hændelser i stigende grad rapporteres, så der kan udtrages læring og patientsikkerheden styrkes.</p>
Aktiviteter i 2009:	<p>Information: Rapporterede utilsigtede hændelser er et fast punkt til drøftelse på Psykiatriens kvalitetsudvalg, og der arbejdes frem imod utilsigtede hændelser som et fast punkt på dagsordenen i alle ledelsesfora. Der er udarbejdet retningslinje der beskriver patientsikkerhedsarbejdet.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter: Der er lokalt foretaget analyse af de rapporterede hændelser og derudover er der foretaget 14 dyberegående hændelsesanalyser af alvorlige utilsigtede hændelser, og der er udarbejdet handleplaner på baggrund af analysen.</p> <p>Som en konsekvens af analyserne er der udarbejdet ny retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko, samt intervention, og forebyggelse.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter: Psykiatrien har, som led i en strategi om at gennemføre patientsikkerhedsrunder på alle sengeafsnit frem til august 2010, gennemført 2 patientsikkerhedsrunder i 2009. På runderne har der været deltagelse af afsnitsledelse og afdelingsledelsen, og der er i forbindelsen med runderne udarbejdet handleplaner, på de områder der har afsløret patientsikkerhedsbrist.</p> <p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner. Der er regelmæssige møder med patientsikkerhedsnøglepersonerne, hvor mønstre og tendenser i utilsigtede hændelser har været diskuteret.</p> <p>Kompetenceudvikling Flere af Psykiatriens patientsikkerhedsnøglepersoner har deltaget i Dansk Selskab for Patientsikkerheds årlige Patientsikkerhedskonference og Region Nordjyllands opfølgingskursus i patientsikkerhed, desuden har flere patientsikkerhedsnøglepersoner deltaget i temadag om selvmordsrisiko og selvmordsforebyggelse.</p> <p>Der har været deltagelse af flere sekretærer på Dansk Selskab for Patientsikkerheds patientsikkerhedskonference for sekretærer.</p>
Kontaktperson:	Anne Grethe Rasmussen, Riskmanager Psykiatrien i Region Nordjylland, tlf.: 96311203, e-mail: anne.grethe.rasmussen@rn.dk

Sygehus/sekter:	Sygehus Thy-Mors
Rapporteringer:	181 sager heraf 21 anonymt rapporteret.
Aktiviteter i 2009:	<p>Aktiviteter for PS-nøglepersoner/PS-kontaktpersoner Der er pt. 49 PS-nøglepersoner. Der er blevet afholdt et netværksmøde for PS-nøglepersoner, hvor bl.a. behov for og indhold af netværksmøder blev drøftet. Alle PS-nøglepersoner deltager i det 2-dages regionale patientsikkerhedskursus.</p> <p>Information Patientsikkerhed indgår som et fast dagsordenpunkt på sygehusets og lokale kvalitetsudvalgsmøder. Nyhedsbreve om Patientsikkerhed er sendt til alle ledere og PS-nøglepersoner fire gange i 2009. Herudover anvendes Ledelsesinformation der udsendes ugentligt som løbende informationskilde</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter Et afsnit har haft en utilsigtet hændelse med SAC-score 3, hvor afdelingsledelsen i samråd med cheflægen og risikomanageren vurderede, at en simpel analyse kunne erstatte en egentlig kerneårsagsanalyse, idet det drejede sig om en relativ enkel problematik.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter Der blev afviklet 6 patientsikkerhedsrunder i 2009 på følgende afsnit: Kirurgisk Ambulatorium, Medicinsk Ambulatorium, Operationsafdelingen, Skadestuen, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling – Afsnit D4 og D2 samt Fødegangen. Risikoområderne der blev taget op var fordelt på følgende hændelseskategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicineringsfejl • Patientfald • Operative/invasive indgreb • Forveksling/fejlkommunikation • Kontinuitetsbrud • Øvrige <p>Desuden gennemførtes en FMEA analyse vedrørende dagkirurgiske patienter i den præoperative fase med fokus på visitation, information, forberedelse, skriftligt informationsmateriale og tidspunkt for operation. Som resultat af analysen blev der bl.a. indført nyt visitationsskema, ”pakker” for de hyppigste dagkirurgiske patientgrupper, udarbejdet instrukser for behandling af dagkirurgiske patienter og fokus på information og mundtlig kommunikation.</p> <p>Operation Life I alt fem teams deltog i Operation Life. Tre teams var involveret i arbejdet med medicinafstemningspakken, et team arbejdede med implementeringen af Mobilt Akut Team (MAT) og et team arbejdede med CVK-pakken.</p> <p>Som resultat af Operation Life er der udarbejdet nye instrukser for Medicinafstemning og for CVK – både anlæggelses- og plejedelen. Der er tale om et flot, gennemarbejdet og testet materiale, der vil medvirke til at fremme patientsikkerheden, når det bliver implementeret på sygehuset. Det Mobile Akut Team er nu implementeret og instrukser samt undervisningsmateriale</p>

	<p>riale er udarbejdet. I 2009 var der 130 MAT-kald fordelt på alle sengeafsnit på Sygehus Thy-Mors.</p> <p>Officielt sluttede Operation Life kampagnen 30. april 2009. På Sygehus Thy-Mors afviklede vi denne dag en temadag med fokus på proces i Operation Life, resultater og spredning. I Operation Life styregruppen blev det besluttet, at fortsætte arbejdet i forlængelse af de resultater der allerede var opnået, så de opnåede tiltag bliver implementeret i driften.</p>
Kontaktperson:	<p>Kvalitetskonsulent og Risikomanager Katrine Bærent Fisker Tlf.: 96 17 62 21 eller mail: kabf@m.dk</p>

Bilag 2 - Hændelsestyper og variable med definitioner

I sagsbehandlerdelen af DPSD kategoriseres alle hændelser inden for følgende 9 hændelsestyper:

- **Medicineringsfejl:** En medicineringsfejl defineres som en afvigelse fra den proces, som sikrer patienten den rette dosis af det rette lægemiddel på det rette tidspunkt og på den rette måde.
- **Patientfald:** En hændelse, hvorved en patient ufrivilligt befinder sig på gulvet eller et lavere niveau end udgangspunktet med eller uden bevidsthedstab.
- **Selv mord/selv mordsforsøg:** Selvmord er en handling med dødelig udgang og selvmordsforsøg en handling uden dødelig udgang, som en person med forventning om et dødeligt udfald selv har foranstaltet og gennemført.
- **Hændelser ved operative/invasive indgreb:** Hermed menes hændelser relateret til forberedelse, gennemførelse og opfølgning på operative indgreb og undersøgelsesprocedurer, som indebærer gennembrydning af hud eller slimhinder eller indførelse af apparatur gennem de naturlige legemsåbninger.
- **Hændelser ved anæstesi:** Hermed menes klinisk betydende hændelse, hvor der er sket patientskade eller kunne være sket patientskade ved anæstesi, og hvor der samtidig er risiko for gentagelse og potentiale for læring.
- **Forveksling/fejlkommunikation:** Hermed menes hændelser relateret til ombytning af kliniske prøver eller produkter samt hændelser, hvor skriftlig eller elektronisk svar på prøver og kliniske undersøgelser ombyttes. Samtidig skal hændelser med forkerte papirer i forkerte journaler, forkerte labels på prøvesvar og forkert markering af røntgenbilleder henføres hertil.
- **Hændelser grundet kontinuitetsbrud:** Hermed menes hændelser, der opstår når patienter enten overflyttes fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet eller, hvor der på andre måder opstår et væsentligt kontinuitetstab.
- **Hjertestop/uventet dødsfald:** Hermed menes hændelser, hvor en patient får hjertestop eller pludselig død hos en patient, hvor dette ikke var at forvente.
- **Øvrige**

For hændelsestyperne **medicineringsfejl** og **patientfald** sker der en mere omfattende og detaljeret klassificering. .

Bilag 3 - SAC-score skema

Ud fra nedenstående SAC-matrix udregnes en potentiel og en faktuel risikoscore. Risikoscoren kan antage værdierne 1, 2 og 3.

Score-matrixskema	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Definitioner af hyppighed og omfang:

Hyppig:

- Hyppig (flere gange inden for 1 år)
- Mindre hyppig (inden for 1 til 2 år)
- Sjælden (inden for 2 til 5 år)
- Meget sjælden (inden for 5 til 30 år)

Katastrofal - én af følgende:

- Død
- Varigt betydeligt funktionstab/handicap (mængde $\geq 15\%$)

Betydende - én eller flere af følgende:

- Varigt funktionstab/handicap (mængde $< 15\%$)
- Betydeligt øget udrednings og/eller behandlingsintensitet
- Ved flere patienter skadet ved samme begivenhed: Lettere øget udrednings- og /eller behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelse for minimum 3 patienter

Moderat - én eller flere af følgende:

- Lettere øget udrednings- og/eller behandlingsintensitet, som kan håndteres på stamafdeling for én patient.
- Ved én til to patienter skadet ved samme begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed

Minimal

- Ingen eller minimal betydning for patienten

Bilag 4 - Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorier

Lægeligt personale: Dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængig af ansættelsessted, læger i alm. Praksis, reservelæger. Læger i forsknings- og undervisningsstillinger.

Plejepersonale: Sygeplejersker og andet plejepersonale. Alle sygeplejersker er inkluderet i denne kategori (sygeplejersker i forvaltning og administration, på kliniske afdelinger, i undervisningsstillinger, i den primære sundhedstjeneste og i private firmaer og organisationer). Endvidere social og sundhedsassistenter samt social og sundhedshjælpere ansat som sygehjælpere, plejere eller plejeassistenter.

Tandlæge personale: Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.

Farmaceutisk personale: Farmaceuter ansat på sygehuse (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).

Psykologisk personale: Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer, børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.

Andet klinisk personale: Jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, radiografer, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.

Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apotekerassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærere, pædagoger, beskæftigelsesvejledere, musikterapeuter, bandagister samt skomagere)

Teknisk personale: Herunder radiografer