



ÅRSRAPPORT 2008 - DPSD

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsrapport 2008

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: DPSD; Utilsigtede hændelser; Årsrapport; Dansk Patientsikkerhedsdatabase
Kategori: Udredning
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: Februar 2009
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-715-0
Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-718-1

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Tilsyn, februar 2009

Forord

Sundhedspersoner har nu i fem år haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. I 2008 blev der indsendt 19.866 hændelser fra regionerne til Sundhedsstyrelsen.

Lokalt, regionalt og centralt er de rapporterede utilsigtede hændelser blevet analyseret med henblik på at identificere problemområder og forbedringspotentialer i forhold til patientsikkerhed. Regionalt og lokalt er der endvidere igangsat projekter til at følge op på, om handleplanerne, der udarbejdes i tilknytning til analyserne af hændelserne, implementeres, samt hvilken effekt disse har på patientsikkerheden.

Sundhedsstyrelsen har i 2008 især arbejdet med at følge op på tidligere udsendte udmeldinger fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Opfølgningerne har vist, at størstedelen af det adspurgte sundhedspersonale kender de aktuelle udmeldinger, samt at disse især er anvendt i udarbejdelse af lokale instrukser på afdelingerne.

Ordnningen om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet blev evalueret i 2006. På baggrund af evalueringen har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejdet et forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven efter hvilket ordningen udvides til også at omfatte primærsektoren, apoteker samt patienter og pårørende (udvidet patientsikkerhedsordning).

Lovforslaget har været førstebehandlet i december måned 2008 i Folketinget og forventes vedtaget i løbet af de første måneder af 2009. Ifølge forslaget skal udvidelse af ordningen træde i kraft i første halvdel af 2010.

I samarbejde med bl.a. Regionerne, Patientforum, Praktiserende Lægers Organisation, KL, Dansk Sygeplejeråd, Lægemiddelstyrelsen og Danmarks Apotekerforening har Sundhedsstyrelsen de to sidste år udarbejdet en kravspecifikation til et nyt elektronisk rapporteringssystem. Det nye elektroniske system skal kunne håndtere den formodede øgede mængde hændelser, der vil blive rapporteret efter lovændringen og rapporteringssystemets analysedel og kategoriseringen af hændelserne vil blive forbedret. Systemet skal være implementeret, når udvidelse af ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser træder i kraft.

Arbejdet omkring Dansk Patientsikkerhedsdatabase vil det kommende år lokalt, regionalt og centralt blive præget af forberedelserne til udvidelsen af patientsikkerhedsordningen. Dette er arbejdsopgaver, som Sundhedsstyrelsen ser frem til.

Sundhedsstyrelsen, februar 2009

Anne Mette Dons
Chef for Tilsyn

Indhold

1	Utilsigtede hændelser i 2008	6
1.1	Rapporter indsendt til regionerne	6
1.2	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen	7
1.3	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktisk risikoscore på 3	11
1.3.1	Hændelser i forbindelse med medicinering	12
1.3.2	Hændelser i forbindelse med operative og invasive procedurer	16
1.3.3	Fald	16
1.3.4	Selv mord og selvmordsforsøg	17
1.3.5	Hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer	18
1.3.6	Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation	18
1.3.7	Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	18
1.3.8	Hjertestop eller uventet død	20
1.3.9	Øvrige hændelser	21
1.3.10	Sundhedsstyrelsens kommentarer til de indsendte rapporter	21
2	Sundhedsstyrelsens opfølgning	24
2.1	Publikationer i 2008	24
2.1.1	Nyhedsbreve	24
2.1.2	Temarapporter	24
2.1.3	OBS-meddelelser	26
2.2	Informationsaktiviteter	27
2.2.1	Foredrag og undervisning i 2008	27
3	Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen	29
3.1	Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering	30
3.2	Utilsigtede hændelser vedrørende medicinsk udstyr	31
3.3	Fremtidigt samarbejde med Sundhedsstyrelsen	33
4	Samarbejde med Statens Institut for Strålebeskyttelse	34
5	Sundhedsstyrelsens deltagelse i internationale fora omkring patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser	36
5.1	Projekt om rapporterings- og læringssystemer under EU	36
5.2	Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed	37
5.3	Ekspertgruppe under OECD	37
6	Udvidelse af patientsikkerhedsordningen	38
7	Utilsigtede hændelser i klinikken og læringen deraf – i et anæstesiologisk perspektiv	39
8	Bilagsfortegnelse	43

1 Utsigtede hændelser i 2008

Der skelnes mellem to typer af rapporteringer dels en sundhedspersons primære rapportering til den enkelte region dels den sekundære rapportering til Sundhedsstyrelsen, som foretages af regionen, når den primære rapport er færdigbehandlet.

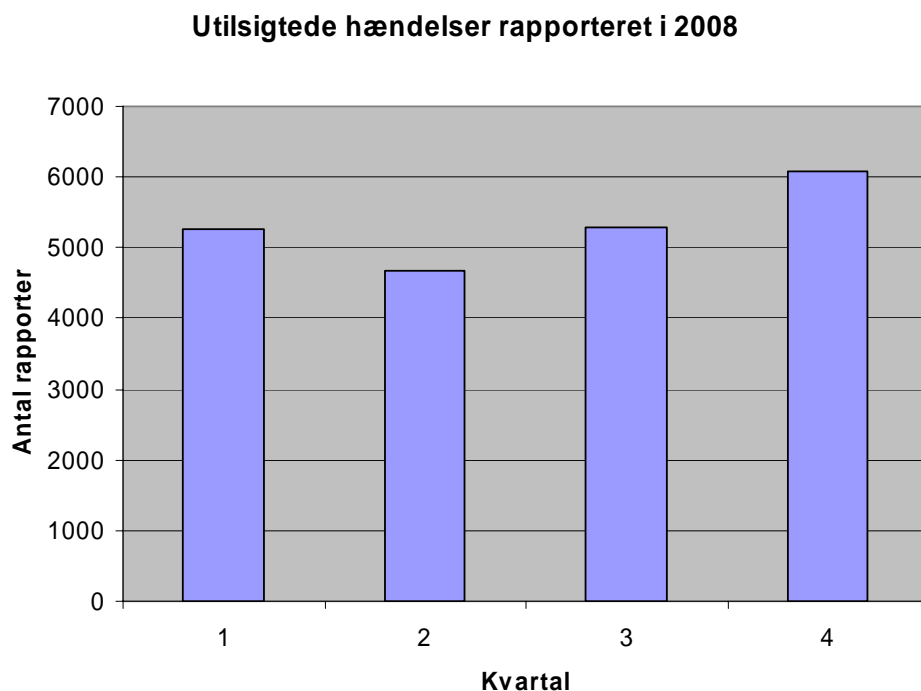
Regionerne har i henhold til aftale 90 dage til at færdiggøre deres analyser. Dette forklarer forskellen på antallet af rapporterede hændelser indsendt til regionerne og antallet af rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

1.1 Rapporter indsendt til regionerne

I perioden 1. januar til 31. december 2008 blev der rapporteret 21.279 utilsigtede hændelser fra sundhedspersoner til regionerne.

Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i denne primære rapportering.

Figur 1. Antal nye rapporter i databasen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal i 2008.

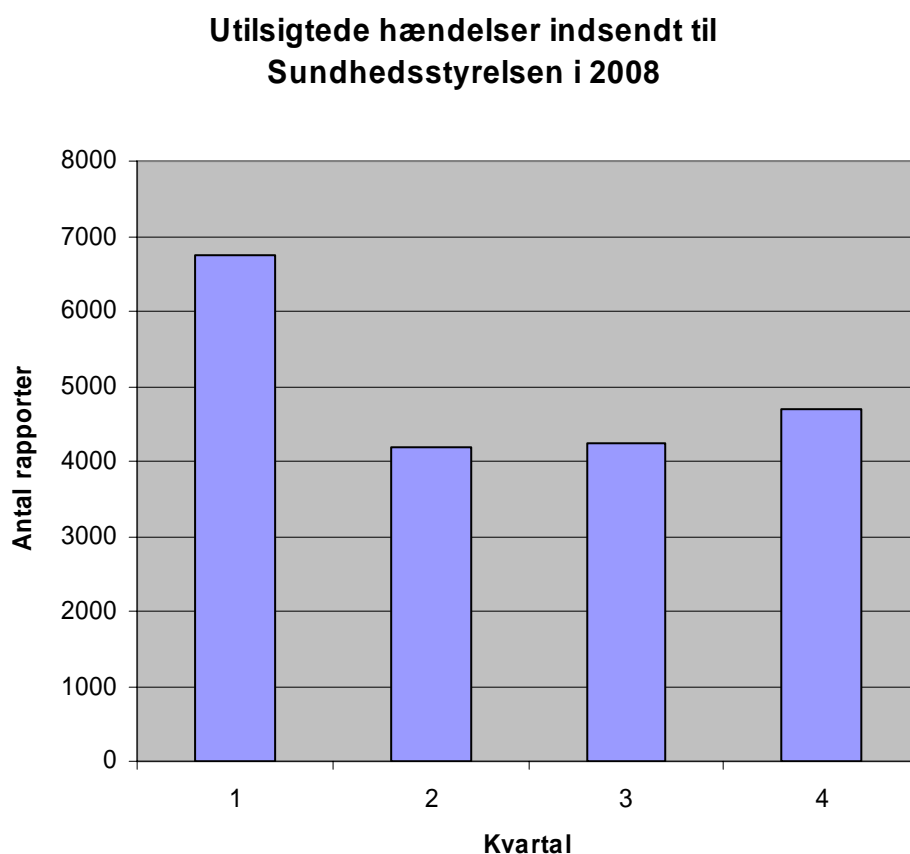


1.2 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen modtog i 2008 i alt 19.866 analyserede rapporter fra regionerne.

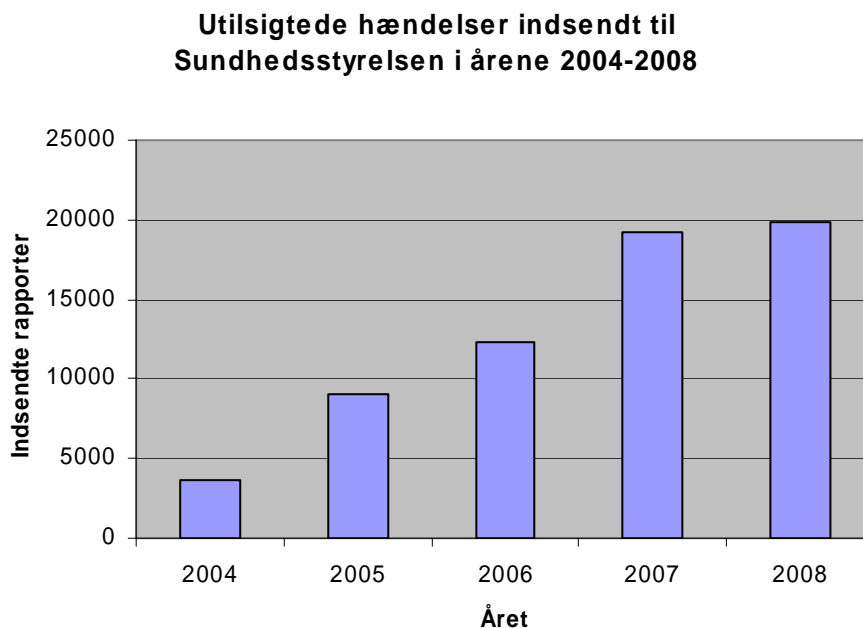
Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i den sekundære rapportering.

Figur 2. Antal rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2008 fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal.



Nedenfor vises en opgørelse over den årlige tilgang af hændelser rapporteret i den sekundære rapportering i årene 2004 – 2008.

Figur 3. *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i årene 2004 – 2008.*



Antallet af indsendte hændelser i 2008 var cirka 5 ½ gange større end i 2004, som var det første år, hvor sundhedspersoner var forpligtigede til at rapportere utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet (Figur 3).

Rapporterne er inddelt i 9 kategorier og fordelte sig ved indsendelsen i 2008 således:

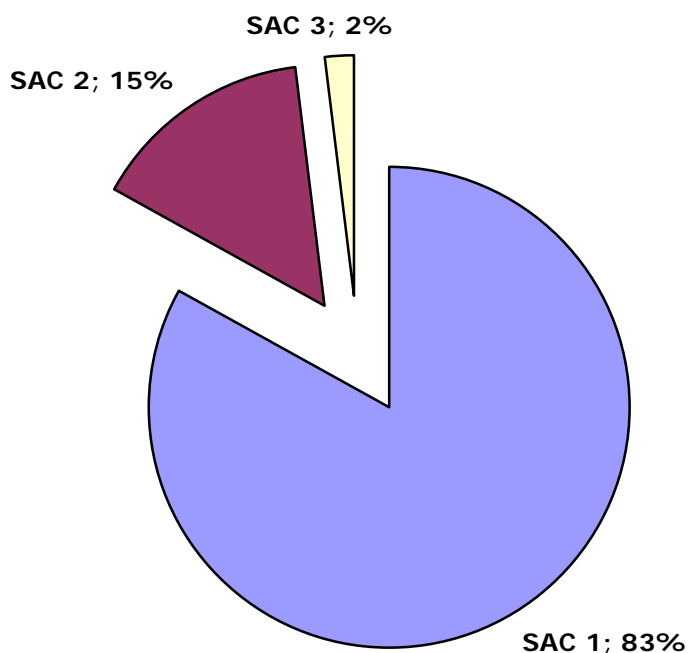
- 6.783 (34 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med medicinering
- 719 (4 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer
- 2.475 (12 %) af rapporterne omhandlede fald
- 159 (1 %) af rapporterne omhandlede selvmord og selvmordsforsøg
- 297 (1.5 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med anæsthesiprocedurer
- 3.757 (19 %) af rapporterne omhandlede forveksling eller fejlkommunikation
- 2.087 (10 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud
- 107 (0,5 %) af rapporterne omhandlede hjertestop eller uventet død
- 3.482 (18 %) af rapporterne omhandlede øvrige hændelser.

Ved sammenligning af fordelingen af rapporterne på hændelseskategorierne i 2007 og 2008 (se Årsrapport for DPSD 2007) ses, at fordelingen er nogenlunde den samme. Andelen af de indsendte rapporter, der omhandlede forveksling eller fejlkommunikation, er dog steget fra 14 til 19 %.

Sagsbehandleren i regionerne risikovurderer hændelsen efter et internationalt anerkendt system, Safety Assessment Code (SAC-systemet). Hændelsen får tildelt en risikoscore mellem 1 og 3 vurderet efter alvorlighedsgraden (skadens omfang) og hændelsens potentielle hyppighed (sandsynligheden for gentagelse). Bilag I indeholder en nærmere beskrivelse af SAC-systemet.

Nedenfor vises den procentvise fordeling af hændelserne på den faktuelle risikoscore.

Figur 4. *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2008 fordelt på den faktuelle risikoscore (SAC) af den rapporterede hændelse.*



Af figur 4 ses, at kun 2 % af de indsendte hændelser er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3, det vil sige som meget alvorlige. I årene 2004 – 2008 har andelen af meget alvorlige hændelser udgjort 2 – 4 % og udgør i 2008 ikke en større andel af de indsendte rapporter end i de forrige år.

Nedenfor vises de indsendte rapporters procentvise fordeling på rapportørens stilling.

Tabel I: *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2008 fordelt på rapportørens stilling..*

Stillingskategori	Procent
Lægeligt personale, dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængigt af ansættelsessted, læger i alm. praksis, reservelæger, læger i forsknings- og undervisningsstillinger.	12,6
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.	49,8
Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.	<0,1
Farmaceuter ansat på sygehus (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).	0,1
Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer og børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.	<0,1
Andet klinisk personale: Jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.	7,3
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apoteksassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærere, pædagoger, beskæftigelsesvejledere, musikterapeuter, bandagister samt skomagere).	3,0
Teknisk personale, herunder radiografer.	0,3
Ikke angivet.	26,9

Af tabel I ses, at størstedelen af hændelserne er rapporteret fra sygeplejersker og andet plejepersonale. For at kunne sammenligne tallene i ovenstående tabel skal det tages i betragtning, at der er omkring 11.000 hospitalsansatte læger, 33.000 hospitalsansatte sygeplejersker og 13.000 registreret som andet plejepersonale (social og sundhedsassistenter, plejere og plejeassistenter). Såfremt denne fordeling afspejler sig i rapporteringen, skal 10 - 15 % af hændelserne være rapporteret af lægeligt personale. Idet andelen af hændelser rapporteret af læger i 2008 udgjorde 12.6 % og andelen rapporteret af sygeplejersker og andet plejepersonale 49.8 % kan det konkluderes, at lægerne har rapporteret lige så hyppigt som sygeplejerskerne og andet plejepersonale.

89 % af hændelserne blev i 2008 rapporteret ikke-anonymt, dvs. i rapporterne er opgivet rapportøren navn, e-mail eller lignende, hvorved opfølgning i regionerne

bliver mulig. I 2006 og 2007 var denne andel henholdsvis 87,4 % og 88,9 %. At så mange hændelser rapporteres ikke-anonymt tages som udtryk for, at sundhedspersonerne er bevidste om, at rapporteringssystemet er et ikke-sanktionerende system. Andelen af hændelser rapporteret ikke-anonymt er øget med omkring 5 % siden rapporteringssystemet blev implementeret i 2004.

I sommeren 2006 blev det i samarbejde med regionerne besluttet, at regionerne skal indsende anonymiserede resuméer til Sundhedsstyrelsen af udførte analyser, især på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 3. I 2008 er i alt modtaget 73 resuméer af kerneårsags- og MTO analyser samt audits på hændelser, som er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3.

Sundhedsstyrelsen har endvidere modtaget et mindre antal (21) resuméer af kerneårsags- og MTO analyser samt audits udført på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 1 eller 2, hvor regionerne har vurderet, at der ville være læring i at udføre en analyse. Alle resuméer indgår i Sundhedsstyrelsens videre arbejde.

1.3 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktisk risikoscore på 3

De 324 rapporter indsendt i 2008 med en faktisk risikoscore på 3 fordelte sig på de 9 kategorier som vist i tabel II.

Tabel II: *Rapporter indsendt med en faktisk risikoscore på 3 fordelt på de 9 hændelseskategorier. I parentes er angivet antallet af indsendte anonymiserede resuméer af udførte analyser (kerneårsags- og MTO analyser samt audits) i den aktuelle kategori.*

Hændelseskategori	Antal rapporter (antal indsendte resuméer)
Hændelser i forbindelse med medicinering	22 (6)
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	22 (4)
Fald	75 (3)
Selv mord og selvmordsforsøg	60 (15)
Hændelser i forbindelse med anæsthesiprocedurer	4 (2)
Forveksling eller fejlkommunikation	1 (0)
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	48 (13)
Hjertestop eller uventet dødsfald	54 (15)
Øvrige hændelser	38 (15)

I de følgende kapitler er der i hovedtræk redegjort for problematikkerne i rapporterne indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktisk risikoscore på 3. Såfremt der i

rapporterne er beskrevet årsager til hændelserne samt forslag til forebyggelse af lignende hændelser er disse beskrevet sammen med hændelserne.

Sundhedsstyrelsens kommentarer til rapporterne er for alle hændelseskategorier samlet i afsnit 1.3.10.

1.3.1 Hændelser i forbindelse med medicinering

I denne kategori er i alt 22 rapporter indsendt.

I 21 rapporter er angivet et præparat- eller gruppenavn i hændelsesbeskrivelsen.

Fordelingen af disse præparater på præparatgrupper er beskrevet nedenfor.

Antibiotika

En rapport omhandlede en patient, som fik ordineret Ciprofloxacin, men ordinationen blev ikke godkendt i det elektroniske medicinmodul. Patienten fik derfor ikke doseret og administreret præparatet og fik en cystit (blærebetændelse). I rapporten er beskrevet, at der lokalt vil blive implementeret tiltag, som sikrer, at ordinationer i det elektroniske medicinmodul godkendes.

En anden rapport omhandlede en patient, som i halvanden døgn ikke havde fået de antibiotikapræparater, som var ordineret efter en operation. Patienten fik en sepsis (blodforgiftning) og blev overflyttet til den lokale intensivafdeling. I rapporten er beskrevet, at det journalark, hvor ordinationerne var skrevet på, var bortkommet. Som forebyggelse mod lignende hændelser er foreslået, at aktuelle sundhedspersoner skal uddannes i, at der oftest skal gives antibiotika til patienter efter en operation. Hvis en patient efter en operation ikke får antibiotika administreret, skal det undersøges hvorfor.

Præparater til trombose behandling og forebyggelse deraf

En rapport omhandlede en patient, som blev indlagt på et sygehus for at få udført en operation. Patienten var i antikoagulationsbehandling med præparatet Plavix og medbragte en doseringsæske, som var doseret af en hjemmesygeplejerske. Hjemmesygeplejersken havde ikke været opmærksom på, at patienten skulle pausere den antikoagulerende medicin før operationen. Under indlæggelsen tog patienten selv vanlig medicin fra doseringsæsken og indtog således også det antikoagulerende præparat før operationen. Patienten blev opereret i abdomen og fik efterfølgende intraabdominale blødninger. I rapporten er beskrevet, at det på afdelingen skal revideres, om indlagte patienter skal have lov til selv at tage medicin fra medbragte doseringsæsker.

Præparater til smertebehandling

En rapport omhandlede en patient, som havde stærke smerter og fik administreret en tifold høj dosis Morfin. Patienten blev respirationssvækket og måtte intuberes. I den medfølgende analyse er beskrevet flere årsager til hændelsen bl.a., at faglige informationer om patienten ikke blev kommunikeret på en hensigtsmæssig måde på det rette tidspunkt til den rette sundhedsperson. Dette er der sat fokus på i den medfølgende handleplan, idet personalet på den aktuelle afdeling skal uddannes i sikker mundtlig kommunikation i forbindelse med udveksling af patientoplysninger.

En anden rapport omhandlede en patient med vejtrækningsproblemer, som fik doseret og administreret 5 mg Morfin. Præparatet var imidlertid ikke ordineret til denne patient, men til en anden. Den aktuelle patient fik efter indgift af morfinen yderligere vejtrækningsproblemer.

En tredje rapport omhandlede en patient, som fik administreret en anden patients medicin, der bl.a. indeholdt OxyContin. Patienten blev herefter observeret hyppigt med henblik på bevidsthedsniveau og blodtryk og fik indgivet aktivt kul.

I de to sidstnævnte rapporter er som forebyggende tiltag beskrevet, at det vil blive pointeret, at en korrekt identifikation af en patient skal ske ved navn og personnummer.

Hjerteterapi og antihypertensiva

En rapport omhandlede en patient, som via en infusionspumpe blev behandlet med Nor- adrenalin. Pumpen blev imidlertid stoppet i forbindelse med fjernelse af luftbobler i slangesystemet. Patientens blodtryk faldt derved, og der blev givet en bolus injektion med Noradrenalin. Patienten fik derefter ventrikelflimmer og hjertestop, men blev genoplivet. I rapporten er beskrevet, at afdelingen i fremtiden, når der er luft i slangesystemet, altid vil skifte hele infusionspumpen, så infusionen ikke afbrydes i længere tid.

En anden rapport omhandlede en tilskadekommet patient, som blev afhentet af en ambulance. Vagthavende kardiolog ordinerede, at patienten skulle have 10.000 IE Heparin. Umiddelbart efter indgiften fik patienten ventrikulær takykardi og udviklede hjertestop.

Ved genopfyldning af medicintasken til ambulancen blev det erkendt, at patienten utilsigtet havde fået 20 ml Adrenalin i en koncentration på 1 mg/ml i.v. i stedet for Heparin.

Efterfølgende er der lokalt implementeret en ny procedure for medicinadministration på ambulancer. Medicinen skal markeres bedre og kun de, der har højeste behandlingskompetence, må dosere og administrere medicin på ambulancerne.

En rapport omhandlede en patient, som blev behandlet med antiarytmika. Patienten blev overflyttet fra en afdeling til en anden på samme sygehus. På den nye afdeling fik patienten kun administreret den omtalte medicin den første dag, hvilket havde alvorlige konsekvenser for ham. I rapporten er beskrevet, at på den nye afdeling blev medicinen ordineret rigtigt i journalen, men ordinationen blev overført forkert til det elektroniske medicinmodul. Som forebyggelse mod lignende hændelser er i rapporten foreslået, at medicinen i det elektroniske medicinmodul gennemgås hver dag til stuegang.

Antidiabetika

En rapport omhandlede en patient med sukkersyge, som blev udskrevet fra et sygehus. Under indlæggelsen var hun blevet sat i behandling med Metformin, Amaryl og sandsynligvis præparatet Actrapid. Efter udskrivelsen var der ikke planlagt insulinbehandling, men patienten skulle have målt blodsukkeret 3 gange dagligt af en hjemmesygeplejerske.

Et døgn tid efter patienten var blevet udskrevet, blev hun indlagt igen med svær ketoacidose, dvs. svær dysreguleret sukkersyge præget af udtalt dehydrering, hy-

perglycæmi (for højt blodsukkerniveau) og elektrolyttab. I rapporten er som forebyggende tiltag mod lignende hændelser foreslået, at der hos patienter med diabetes altid udfyldes et diabetesskema, som gennemgås med patienten før udskrivesen.

Mineraler og infusionsvæsker

En rapport omhandlede en patient, som fik ordineret Glukosekalium infusion, men fik opsat Glukose - Kaliumfosfat. Der blev indgivet 750 ml før den utilsigtede hændelse blev opdaget. Patienten fik blodtryksfald og hjertearytmi. I rapporten er beskrevet, at farveetiketterne på infusionsflaskerne havde næsten samme farve, den ene var lyserød den anden orange.

En anden rapport omhandlede en patient, som fik indgivet kalium intravenøst i doser beregnet til per oral indtagelse. Doserne var således for høje, og patienten fik hjertestop. I rapporten er beskrevet, at da ordinationen blev overført fra journalen til det elektroniske medicinmodul blev administrationsvejen fejlagtigt ændret fra per oral til intravenøst.

En rapport omhandlede en patient, som havde et meget lavt blodsukkerniveau. Der skulle derfor gives en intravenøs glukoseopløsning. Da der ikke var nogen opløsninger på afdelingen, blev der fra en anden afdeling hentet 500 ml af en 50 % glukoseopløsning. De 500 ml blev i løbet af få minutter givet intravenøst til patienten, og han fik hjertestop.

I rapporten er foreslået, at der for at forebygge lignende hændelser, kun bør forefindes 50 % glukoseopløsninger i 10 eller 50 ml portioner på sygehuset.

Cellegifte

En rapport omhandlede en patient, som under en indlæggelse fik ordineret og administreret Methotrexate 1 x dagligt i stedet for 1 x ugentligt. Patienten udviklede svær knoglemarvspåvirkning og fik efterfølgende en letal infektion. I den indsendte analyse og handleplan er beskrevet, at der var fejl i medicinlisten fra hjemmeplejen. Fejlen blev overført til medicinlisten på sygehuset. For at forebygge lignende hændelser er i handleplanen foreslået, at der indledes et samarbejde med primærsektoren for at minimere fejl i forbindelse med medicinhåndtering ved sektorskift, samt at der udsendes information om risikomedicin, herunder Methotrexate, til relevant sundhedspersonale. Informationen foreslås ophængt i relevante rum som medicin- og dikterum.

En anden rapport omhandlede en patient, som var i behandling med cellegift. Patienten var alment svækket og i behandling med antibiotika, da han havde lungebetændelse. Men han fik alligevel indgivet fuld dosis cellegift ambulant. Den samme aften blev patienten indlagt akut, da han nu var blevet meget dårlig. I rapporten er beskrevet, at denne indlæggelse sandsynligvis kunne have været undgået, hvis man havde ventet med at give patienten cellegift, til han var i bedre almen tilstand.

Diuretika

En rapport omhandlede en patient, som fik ordineret diuretika i papirjournalen, men ordinationen blev ikke overført til den elektroniske medicinjournal. Patienten fik derfor ikke doseret og administreret medicinen. Patienten udviklede lungeødem ('vand i lungerne'). I rapporten er beskrevet, at der lokalt skal implementeres forebyggende tiltag, så det sikres, at ordinationen fra papirjournalen overføres til den elektroniske medicinjournal.

Antiepileptika

En rapport omhandlede en patient, som udviklede respirationssvigt. Patienten var gennem 4 døgn blevet behandlet med Fenemal intravenøst på grund af alkoholabstinenser. I løbet af disse døgn havde sundhedspersonalet hyppigt observeret nedsat respirationsfrekvens hos patienten. I den medsendte analyse af hændelsen er beskrevet, at respirationsstopet skyldtes en kombination af abstinensbehandling, pneumoni og måske astma samt uklare kriterier for tilsyn, så der opstod usikkerhed hos lægen og plejepersonalet om patientens behov for intensiv observation. I den medsendte handleplan er beskrevet, at kriterierne for tilkald af anæstesilæge skal gøres klare i de lokale instrukser for abstinensbehandling.

Anæstetika

En rapport omhandlede en patient, som i forbindelse med anæstesi fik indgivet Propofol i en dobbelt så høj dosis som tilsigtet. I hændelsen er beskrevet, at en sundhedsperson fik en umærket sprøjte, som hun troede indeholdt Propofol i en koncentration på 10 mg/ml, men koncentrationen var 20 mg/ml. Patienten fik hjer-testop, men blev efterfølgende genoplivet. I rapporten er som forebyggende tiltag mod lignende hændelser foreslået, at der på afdelingen kun bør forefindes én koncentration af Propofol, som anvendes ved intubering af patienter, og der skal være tydelig mærkning på sprøjten med navn og koncentration af det præparat, den indeholder.

Hæmostatika

To rapporter omhandlede patienter, der var i behandling med præparater til forebyggelse af blodpropper (bl.a. Marevan). Begge patienter fik hjerneblødninger. Der blev pauseret med præparterne til trombosebehandlingen, men patienterne fik ikke ordineret Konaktion, som virker hæmostatisk. Begge patienter fik efter pauseringen af den blodfortyndende medicin flere blødninger i hjernen. I rapporterne er foreslået, at der for at forebygge lignende hændelser udarbejdes interne instrukser for behandling af patienter med blødninger i hjernen, som på blødningstidspunktet er i blodfortyndende behandling.

Ferripreparater

En rapport omhandlede en patient, som fik en infusion med Venofer i en 5 gange stærkere koncentration end ordineret. Patienten udviklede en anafylaktisk reaktion. I rapporten er beskrevet, at der for at forebygge lignende hændelser lokalt vil blive udarbejdet en instruks, som beskriver udregning af den mængde Venofer, som skal tilsættes for at få en given koncentration af præparatet i en infusionsblanding.

Rapporter uden angivelse af præparatnavn eller gruppe

En rapport omhandlede en patient, som havde taget forskellige beroligende præparater i et ulåst medicin rum på den afdeling, som han var indlagt på. Patienten indtog en overdosis og måtte overflyttes til en anden afdeling for bl.a. at blive udpumpet. Patienten indtog ikke medicinen, fordi han ønskede at begå selvmord. I rapporten er nævnt, at hvis døren til medicinrummet havde været selvlukkende, var hændelsen ikke sket.

1.3.2 Hændelser i forbindelse med operative og invasive procedurer

I denne kategori er i alt 22 rapporter indsendt.

Under et operativt indgreb, hvor luftrøret blev forsøgt dilateret (udvidet), blødte det fra en arterie. Der blev dannet et hæmatom (blodansamling). Ventilationen blev dermed komprimeret, hvilket medførte, at patienten fik iltmangel og hjertestop.

Sytten (17) af rapporterne omhandlede komplikationer til operationer.

En del af disse omhandlede blødningskomplikationer, herunder blødning i eksempelvis pleurahulen i forbindelse med anlæggelse af katetre samt blødning i forbindelse med fjernelse af mandler. Andre rapporter omhandlede skader på nerver grundet forkert lejrning af patienter under operationer.

Fire (4) andre rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med nedlæggelse af ernæringssonder. I tre rapporter er beskrevet, at sonden, i stedet for at blive placeret i spiserøret, blev placeret i en af de to hovedbronchi. I to af disse rapporter er beskrevet, at der var taget kontrolrøntgenoptagelser af sondens placering. Det ene røntgenbillede blev tolket forkert, og beskrivelsen af det andet røntgenbillede blev først set fire dage efter optagelsen. Patienterne blev respiratorisk dårlige, idet de fik massive infiltrater på lungerne. I den sidste rapport omhandlede ernæringssonde er beskrevet, at spiserøret i forbindelse med nedlæggelsen af sonden blev perforeret.

Som forebyggelse mod lignende hændelser er i rapporterne bl.a. foreslået, at der implementeres procedurer, som beskriver hvem, der er ansvarlig for bestilling og opfølgning på røntgenundersøgelser.

En anden rapport omhandlede fejlbehandling af en patient i forbindelse med en operation. Patienten havde et stykke tid før operationen fået atelektase af den ene lunge ('sammenklappet lunge'). Hun havde imidlertid fået seponeret lungedrænet, men et kontrolrøntgenbillede viste, der stadig var atelektase. Patienten fik ikke lagt et nyt dræn før operationen og fik hjertestop under denne. I rapporten er beskrevet, at der var mange implicerede læger, og at der manglede en overlevering eller konkretisering af patientens hovedproblem, før operationen blev igangsat.

1.3.3 Fald

I denne kategori er i alt 75 rapporter indsendt.

I omkring halvdelen af rapporterne omhandlede fald, som er rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase med en faktuel risikoscore på 3, er beskrevet, at patienterne faldt på sygestuen, i en femtedel, at de faldt på toilettet og i en anden femtedel, at de faldt på gangen. I de resterende rapporter er beskrevet en nogenlunde ligelig fordeling af patienter, som faldt på fællesareal eller andet sted på eller udenfor afdelingen.

I omkring en tredjedel af disse rapporter er beskrevet, at konfusion eller demens og/eller gangbesvær var medvirkende årsag til faldet. I kun få procent af rapporterne er beskrevet, at medicinpå-

En patient skulle have taget blodprøver. En sundhedsperson ledsagede patienten til ambulatoriet. På vej ned ad en trappe til ambulatoriet faldt patienten. Patienten blev tilset umiddelbart efter af en læge og fik hovedet skannet. Skanningen viste, at patienten havde fået en subaracnoidal blødning.

virkning, sansehandicap, svimmelhed, hjælpemiddeldefekter eller omgivelserne var medvirkende årsager.

Ved faldet brækkede patienterne eksempelvis skuldre, håndled og hofter samt fik subaracnoidale (under hjernehindens) blødninger.

I nogle af rapporterne er beskrevet, at der på afdelingerne efterfølgende er implementeret faldforebyggelsesprogrammer, som inkluderer tætte opsyn, placering af bord ved kørestol samt tildeling af fast vagt med videre.

1.3.4 Selvmord og selvmordsforsøg

I denne kategori er i alt 60 rapporter indsendt.

Treogfyrre (43) rapporter omhandlede patienter, som begik selvmord.

Enogtyve (21) af disse patienter var indlagt på psykiatriske afdelinger, 17 var tilknyttet distriktspsykiatrien eller et ambulansforløb på sygehuset og 5 var få dage eller uger før blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling.

En patient havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling i omkring en måned. Patienten var her blevet vurderet til ikke at være selvmordstruet. En uge efter udskrivelsen besøgte en kontaktperson fra distriktspsykiatrien ham. Patienten blev igen vurderet til ikke at være selvmordstruet, men begik samme aften selvmord.

Af de 21 patienter, der begik selvmord, mens de var indlagt på psykiatriske afdelinger, begik 9 patienter selvmord på afdelingen eller sygehuset. Tolv (12) andre patienter begik selvmord i forbindelse med hjemmebesøg eller anden udgang fra afdelingen.

Sytten (17) rapporter omhandlede patienter, som forsøgte at begå selvmord. Selvmordsforsøgene havde væsentlige konsekvenser for patienterne, herunder forøget behandlingsintensitet. Otte (8) af disse patienter forsøgte at begå selvmord på den afdeling, de var indlagt på. Tre (3) andre patienter var på udgang fra afdelingen, de var indlagt på, en anden var netop udskrevet og 5 andre var tilknyttet distriktspsykiatrien, da de forsøgte at begå selvmord.

Patienterne begik eller forsøgte at begå selvmord ved hængning, drukning, kvælning vha. plastikposer, spring fra højder og indtagelse af overdosis af medicin med videre.

I en del af rapporterne er beskrevet, at det er svært at udarbejde forslag til forebyggelse af lignende hændelser, idet patienterne gentagne gange ved forespørgsel havde nægtet at have planer om selvmord. I andre rapporter er foreslået, at der på de aktuelle afdelinger nedsættes arbejdsgrupper med henblik på at udarbejde systematiserede tjeklister for at komme den konkrete selvmordsrisiko nærmere.

1.3.5 Hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer

I denne kategori er i alt 4 rapporter indsendt.

Alle rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med anvendelse af en tracheosomitube (tube i luftrøret).

To rapporter omhandlede patienter, som i forbindelse med anlæggelse af en tracheosomitube udviklede et subcutant emfysem (luftansamling under huden), idet luftrøret ved proceduren var blevet perforeret. I den ene rapport er foreslået, at den lokale instruks for ovennævnte procedure forbedres, samt at oplæringen i proceduren intensiveres.

En anden rapport omhandlede en patient med en hjerneblødning, som blev intuberet. Ved indledningen af intuberingen havde patienten acceptable værdier med hensyn til blodtryk, puls osv. Patienten fik alligevel asystoli (hjerrestop). Sundhedspersonalet kunne ikke høre luftskifte ved stetoskopi af lungerne, men patientens mave voksede og ved stetoskopi hørtes luft i ventriklen. Tuben var sandsynligvis placeret i spiserøret. I den medsendte handleplan er bl.a. beskrevet, at der på den aktuelle afdeling er igangsat udarbejdelse af en instruks til sikring af korrekt placering af intratracheale tuber.

Den sidste rapport omhandlede et barn, som var født for tidligt og var intuberet oralt (slange gennem munden til luftrøret). Tuben gled op og man forsøgte at intubere barnet igen, hvilket imidlertid ikke var muligt pga. af blødning i luftrøret.

I rapporten er beskrevet, at tubefikseringen sad godt fast på huden, men løst om selve tuben. Til forebyggelse af lignende hændelser, er der foreslået, at der fokuseres på, at tubefikseringen kan løsnes fra selve tuben.

1.3.6 Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation

I denne kategori er i alt 1 rapport indsendt.

Rapporten omhandlede en patient, som blev akut dårlig. En sygeplejeviker forsøgte at kontakte afdelingens bagvagt, hvilket imidlertid ikke lykkedes, og patienten døde. Til forebyggelse af lignende hændelser er i rapporten foreslået, at sygeplejervikarer skal informeres bedre om de arbejdsgange, afdelingen har, når patienter bliver akut dårlige.

1.3.7 Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud

I denne kategori er i alt 48 rapporter indsendt.

Af de 48 rapporter omhandlede 6 hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud mellem sygehuse, 19 hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud mellem afdelinger og i andre 22 hændelser er beskrevet kontinuitetsbrud indenfor afdelingen. I en enkelt rapport er beskrevet kontinuitetsbrud mellem sygehus og patient.

Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud mellem sygehuse

Rapporterne omhandlede dels manglende kontinuitet mellem to sygehuse ved udførelse af analyser og undersøgelser på et andet sygehus end det, patienten var indlagt på dels manglende udredning og behandling før overflytning af patienter fra et sygehus til et andet.

En patient blev indlagt med symptomer på recidiv af en tumor i hjernen. Der blev taget skanningsbilleder, som blev sendt til tolkning på et andet sygehus end det, hvor patienten var indlagt. Efter 16 dage blev sygehuset, der skulle tolke billederne kontaktet, men det var ikke muligt at finde billederne, og der blev taget nye. Patienten havde i den mellemliggende periode mistet gang- og talefunktionen.

Som forebyggelse mod lignende hændelser er i rapporterne foreslået, at der implementeres faste procedurer for ansvarsfordelingen omkring patientforløb mellem to sygehuse.

Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud mellem afdelinger

I rapporterne er specielt to problematikker beskrevet.

Den ene omhandlede kommunikation mellem to afdelinger af akut behandlingskrævende undersøgelsesfund. I rapporterne er eksempelvis beskrevet manglende kommunikation af patologiske fund på røntgenbilleder samt i blod- og spinalprøver fra de afdelinger, som udførte undersøgelserne til de afdelinger, som patienterne var indlagt på. Som forebyggende tiltag mod lignende hændelser er foreslået, at de somatiske afdelinger får adgang til patientdata på de afdelinger, som udfører undersøgelserne.

Den anden problematik omhandlede tilkald af akutte og elektive tilsyn fra andre afdelinger end dem, patienterne var indlagt på. Det er beskrevet, at bestilt tilsyn fra andre afdelinger, end den patienten var indlagt på, ikke blev gået eller var forsinket i adskillige dage, hvilket havde alvorlige konsekvenser for patienterne.

I en del af rapporterne er beskrevet, at der ikke var en intern instruks, som foreskrev, hvordan man sikrer sig, at afviklingen af tilsynet sker, og at en sådan instruks vil kunne forebygge lignende hændelser.

Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud indenfor afdelingen

En del af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med kommunikation mellem sundhedspersonalet på samme afdeling. Der er eksempelvis beskrevet, at observationsfund hos patienten ikke blev kommunikeret til eller ikke blev opfattet af modtageren på en hensigtsmæssig måde. Som forebyggelse mod lignende hændelser er i rapporterne foreslået, at personalet uddannes i sikker mundtlig kommunikation i forbindelse med udveksling af patientoplysninger.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor patologiske blodprøvesvar og andre undersøgelsesresultater enten ikke blev set eller reageret på. I rapporterne er beskrevet, at der for at forebygge lignende hændelser bør implementeres procedurer, som tydeligt beskriver hvis ansvar, det er at følge op på blodprøvesvar og andre undersøgelsesresultater.

Hændelse i forbindelse med kontinuitetsbrud mellem sygehus og patient

En rapport omhandlede en patient med ustabil angina pectoris (hjertekrampe), som sygehuset havde planlagt at indkalde. Patienten blev imidlertid ikke indkaldt til den fastsatte dato, og en måneds tid efter alarmerede patienten Falck, idet han blev tiltagende dårlig. Ved ankomsten til sygehuset fik patienten hjertestop. I rapporten er til forebyggelse af lignende hændelser foreslået, at patienter, der henvises til sygehuse, skal opfordres til at kontakte den aktuelle afdeling, hvis de ikke får en indkaldelse indenfor 14 dage.

1.3.8 Hjertestop eller uventet død

I denne kategori er i alt 54 rapporter indsendt.

Nitten (19) rapporter omhandlede hændelser, hvor manglende observation samt monitorering kan have været medvirkende årsag til, at patienterne fik hjertestop. I rapporterne er bl.a. beskrevet, at svært hjertesygge patienter ikke blev overvåget med telemetri (overvågning af hjertes rytme via elektroder på overkroppen). Andre rapporter omhandlede gravide, hvor overvågning med CTG (cardiotocography dvs. måling af fosterhjerterefrekvensen og veernes styrke og frekvens) havde vist en afvigende kurve, men patienterne blev ikke overvåget kontinuerligt med CTG.

En gravid henvendte sig til fødegangen, da hun mærkede færre fosterbevægelser end tidligere. Ti timer tidligere havde hun kontaktet fødegangen med samme problematik, men der blev ikke overvåget med CTG. Ved den anden henvendelse blev CTG overvågning anvendt, og der kunne da ikke registreres hjerterefrekvens hos barnet.

I mange af rapporterne er foreslået, at der for at forebygge lignende hændelser skal udarbejdes interne instrukser, som beskriver i hvilke situationer, patienter skal observeres tæt, herunder monitoreres elektronisk.

Sytten (17) rapporter omhandlede hændelser, i hvilke det er beskrevet, at patienterne havde sygdomme, hvor sundhedspersonalet ikke umiddelbart vurderede, at der var risiko for, at de fik hjertestop. Det er bl.a. beskrevet, at patienterne var indlagt med pneumoni (lungebetændelse). I enkelte af rapporterne er til forebyggelse af lignende hændelser foreslået mere undervisning og supervision af sundhedspersonale.

Fjorten (14) rapporter omhandlede hændelser, hvor apparatur i forbindelse med hjertestopbehandling ikke fungerede eller ikke blev betjent optimalt, eller relevant personale ikke ankom rettidigt til patienten med hjertestop. Rapporterne omhandlede især sug, der ikke virkede eller sugede med for svag kraft samt defibrillatorer og Rubens balloner, som det ikke var muligt at fremfinde eller som ikke fungerede. I mange af disse rapporter er beskrevet, at der for at forebygge lignende hændelser bør implementeres en intern instruks, som beskriver ansvarsfordelingen ved funktionskontrol af apparatur, som anvendes i forbindelse med hjertestopbehandling.

Fire (4) rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter fik hjertestop i forbindelse med utilsigtet indtagelse af en overdosis af heroin, alkohol eller medicin. Hændelserne omhandlede patienter, der var misbrugere og tilknyttet psykiatriske afdelin-

ger og som utilsigtet indtog en overdosis. I rapporterne er det vurderet, at disse hændelser er meget svære at forebygge, idet disse patienter ofte har fået talrige informationer og advarsler om misbrug af heroin, alkohol og medicin.

1.3.9 Øvrige hændelser

I denne kategori er i alt 38 rapporter indsendt.

De fleste rapporter omhandlede fejl - eller manglende diagnosticering og behandling.

I nogle af rapporterne omhandlende manglende diagnosticering af patienterne er beskrevet hændelser, hvor patienten ikke kunne blive diagnosticeret, da det ikke var muligt at få udført relevante undersøgelser eller prøver, idet det var helligdag eller weekend, og relevante diagnostiske afdelinger derfor ikke var fuldt bemanded. Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor patienterne ikke kunne blive monitoreret, fordi det apparatur, der skulle anvendes, manglede.

I rapporterne omhandlende manglende behandling af patienter er bl.a. beskrevet hændelser, hvor det ikke var muligt for relevant personale at ledsage patienterne (eksempelvis anæstesi-personale til ledsagelse af kritisk syge patienter fra et sygehus til et andet), hvilket havde fatale konsekvenser for patienterne.

En patient fik indgivet Fentanyl (opioid). Patienten faldt kort tid efter i bevidsthedsniveau, hvilket blev tolket som relateret til medicinen. Få timer efter fandt personalet ham med dilaterede pupiller. Patienten havde fået en hjerneblødning. I rapporten er beskrevet, at forværringen af den kliniske tilstand kunne have været opdaget tidligere, hvis patientens ændring i bevidsthedsniveau ikke var blevet tolket udelukkede som relateret til Fentanyl indgivelsen.

Til forebyggelse af lignende hændelser er i rapporterne forslået, at der bør ske en opnormering og uddannelse af relevant sundhedspersonale.

Manglende monitorering i forbindelse med hjertestop er beskrevet under 1.3.8.

1.3.10 Sundhedsstyrelsens kommentarer til de indsendte rapporter

Nedenfor er angivet en oversigt over de udmeldinger, Sundhedsstyrelsen har udgivet, og som er relevante indenfor de enkelte hændelseskategorier. Udmeldingerne er beskrevet udførligt andetsteds (bl.a. tidligere og nærværende Årsrapport(er) fra DPSD), hvorfor der henvises til disse. Alle udmeldinger kan endvidere læses på www.dpsd.dk samt www.sst.dk.

Rapporterne, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen er mangeartede og Sundhedsstyrelsen anbefaler derudover, at man lokalt arbejder med forebyggelse af lignende hændelser.

Hændelseskategori	Udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen
Hændelser i forbindelse med medicinering	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet fra 1998 • Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler fra 2006 • Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. fra 2007 • Vejledning om mærkning af medicin på anæstesi-afdelinger fra 2007 • Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser fra 2007 • Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år fra 2007 • Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler fra 2008 • Temarapport fra 2005: 'Medicinering' • Temarapport fra 2007: 'Risikomedicin - præparater, som er involveret i faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser' • Temarapport fra 2008: 'Patientidentifikation ved brug af identifikationsarmbånd' • OBS meddelelse fra 2007: 'Utilsigtede hændelser hos patienter i behandling med blodfortyndende medicin, som fik foretaget mindre invasive indgreb' • OBS meddelelse fra 2008: 'Vær opmærksom på forvekslinger af infusions og skyllevæsker'
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet fra 1998 • Vejledning til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb: 'De fem trin' fra 2006 • Vejledning om anvendelse af perorale fødesonder fra 2007 • Vejledning om blodtransfusion fra 2007 • Temarapport fra 2006: 'Forberedelse af patienter forud for operative eller andre invasive indgreb' • Temarapport fra 2008: 'Patientidentifikation ved brug af identifikationsarmbånd' • Temarapport fra 2008: 'Er procedurerne i vejledningen: 'Sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb: De fem trin' implementeret på de kirurgiske afdelinger?'
Fald	

Hændelseskategori	Udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen
Selv mord og selvmordsforsøg	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning om vurdering og visitation af selvmordstruende fra 2004 • Temarapport fra 2006: 'Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse' • Temarapport fra 2008: 'Er ledelsen på de psykiatriske afdelinger bekendt med tema-rapporten: 'Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse' og er anbefalingerne i rapporten implementeret?' • OBS meddelelse fra 2005: 'Plastikposer i affalds-spande på psykiatriske afdelinger og selvmord'
Hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet fra 1998 • Vejledning om mærkning af medicin på anæstesi-afdelinger fra 2007
Forveksling eller fejlkommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Temarapport fra 2007: 'Utilsigtede hændelser i forbindelse med blod- og vævsprøver samt billed-diagnostiske undersøgelser' • Temarapport fra 2007: 'Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter' • Temarapport fra 2008: 'Patientidentifikation ved brug af identifikationsarmbånd'
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin fra 2005 • Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. fra 2007 • Temarapport fra 2007: 'Utilsigtede hændelser i forbindelse med blod- og vævsprøver samt billed-diagnostiske undersøgelser'
Hjertestop eller uventet dødsfald	<ul style="list-style-type: none"> • OBS meddelelse fra 2007: 'Anvendelse af lyd-alarmering i forbindelse med patientmonitorering' • OBS meddelelse fra 2007: 'Cardiotocografi' • Temarapport fra 2008: 'Cardiotocografi – en spørgeskemaundersøgelse på landets fødeafdelinger'
Øvrige hændelser	<ul style="list-style-type: none"> • Udredning – Tilsystema 2008: 'Forbedring af håndhygiejnen på danske sygehuse – et vidensdelingsprojekt'

2 Sundhedsstyrelsens opfølgning

2.1 Publikationer i 2008

På baggrund af de indsendte utilsigtede hændelser til DPSD udsender Sundhedsstyrelsen temarapporter, OBS-meddelelser, patientsikkerhedshistorier, vejledninger, nyhedsbreve og én gang årligt en årsrapport.

Alle publikationer udarbejdes i samarbejde med Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgivere eller andre med særlig viden indenfor de relevante områder.

Målgruppen er læger, sygeplejersker og andet klinisk personale, herunder risikomanagere.

Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger følger en taksonomi bestående af faglige meddelelser og forskrifter, der kan læses mere om i Bilag II.

Sundhedsstyrelsen har indenfor DPSD i 2008 især fokuseret på at følge op på tidligere udmeldinger fra DPSD. Dette er sket ved udsendelse af spørgeskemaer til aktuelle afdelinger. Svarende er beskrevet i temarapporter, se 1.4.2.

Alle faglige udmeldinger fra DPSD kan læses på www.dpsd.dk

2.1.1 Nyhedsbreve

Én gang i kvartalet udsender Sundhedsstyrelsen et Nyhedsbrev. Nyhedsbrevene sendes per e-mail til de personer, som har tilmeldt sig elektronisk på hjemmesiden www.dpsd.dk.

Brevene har deskriptiv karakter og beskriver antallet af rapporter, der er rapporteret til databasen samt opsummerer de hændelser, der er rapporteret til DPSD i det forløbne kvartal med en faktisk risikoscore på 3, dvs. som meget alvorlige. Andre aktiviteter indenfor DPSD i det forløbne kvartal beskrives ligeledes.

2.1.2 Temarapporter

Oftest udvælges emnerne til temarapporterne ved hændelsernes hyppighed samt den potentielle og faktuelle alvorlighedsgrad. Hændelserne skal kunne forebygges. I temarapporterne beskrives årsagerne til hændelserne og eventuelt forslag til forebyggelse af lignede hændelser udførligt.

I 2008 er udarbejdet en anden type temarapporter. Sundhedsstyrelsen har fokuseret på at følge op på tidligere udsendte udmeldinger fra DPSD. Der blev udsendt spørgeskemaer til aktuelle afdelinger. Svarene og Sundhedsstyrelsens kommentarer er samlet i temarapporter. I 2008 udkom nedenfor omtalte temarapporter, som alle er baseret på spørgeskemaundersøgelser.

2.1.2.1 Patientidentifikation ved brug af identifikationsarmbånd

Korrekt identifikation af patienter er en basal forudsætning for patientsikkerhed. Mangelfuld identifikation af patienten giver anledning til mange utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Brug af identifikationsarmbånd er en relativ simpel metode til entydig identifikation og dermed til forbedring af patientsikkerheden. Sundhedsstyrelsen har foretaget en spørgeskemaundersøgelse for at undersøge, hvor langt sygehusene er kommet med indførelse af ID-armbånd.

I udredningen er beskrevet, at næsten alle sygehusene har indført ID-armbånd. En gennemgang af Dansk Patientsikkerhedsdatabase for utilsigtede hændelser relateret til brug af ID-bånd viste, at sikkerheden yderligere kan forbedres ved at have fokus på at påsætte armbåndet korrekt og sikre, at information på båndet er korrekt, ved at være opmærksom på risiko for forbytning af ID-bånd samt ved rutinemæssigt at bruge dem til konkret patientidentifikation.

Sundhedsstyrelsen har tillige beskrevet udviklingen med hensyn til kobling af elektronisk patientidentifikation med elektroniske patientsystemer, særligt vedrørende kobling af elektronisk aflæsning af stregkoder på ID-armbånd med elektronisk patient medicinmodul. Udredningen vil blandt andet danne baggrund for en kommende revision af styrelsens vejledning om patientidentifikation

Hele udredningen kan læses på www.dpsd.dk

2.1.2.2 Er procedurerne i vejledningen: ' Sikring mod forveksling ved kirurgiske indgreb: De fem trin' implementeret på de kirurgiske afdelinger?

Sundhedsstyrelsen udsendte i foråret 2008 et spørgeskema til landets kirurgiske afdelinger. Afdelingerne blev spurgt, om de var bekendt med procedurerne i vejledningen. Såfremt de svarede bekræftede på dette, blev de yderligere spurgt om procedurerne var implementeret, om der lokalt var udarbejdet interne instrukser, hvorledes formidlingen til sundhedspersonalet var sket, samt om der havde været problemer med implementeringen. Derudover blev afdelingerne bedt om at beskrive, hvorledes de bliver informeret, når Sundhedsstyrelsen udsender nye vejledninger

Af besvarelserne fremgik, at afdelingerne havde kendskab til vejledningen før modtagelsen af skemaet. Størstedelen af afdelingerne havde udarbejdet lokale instrukser, hvor procedurerne i vejledningen var beskrevet. Procedurerne var helt eller delvis implementeret. Der var endvidere udført undervisning samt udarbejdet informationsmateriale om emnet.

Hele udredningen kan læses på www.dpsd.dk.

2.1.2.3 Er ledelsen på de psykiatriske afdelinger bekendt med temarapporten: ' Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse' og er anbefalingerne i rapporten implementeret?

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2006 temarapporten: 'Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse'. Denne rapport omhandler selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse på såvel somatiske som psykiatriske (åbne og lukkede) afdelinger.

Temarapporten er udarbejdet på baggrund af de rapporter, som er indsendt til Dansk Patientsikkerhedsdatabase om dette emne.

I foråret 2008 udsendte Sundhedsstyrelsen et spørgeskema til landets psykiatriske afdelinger. Afdelingerne blev spurgt, om de var bekendt med temarapporten, samt om hvilke af de anbefalede procedurer, der var implementeret på den aktuelle afdeling, og i givet fald, om de var implementeret på baggrund af temarapportens anbefalinger.

På de fleste afdelinger var der implementeret procedurer, før temarapporten 'Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse' udkom, men rapporten har virket som inspirationskilde til det videre arbejde med selvmordsforebyggelse. Hovedkilden til implementering af procedurerne har været rapporten: 'Vurdering og visitation af selvmordstruede – Vejledning til sundhedspersonale', som ligeledes er udgivet af Sundhedsstyrelsen, men to år før den omtalte temarapport.

Hele udredningen kan læses på www.dpsd.dk

2.1.2.4 Cardiotocografi

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2008 et spørgeskema til landets fødeafdelinger omkring brugen af cardiotocografi.

Svarene fra denne undersøgelse viste, at fødeafdelingerne i meget stort omfang har udarbejdet instrukser og iværksat undervisning til sikring af korrekt brug af CTG. Afdelingerne havde i stort omfang iværksat disse foranstaltninger, før en OBS meddelelse fra Sundhedsstyrelsen i september 2007 omtalte 6 alvorlige utilsigtede hændelser relateret til brugen af CTG.

Hele udredningen kan læses på www.dpsd.dk

2.1.3 OBS-meddelelser

OBS-meddelelserne identificeres på baggrund af hændelsernes potentielle og faktuelle alvorlighedsgrad. Hændelserne skal kunne forebygges. OBS meddelelserne er korte og skal have en vis aktualitet.

Der findes to typer af OBS meddelelser. Ved den ene type videreformidles vigtig information relateret til utilsigtede hændelser fra centrale myndigheder som Lægemiddelstyrelsens og Sundhedsstyrelsens forskellige enheder. Den anden type omhandler en problemstilling afledt af en eller flere hændelser indsendt til DPSD og indeholder en eller flere anbefalinger.

I 2008 udkom nedenstående 2 meddelelser.

2.1.3.1 Vær opmærksom på forvekslinger af infusions- og skyllevæsker

Lægemiddelstyrelsen er gennem Dansk Patientsikkerhedsdatabase samt reklamationer fra sundhedspersonale blevet orienteret om utilsigtede hændelser, når sundhedspersonalet håndterer infusions- og skyllevæsker på sygehuse.

Forvekslingerne skyldes ofte, at væskernes emballage ligner hinanden, men er samtidig ofte koblet sammen med, at infusionsposerne er blevet fejlplaceret i medicinrum eller varmeskabe. Sundhedspersoner skal derfor være særligt opmærksomme på, at selv om infusions- og skyllevæsker har en fast plads i medicinrummet, kan de være placeret forkert. Infusionsposer, der ligner hinanden i udseende og er placeret ved siden af hinanden, er også set som en kilde til forkert fremtagning. Det er derfor vigtigt at overveje placeringen af infusionsvæsker i medicinrum.

Hele meddelelsen kan læses på www.dpsd.dk

2.1.3.2 Burkholderia cepacia udbrud i Tyskland - associeret med usterile handsker

Sundhedsstyrelsen er gennem ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) blevet orienteret om to nosokomielle udbrud af Burkholderia cepacia i Tyskland. Mindst 5 patienter har fået pneumoni. Undersøgelser har identificeret præ-fugtede handsker, som var kontaminerede med Burkholderia cepacia.

Handskerne anvendes sandsynligvis ikke i Danmark, men da der endnu ikke er fuld sikkerhed herfor, har Sundhedsstyrelsen valgt at henlede opmærksomhed på denne problematik via DPSD.

Hele meddelelsen kan læses på www.dpsd.dk

2.2 Informationsaktiviteter

2.2.1 Foredrag og undervisning i 2008

Januar

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Syddanmark (Odense)

Marts

- 'Evaluation of medical practices: Medical and legal issues' ved HAS-IDS konference (Paris)

April

- 'Patientsikkerhed, herunder DPSD' ved Teknologirådets høring om patientklage og patientforsikringssystemet (København)
- 'Patientsikkerhed, herunder DPSD' ved besøg af delegation fra Hollands Sundhedsministerium (København)

Juni

- 'Patientsikkerhed, herunder DPSD' ved EPSO møde (Bergen)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)

September

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)

Oktober

- 'Real experience regarding improvement and safety and the promotion of information on quality' ved konferencen The European Health of All Policy (Paris)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)

November

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Nordjylland og region Midtjylland. (Rebild)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for interne undervisere i Region Hovedstaden (København)

December

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)

3 Samarbejde med Lægemeddelstyrelsen

Af Lægemeddelstyrelsen

Lægemeddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har siden 2005 samarbejdet om utilsigtede hændelser via et etableret kontaktforum (se bilag III). Gennem dette forum har Lægemeddelstyrelsen i 2008 udsendt en OBS-meddelelse på hjemmesiden www.dpsd.dk samt på Lægemeddelstyrelsens netsted. OBS-meddelelsen henleder opmærksomheden på, at der sker mange utilsigtede hændelser med infusions- og skyllevæsker på grund af lighed i emballage samt fejlplaceringer af infusionsvæskerne i medicinrummene. Hele meddelelsen kan endvidere læses på Lægemeddelstyrelsen hjemmeside (www.laegemeddelstyrelsen.dk under *Læger / Advarsler*).

I 2008 har Lægemeddelstyrelsen opstartet 'Netværk for Forebyggelse af Medicineringsfejl', som har til formål at sikre udveksling af viden og information mellem lægemiddelindustrien, de professionelle brugere af lægemidler og Lægemeddelstyrelsen om sikker håndtering af lægemidler herunder emballage, navne, enhedsangivelser o. lign. Under dette netværk er der nedsat en arbejdsgruppe, som beskæftiger sig med begrebet "risikolægemidler". Formålet med arbejdsgruppen er at samle erfaringerne fra de nuværende initiativer om risikolægemidler og på den baggrund udarbejde et forslag til en national definition for risikolægemidler samt udarbejde et forslag til en liste over risikolægemidler.

Lægemeddelstyrelsen har oplevet stor interesse fra risikomanagere for arbejdet med utilsigtede hændelser, som er forårsaget af lægemidlers mærkning¹. På denne baggrund afholdt Lægemeddelstyrelsen i oktober 2008 et informationsmøde, hvor alle risikomanagere var indbudt. På mødet blev Lægemeddelstyrelsens håndtering af DPSD-hændelsesrapporter gennemgået, og der blev vist eksempler på styrelsens sagsbehandling af mærkningsproblemer. Lægemeddelstyrelsen opfordrede til, at der skrives flere oplysninger om de implicerede lægemidler i rapporterne (se afsnittet nedenfor om nødvendige oplysninger). Ligeledes blev rapportering om medicinsk udstyr til Lægemeddelstyrelsens netsted www.medicinskudstyr.dk gennemgået.

I løbet af de sidste 2 år har Lægemeddelstyrelsen deltaget i udarbejdelsen af kravspecifikationen til et nyt elektronisk rapporteringssystem til utilsigtede hændelser, som skal implementeres, når ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser forventes udvidet til også at omfatte primærsektoren, apoteker samt patienter og pårørende. Lægemeddelstyrelsen har deltaget i udarbejdelsen af det overordnede grundlag for kravspecifikationen og i arbejdet med klassifikationen.

Nedenstående afsnit om Lægemeddelstyrelsens håndtering af utilsigtede hændelser er baseret på rapporter om utilsigtede hændelser indsendt anonymiseret til Sundhedsstyrelsen.

¹ Mærkning er defineret som: al tekst og grafik på den ydre og indre emballage, jævnfør bekendtgørelse nr. 1210 af 7. december 2005 om mærkning mm. af lægemidler.

3.1 Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering

Lægemiddelstyrelsen har via den direkte adgang til databasen lavet udtræk hvert kvartal af rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende medicinering. I 4. kvartal 2007 og 1-3. kvartal 2008 har Lægemiddelstyrelsen efter søgning i databasen identificeret 96 rapporter omhandlende problemer med mærkning af lægemidler. Igen i år omhandlede omkring en tredjedel af de 96 identificerede rapporter forvekslinger af infusionsvæsker og/eller skyllevæsker grundet lighed i udseende og/eller navn. Forvekslingerne opstod blandt andet fordi infusionsvæskerne blev lagt forkert på plads i medicinrummet, eller fordi infusionsvæsker med lighed i udseende blev placeret ved siden af hinanden (OBS-meddelelse 2008, se ovenfor). Resten af de identificerede rapporter omhandlede lægemiddelnavneforvekslinger, emballageforvekslinger og utydelig angivelse af styrke eller administrationsvej på andre typer lægemidler end infusionsvæsker. Viden om lægemiddelnavneforvekslingerne indsamles løbende for at drage erfaringer om typerne af forvekslinger. Emballageforvekslinger skete blandt andet mellem præparater, som findes i flere styrker og mellem forskellige præparater fra samme producent på grund af producentens brand. Der er opstartet sagsbehandling på baggrund af 27 af de 96 rapporter.

Lægemiddelstyrelsen gennemgik i 2008 samtlige hændelser i relevante hændelseskategorier (se afsnit nedenfor). Rapporterne, som ikke hørte under Lægemiddelstyrelsens område, omhandlede eksempelvis ordination af medicin på trods af angivelse af cave (allergi), uoverensstemmelser mellem elektronisk medicinjournal og medicinskema, indgift af seponeret medicin, fejl i ordinationen, fejlindstilling af infusionspumper, manglende signering for allerede administreret medicin, tabletter/kapsler/ampuller lagt tilbage i forkert emballage og andet.

Sagsbehandlingen viser generelt, at

- Oplysninger som lægemiddelnavn og -styrke bør fremgå på både forside og endesider af pakningen.
- Styrkeangivelsen for et lægemiddel bør fremhæves i tilfælde af flere styrker for samme lægemiddelstof.
- Differentiering mellem infusionsvæskers mærkning bør være større, og der bør være fokus på at placere dem korrekt i medicinrummet.
- Forskelligheder på ampuller bør tydeliggøres både ved etikettens mærkning og farve samt selve ampullens mærkning eksempelvis ved farvede ringe om ampullens top.
- Producenternes brand ofte med fordel kan nedtones for at forebygge præparatlighed.

Der offentliggøres løbende lister over lægemidler, som har været til mærkningskontrol, på Lægemiddelstyrelsens netsted www.laegemiddelstyrelsen.dk under *Virksomheder/ kontrol og standarder/ lægemiddelkontrol*.

Lægemiddelstyrelsens søgning i databasen foregår altid i samtlige hovedkategorier under medicineringsfejl: ordination, dokumentation, dispensering, administration og andet. Der bliver udtrukket rapporter, hvor det er angivet, at den utilsigtede hændelse omhandlede forkert dosis, forkert lægemiddel, forkert lægemid-

delform eller forkert administrationsvej samt rapporter, hvor medvirkende årsag er angivet som emballage, regnefejl eller andet. Alle Safety Assessment Codes indgår i søgningerne (se Bilag I). Lægemiddelstyrelsen modtog i 2008 desuden også en del henvendelser direkte fra risikomanagere og sygehusapoteker.

Rapporterne bliver gennemgået med henblik på at identificere hændelser, hvor Lægemiddelstyrelsen med gældende lovgivning kan medvirke til at forebygge medicineringsfejl ved ændring af lægemidlets mærkning. Ved mærkning forstås al tekst og grafik på den ydre og indre emballage til et lægemiddel. Ændring af lægemidlets mærkning kan derfor betyde ændring i udseende eller udformning af pakningsmaterialet for at fremhæve de væsentligste oplysninger på lægemidlet fx navn, styrke eller administrationsvej overfor brugeren/sundhedspersonalet.

Et lægemiddels navn godkendes af Lægemiddelstyrelsen i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen. Indehaveren af markedsføringstilladelsen har ansvar for at sikre, at mærkningen af lægemidlet lever op til mærkningsbekendtgørelsens² bestemmelser. Lægemiddelstyrelsen kan henstille, at der foretages ændringer i mærkningen.

Ved Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af utilsigtede hændelser om medicinering blev de pågældende lægemidler taget hjem til en faglig vurdering af mærkningen. Hvis det blev vurderet, at lægemidlerne ikke overholdt mærkningsbekendtgørelsens bestemmelser, blev indehaveren af markedsføringstilladelsen ved en parts-høring opfordret til f.eks. at foretage ændringer i emballagen. Der blev truffet en afgørelse i de enkelte sager på baggrund af Lægemiddelstyrelsens vurdering samt bemærkninger fra indehaveren af markedsføringstilladelsen.

En væsentlig forudsætning for sagsbehandling af en utilsigtet hændelse er, at lægemidlet kan identificeres, og at det er et godkendt lægemiddel. For at identificere lægemidlet er det **nødvendigt, at oplysninger om lægemidlets navn, form, styrke samt producent rapporteres**. I lighed med tidligere år var der i 2008 mange rapporter, der ikke indeholdt tilstrækkelige oplysninger for at kunne identificere lægemidlet. Især oplysning om producenten var mangelfuld. Lægemiddelstyrelsen har derfor opfordret Sundhedsstyrelsen til at implementere en meddelelse i rapporteringssystemet, der skal gøre sagsbehandleren opmærksom på, at oplysninger om lægemidlets navn, form, styrke og producent evt. varenummer er nødvendige for en entydig identifikation af de implicerede lægemidler. Når dette implementeres vil det forhåbentlig give Lægemiddelstyrelsen flere oplysninger om de rapporterede lægemidler og dermed optimere styrelsens brug af rapporterne.

3.2 Utilsigtede hændelser vedrørende medicinsk udstyr

Lægemiddelstyrelsen har i 2008 ligeledes gennemgået rapporter indsendt til DPSD med henblik på at identificere hændelser, hvor medicinsk udstyr kan have været direkte eller indirekte årsag til den utilsigtede hændelse.

Til at identificere disse hændelser, gennemlæser Lægemiddelstyrelsen de indsendte rapporter, hvor årsagen til hændelsen er angivet til apparatur/udstyr, samt hvor infusionspumpe er angivet som medvirkende årsag til fejl ved medicinering. Samtlige Safety Assessment Codes er medtaget i søgningerne.

² Bekendtgørelse nr. 1210 af 7. december 2005 om mærkning m.m. af lægemidler

Ved disse søgninger fandt Lægemiddelstyrelsen i 2008 i alt 653 rapporter. Det vurderes at ud af 653 rapporter burde 44 hændelser være indberettet direkte til Lægemiddelstyrelsen på www.medicinskudstyr.dk, dvs. hændelser, hvor medicinsk udstyr var direkte eller medvirkende årsag til en alvorlig utilsigtet hændelse, jf. nedenstående. Derudover er andre 28 hændelser identificeret, som muligvis burde have været indberettet direkte til Lægemiddelstyrelsen.

De fremfundne rapporter indeholdt dog ikke tilstrækkelige oplysninger til, at det har været muligt at arbejde med yderlig sagsbehandling. Det skal endvidere påpeges, at definitionen af en alvorlig hændelse i bekendtgørelserne om medicinsk udstyr er forskellig fra definitionen af en utilsigtet hændelse i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

I bekendtgørelsen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om medicinsk udstyr³ er definitionen for en alvorlig hændelse, at det medicinske udstyr er direkte eller indirekte årsag til en alvorlig forringelse i sundhedstilstand hos patient, bruger eller tredjemand:

- Livstruende sygdom eller skade
- Permanente mén
- Påkrævet medicinsk eller kirurgisk behandling for at undgå ovennævnte
- Indirekte skade på baggrund af forkert diagnose eller resultat
- Fosterskade, medfødte abnormiteter

Lægemiddelstyrelsen gør opmærksom på, at alvorlige hændelser (jf. ovennævnte definition), hvor medicinsk udstyr er direkte eller indirekte årsag til hændelsen hurtigst muligt skal indberettes til både fabrikanten og Lægemiddelstyrelsen. Når en alvorlig hændelse er indberettet til fabrikanten og Lægemiddelstyrelsen, aftaler sygehuset med fabrikanten, hvordan fabrikanten får mulighed for at analysere udstyret. Lægemiddelstyrelsen følger op på fabrikantens analyser og sikrer, at eventuelle korrigerende tiltag gennemføres.

I de indsendte rapporter har Lægemiddelstyrelsen endvidere identificeret en utilsigtet hændelse, hvor den indirekte årsag til hændelsen var manglende dansk mærkning/brugsanvisning. Lægemiddelstyrelsen gør opmærksom på, at for alt medicinsk udstyr, der sælges i Danmark, skal mærkning og brugsanvisning være på dansk. Dette gælder alle de informationer, der er væsentlige for den daglige brug af udstyret. Derimod må fx servicemanualer gerne være på et fremmedsprog.

Der er også indsendt en del rapporter omhandlende hændelser, hvor utætheder på tre-vejs-ventiler er angivet som direkte eller medvirkende årsag til hændelsen.

Lægemiddelstyrelsen har ved gennemlæsning af rapporterne også vurderet, om der udover fejl ved udstyret har været andre forhold ved dette, som har været direkte eller medvirkende årsag til hændelserne. Der er identificeret nedenstående problematikker:

- Slitage og manglende vedligeholdelse af udstyr er i en del rapporter angivet som årsag til den utilsigtede hændelse. I nogle hændelser er eksempelvis beskrevet, at slidt udstyr ikke alarmerede, da det stoppede med at fungere eller at hjul på slidte kuvøser løsnede sig.

- I andre hændelser er beskrevet, at personalet oplevede, at der ikke var alarmer på de infusionspumper, der blev anvendt. Dette kan skyldes, at det var ældre infusionspumper, og teknologien ikke fandtes på indkøbstidspunktet, eller nyere infusionspumper, der var indkøbt uden alle de alarmfunktioner, der er på det udstyr, der sædvanligvis bruges.
- Der er også beskrevet hændelser, hvor der blev kombineret udstyr fra forskellige fabrikanten, hvor det ikke var sikret, at udstyrsdelene var kompatible. Infusionssæt fra én fabrikant blev anvendt sammen med sprøjtepumper fra anden fabrikant. Dette kan medføre utætheder eller fejlagtig infusion.
- I nogle hændelser er beskrevet, at defibrillatorer ikke var funktionsdygtige, når de skulle anvendes. Der er eksempelvis beskrevet, at delene ikke var samlet, at der manglede dele eller dele fra forskellige defibrillatorer var blandet sammen.

Disse hændelser skal altid rapporteres til DPSD, men ikke direkte til Lægemiddelstyrelsen.

I 2008 er der offentliggjort to nye bekendtgørelser⁴ for medicinsk udstyr og aktivt implantabelt medicinsk udstyr. Bekendtgørelserne kan findes på Lægemiddelstyrelsen netsted www.medicinskudstyr.dk

Af vigtige ændringer kan nævnes, at reglerne for klinisk evaluering (sikkerhed og ydeevne) er blevet præciseret og krav til, at fabrikanten opbevarer dokumentationen for implantabelt medicinsk udstyr, er udvidet til 15 år. Ligeledes er det blevet præciseret, at fabrikanten skal undgå at anvende farlige stoffer fx phtalater. Hvis det medicinske udstyr indeholder phtalater, skal udstyret mærkes. Såfremt udstyret skal anvendes til børn, gravide og ammende, skal der foreligge en særlig begrundelse. Brugsanvisningen til medicinsk udstyr til engangsbrug skal indeholde oplysninger om risici ved genanvendelse.

De nye bekendtgørelser træder i kraft 21. marts 2010, der er dog intet der forhindrer fabrikanten af medicinsk udstyr allerede nu at anvende de nye tiltag³.

3.3 Fremtidigt samarbejde med Sundhedsstyrelsen

Samarbejdet mellem Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen om utilsigtede hændelser vedrørende lægemidler, medicinsk udstyr og blodkomponenter rapporteret til DPSD vil fortsætte i 2009. Det opstartede 'Netværk for Forebyggelse af Medicineringsfejl' vil i 2009 arbejde videre med patientsikkerhedsrelaterede opgaver.

Endvidere ser Lægemiddelstyrelsen frem til det fremtidige samarbejde med Sundhedsstyrelsen og øvrige organisationer omkring udvidelsen af ordningen om rapporteringen af utilsigtede hændelser.

³Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1263 af 15 december 2008 om medicinsk udstyr, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1264 af 15 december 2008 om aktivt, implantabelt medicinsk udstyr.

⁴Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1263 af 15 december 2008 om medicinsk udstyr, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1264 af 15 december 2008 om aktivt, implantabelt medicinsk udstyr.

4 Samarbejde med Statens Institut for Strålebeskyttelse

Af Statens Institut for Strålebeskyttelse.

Instituttet har lavet udtræk af rapporter om utilsigtede hændelser, som er indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2008, med henblik på at uddrage de for instituttet relevante hændelser dvs. hændelser, som indebærer utilsigtet bestråling af patienter eller risiko herfor.

I lighed med tidligere år viste gennemgangen af rapporteringerne, at langt de fleste hændelser var af en sådan karakter, at de kan finde sted på alle typer af afdelinger.

Der er i mange hændelser beskrevet højre/venstre forvekslinger af ekstremiteter. Årsagerne til forvekslingerne var dels, at der på henvisningerne var angivet den forkerte ekstremitet dels, at der på billederne var markeret forkert, så højre og venstre blev byttet om.

Der er i hændelserne også beskrevet mange eksempler på forbytninger af patienter. Instituttet gør opmærksom på, at det som hovedregel gælder, at en patient ikke kan anses for korrekt identificeres alene ved navn, men personnummer skal indgå. Hos voksne habile patienter er personens egen angivelse af navn og personnummer fyldestgørende. Hos patienter, der er inhabile kan identifikationsmulighederne sikres ved anvendelse af identitetsarmbånd om håndled eller fodled med angivelse af navn, personnummer og indlæggelsesafdeling. Identiteten bør tillige bekræftes af personale fra stamafdelingen eller tilstedeværende pårørende.

Endvidere viste søgningerne, at der er blevet rapporteret mange 'nær-hændelser', men forskellige barrierer i systemet forhindrede, at patienterne blev udsat for utilsigtet bestråling.

Derudover er i rapporterne beskrevet nedenstående mere specifikke problemstillinger.

Fejlkalibrering af udstyr

Der er rapporteret en hændelse, hvoraf det fremgik, at der i forbindelse med strålebehandling blev givet højere stråledoser end planlagt, fordi der var en fejl i kalibreringen af udstyret. Ved ibrugtagning af udstyret havde man anvendt en kalibrering foretaget af leverandøren. Ved en efterfølgende kontrol udført af afdelingen selv, viste det sig, at denne kalibrering ikke var korrekt, idet de målte doser var højere end forventet ud fra leverandørens kalibrering.

Denne hændelse understreger væsentligheden af udførelse af modtagekontrol, inkl. kontrol af dosis, før udstyret tages i klinisk brug.

Fejlindstilling af udstyr

I en anden rapport er beskrevet en hændelse, hvor en patient modtog en for stor mængde af et radioaktivt lægemiddel, fordi en dosiskalibrator var indstillet til den forkerte isotop. Patienten fik dermed en højere stråledosis end nødvendigt i forbindelse med undersøgelsen. Denne hændelse understreger væsentligheden af, at der findes klare instrukser for alle procedurer i forbindelse med forberedelse af undersøgelsen. Evt. kan der anvendes tjeklister el. lign., så det sikres, at alle parametre indstilles korrekt.

Ikke-funktionsdygtigt apparatur blev ikke mærket

Der er beskrevet hændelser, hvor ikke-funktionsdygtigt røntgenapparatur blev forsøgt anvendt, hvilket medførte skade på patienter, eller der var risiko herfor. Hændelsesbeskrivelserne peger på, at apparaturet i længere tid ikke havde været funktionsdygtigt og derfor burde have været fjernet eller mærket.

Det er væsentligt, at personalet sørger for at mærke ikke-funktionsdygtigt apparatur og at underrette den ansvarlige fysiker.

Manglende opmærksomhed på tidligere undersøgelsesresultater

Der er beskrevet hændelser, hvor der blev taget røntgenbilleder af patienter, hvor det ikke var nødvendigt, idet der i systemet var tidligere optagelser, som var aktuelle, men disse blev ikke fremfundet. Patienterne blev således udsat for unødigt stråling.

Det er vigtigt at sikre, at der findes procedurer for at finde tidligere optagelser, og at disse procedurer følges.

Fejlbetjening af udstyr

Der er beskrevet flere hændelser, hvor røntgenbilleder ikke er blevet gemt pga. af fejlbetjening af apparatur, og undersøgelsen således måtte tages om. Der er ligeledes beskrevet hændelser, hvor der var taget det korrekte antal billeder på en undersøgelse. Lægen så ikke alle billederne og troede fejlagtigt, at der manglede billeder. Patienten blev genindkaldt til omfotografering af de ikke setede optagelser.

Instituttet gør opmærksom på, at det er væsentligt, at personalet får en grundig oplæring i apparatur og RIS/PACS programmet, således at denne type fejl undgås, og patienterne ikke udsættes for unødvendig stråling.

5 Sundhedsstyrelsens deltagelse i internationale fora omkring patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser

5.1 Projekt om rapporterings- og læringssystemer under EU

Nedsættende myndighed

High Level Group on health and medical care under EU- kommissionen med finansiering under EU's folkesundhedsprogram.

Formål

Formålet med projektet er at opmuntre og støtte medlemslande i etableringen af effektive rapporterings- og læringssystemer indenfor patientsikkerhedsområdet. Endvidere skal projektet bane vej for en fælles europæisk database over hændelser og løsninger fra alle nationale rapporteringssystemer.

Deltagere

Projektet er en workpackage (indsatsområde) under netværksprojektet "European Network on Patient Safety" (EUNetPas), som er under fransk ledelse. Formålet med EUNetPas er at etablere et overordnet europæisk netværk for patientsikkerhed. Specielt 3 indsatsområder er prioriteret:

- Rapporterings- og læringssystemer
- Patientsikkerhedskultur – måling og monitorering
- Uddannelse og træning

Danmark (Sundhedsstyrelsen) står for det koordinerende arbejde omkring indsatsområdet 'Rapporterings- og læringssystemer'. I alt 27 deltagende medlemslande samt Norge, 5 interesseorganisationer og 4 internationale organisationer deltager i projektet.

Resultater og netværk

Projektet blev igangsat i februar 2008 og løber over 30 måneder. I hvert EU land er der til projektet valgt et National Contact Point. I Danmark har Sundhedsstyrelsen udpeget Dansk Selskab for Patientsikkerhed til varetagelse af denne rolle. Det betyder, at Selskabet er bindeled mellem EUNetPaS netværket og danske interessenter og ressourcepersoner.

5.2 Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed

Nedsættende myndighed

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling.

Formål

Arbejdsgruppen skal fremkomme med forslag til fælles nordiske indikatorer for patientsikkerhed.

Deltagere

Repræsentanter fra alle de nordiske lande. Fra Danmark deltager en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen.

Resultater

Projektet er igangsat i 2007 og forventes afsluttet i 2010.

5.3 Ekspertgruppe under OECD

Nedsættende myndighed

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Formål

Gruppen skal fremkomme med forslag til indikatorer på patientsikkerhedsområdet. Projektet er en fortsættelse af et tidligere projekt, hvor man ud fra en litteraturgen- nemgang identificerede 21 potentielle patientsikkerhedsindikatorer. Det aktuelle projekt skal på baggrund heraf fremsætte forslag om et antal konkrete indikatorer samt anwise sammenlignelige målepunkter herfor.

Deltagere

Repræsentanter fra 32 af medlemslandene under OECD.

Resultater

Udvikling af patientsikkerhedsindikatorerne er igangsat i 2007 og forventes afsluttet i 2010. Der er ud af 21 mulige identificeret 15 egnede valide indikatorer, som har gennemgået første og anden pilottestet på data fra et lille antal medlemslande. Tredje pilottest er gennemført i vinteren 2008-09 for halvdelen af disse indikatorer på data fra et større antal medlemslande, her i blandt Danmark. De resterende indikatorer arbejdes der videre med på definitionsniveau og tredje pilottest gennemføres efterfølgende sandsynligvis i 2010.

6 Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Lovforslaget

I november 2008 blev et forslag til lov om ændring af Sundhedsloven fremsat i Folketinget. Lovforslaget blev førstebehandlet i december 2008. Patientsikkerhedsordningen foreslås udvidet til praksissektoren, den kommunale sundhedssektor og apotekerne. Det foreslås endvidere, at patienter og pårørende får adgang til at rapportere utilsigtede hændelser i såvel sygehusvæsenet som i den primære sundhedssektor. Forslaget forventes vedtaget i begyndelsen af 2009.

Rapporteringspligten vil således komme til at gælde uanset, hvor hændelsen forekommer. Det afgørende er, at der er tale om en utilsigtet hændelse i forbindelse med en sundhedsydelse.

I løbet af det kommende år vil Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de forskellige sektorer afgrænse antallet af utilsigtede hændelser, som skal rapporteres ved at identificere væsentlige hændelseskategorier. Afgrænsningen vil bidrage til, at patientsikkerhedsarbejdet i de nye sektorer, der omfattes af patientsikkerhedsarbejdet, fokuserer på udvalgte indsatsområder, hvor læringspotentialet på forhånd vurderes at være størst.

Med udvidelsen sikres, at der sker en systematisk læring dels af utilsigtede hændelser, der sker indenfor hver af sundhedsvæsenets sektorer dels af de utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorer, fx ved udskrivelse fra sygehus til hjemmesygeplejerske eller til behandling i almen praksis. Dette skaber således grundlag for læring, der vil kunne give et mere trygt og sikkert behandlingsforløb for alle patienter i alle dele af sundhedsvæsenet.

Udvidelsen forventes at træde i kraft i første halvår af 2010. Dog vil der eventuelt blive fastsat en senere ikrafttræden af rapporteringsadgangen for patienter og pårørende.

Nyt elektronisk rapporteringssystem

I samarbejde med bl.a. Regionerne, Patientforum, Praktiserende Lægers Organisation, KL, Dansk Sygeplejeråd, Lægemiddelstyrelsen og Danmarks Apotekerforening har Sundhedsstyrelsen de to sidste år arbejdet på udarbejdelse af en kravspecifikation til et nyt elektronisk rapporteringssystem. Kravspecifikationen er nu færdigudarbejdet. Systemet skal være implementeret, når udvidelse af patientsikkerhedsordningen træder i kraft.

7 Utilsigtede hændelser i klinikken og læringen deraf – i et anæstesiologisk perspektiv

Introduktion

Bent Chrømmer er speciallæge i anæstesiologi og er ansat som ledende overlæge på anæstesi- og intensivafdelingen på Herlev sygehus. Han har gennem mange år endvidere været Sundhedsstyrelsen sagkyndige rådgiver indenfor dette område.

Den allervigtigste del af arbejdet med patientsikkerhed foregår ved patienterne. Det er her vidensdeling og læring af de rapporterede utilsigtede hændelser gør en forskel. Sundhedsstyrelsen har bedt Bent Chrømmer om at skrive et indlæg til Årsrapporten om, hvordan der arbejdes med patientsikkerhed, herunder utilsigtede hændelser, set fra en klinikers hverdag.

Af Bent Chrømmer

I efteråret 2008 modtog afdelingsledelsen et såkaldt bekymringsbrev fra den koordinerende patientsikkerhedsrepræsentant på vegne af medarbejderne ved anæstesi-afsnittet, det perioperative afsnit og dagkirurgisk afsnit. Brevet udtrykte en generel bekymring over den daglige patientsikkerhed. Samstemmende var det opfattelsen, at patientsikkerheden generelt skønnedes forværret i forhold til tidligere. Konkret gjorde man bl.a. opmærksom på store problemer med EPM (den elektroniske patient medicinering), idet der dagligt var mange problemer med ordinationer samt dokumentation og administration af medicin. Der skønnedes at være problemer ved ca. 50 % af patienternes medicinering. Desuden var det indtrykket, at der var et stort forbedringspotentiale, hvad angår forberedelsen af operationspatienterne. Tilsvarende bekymringer blev formuleret i MED-udvalget.

Hvordan er det kommet dertil? Er det et udtryk for, at vi som ledelse ikke har styr på patientsikkerheden? Vi må anerkende den formulerede bekymring. Vi må påskønne den direkte tilgang til afdelingsledelsen. Afdelingsledelsen må gå i refleksionsmodus, og dernæst handle beslutsomt på bekymringen.

Hvorledes er vi organiseret til at imødegå de formulerede udfordringer? Hvilke opmærksomhedspunkter arbejder vi med?

Der er nogle grundlæggende generelle vilkår, uanset den lokale kontekst.

Vi må vedblivende erkende, at utilsigtede hændelser er kommet for at blive. Vi må forpligte os til at drage læring af hændelserne, så gentagelser minimeres. Vi må beklage og undskylde overfor de patienter og pårørende, det går ud over, og vi må sikre al mulig støtte til at minimere konsekvensen af en utilsigtet hændelse. Samtidig skal vi vise omsorg for de involverede sundhedspersoner, således at de kommer videre i deres professionelle og personlige liv. Alt det skal vi leve op til i en kontekst, der er præget af krydspres mellem på den ene side kravet om effektiv drift uden spildtid og med optimal sikkerhed (= fejlfrihed) og på den anden side fornemmelsen af travlhed, uforudsigelig kompleksitet og vedvarende forandring.

Anæstesiologien er som lægevidenskabelig disciplin og klinisk speciale udsprunget af behovet for og ønsket om at forbedre patientsikkerheden - primært i forbindelse med kirurgi. I forbindelse med polioepidemien i 1952 overførte man principperne fra operationsstuens anæstesier til de kvælningsstruede poliopatienter og reddede

mange liv. Derved etablerede pionererne den intensive terapi. Derfor har anæstesiologer, anæstesi- og intensivsygeplejersker i mange henseender altid arbejdet i en sikkerhedskultur. Det er vores selvopfattelse, at vores professionelle gerning er synlig for enhver. Måske med undtagelse af den bedøvede patient. Det er umiddelbart synligt, når vi ”fejler” – indimellem dramatisk med død eller alvorlig invaliditet til følge. Vi er opvokset med logbøger, morbidity meetings og morgenkonferencer med case reports til refleksion og læring. Mit postulat er: Anæstesiologien har, historisk, i sin tilgang til patientsikkerhedsarbejdet altid tilstræbt åbenheden, systemtilgangen og læringsaspektet. Om det er lykkedes, må andre dømme?

Anæstesiologisk afdeling på Herlev Hospital varetager, i kraft af sine godt 250 medarbejdere, en mangfoldighed af opgaver indenfor næsten samtlige fagets discipliner. Afdelingen er organiseret i 5 kliniske afsnit, anæstesiafsnittet, det perioperative afsnit, intensiv afsnit, dagkirurgisk afsnit og tværfagligt smertecenter. Anæstesiafsnittet varetager, døgnet rundt, al form for anæstesivirksomhed i samarbejde med alle hospitalets afdelinger. Det omfatter præoperativ forberedelse, den perioperative overvågning og behandling samt den postoperative smertebehandling. Anæstesiafsnittet deltager i transport af patienter til andre hospitaler, samt tilkaldes akut til genoplivningsbehandling i hele hospitalet. Intensiv/intermediær afsnittet har aktuelt 12 behandlingspladser og modtager voksne, kritisk syge patienter til intensiv terapi.

Ledelsesmæssigt er afdelingen organiseret med en afdelingsledelse, bestående af den ledende overlæge og ledende oversygeplejerske. Ledelsen af de enkelte afsnit varetages af en tværfaglig områdeledelse bestående af en overlæge og en afdelings- sygeplejerske. Afdelingsledelsen og områdeledelserne for de 5 kliniske afsnit udgør den samlede ledergruppe i Anæstesiologisk afdeling. Ledergruppen mødes normalt én gang månedligt i 2 timer. Der er sjældent patientsikkerhed på dagsordenen.

Afdelingen er organiseret med 4 stabshenheder for henholdsvis kvalitet, forskning, uddannelse og medikoteknik (= anæstesilaboratorium). Stabene ledes typisk af en overlæge og en klinisk udviklingssygeplejerske, anæstesilaboratoriet af en klinisk medikotekniker.

Kvalitetsenheden, hvorunder patientsikkerhedsarbejdet hører, har til formål, at facilitere, målrette og synliggøre den systematiske kvalitetsudvikling i Anæstesiologisk afdeling. Kvalitetsenheden varetager den administrative drift og sekretariatsbetjening af kvalitetsudvalget. Kvalitetsenheden koordinerer desuden indsatsen med udviklingstiltag og indsatsområder på Herlev Hospital og i Region Hovedstaden.

Patientsikkerhedsarbejdet er organisatorisk forankret i Udvalget for Patientsikkerhed (UPS), som ledes af den koordinerende patientsikkerhedsrepræsentant (KPSR), p.t. en overlæge, og derudover består af en patientsikkerhedsrepræsentant (PSR) fra hvert af de 5 kliniske afsnit samt fra anæstesilaboratoriet, i alt 6 personer. Udvalget har en bred tværfaglig repræsentation. UPS refererer til afdelingens kvalitetsudvalg, hvorfor den KPSR er medlem af kvalitetsudvalget. Der er, bl.a. i konsekvens af en direktionsbeslutning og bekymringsbrevet, i efteråret 2008, etableret en stærkere ledelsesforankring i kvalitetsudvalget, idet alle områdeledelser nu er repræsenteret og den ledende oversygeplejerske er formand. Det er besluttet i ledergruppen at give kvalitetsudvikling og patientsikkerhed en fremtrædende plads i Dialogaftalen for 2009 (= anæstesiologisk afdelings kontrakt med direktionen).

UPS holder normalt ét møde om måneden af 2 timers varighed. Alle indberettede utilsigtede hændelser passerer gennem hænderne på den KPRS, som straks giver en personlig tilbagemelding til rapportøren, herunder eventuelt søger uddybende belysning af hændelsen for at skabe den bedst mulige læringsituation. Vi demonstrerer derved stort fokus på rapporteringernes kvalitet, som er forudsætningen for en god analyse og deraf følgende handleplan. Den KPRS indkalder til UPS møderne med dagsorden. Samtlige indberettede hændelser drøftes og analyseres på møderne. Den KPRS skriver referat, der er udformet som en handleplan. Handleplanen lægges på afdelingens intranet, og har karakter af et "living document", der kontinuerligt opdateres og derved synliggør fremdriften i patientsikkerhedsarbejdet. UPS arbejder desuden målrettet og vedvarende med patientsikkerhedsorganisationens synlighed. UPS udgiver, med den KPRS som ansvarsperson, et månedligt Nyhedsbrev på intranettet, som bl.a. for november 2008 tilkendegiver, at der i årets første 11 måneder er rapporteret i alt 97 utilsigtede hændelser i afdelingen. Antallet af rapporteringer er fortsat stigende, og vi opfatter os som stærke på input- og analysesiden. Og som det fremgår ovenfor, er en væsentlig del af UPS arbejdet udformning af handleplaner. Afdelingen har deltaget i 6 kerneårsagsanalyser i 2008.

Hvordan står det til med eksekvering af handleplanerne? Hvordan står det til med læringsdelen? Blandt ledere og medarbejdere er der en fælles opfattelse af et stort potentiale for forbedringer på læringsiden af patientsikkerhedsarbejdet. Der er enighed om, at her må gøres en målrettet indsats i 2009. I øjeblikket sker følgende. UPS leverer feedback i form af Sikkerhedsalerts enten på intranettet eller mere målrettet som mails til den relevante personkreds. Medlemmerne af UPS arrangerer temadage om patientsikkerhed og deltager i videst muligt omfang i DSPS's årsmøder. UPS arbejder endvidere for, at alle ansatte skal kende navnet på den lokale PSR. Det gøres bl.a. ved, at den enkelte PSR gives mulighed for ugentlig taletid i de forskellige afsnitsfora. Den KPRS er ansvarlig for, at alle PSR har prøvet at rapportere en utilsigtet hændelse. Den lokale PSR er ansvarlig for, at lokalt indberettede utilsigtede hændelser, dels drøftes lokalt ved personalemøder, konferencer o. lign., dels arkiveres lokalt og anonymt i dertil indrettede mapper. I MED-udvalget (det lokale samarbejdsudvalg) er der bred repræsentation af såvel ledere som medarbejdere, der har formelle roller i patientsikkerhedsarbejdet.

Det er vigtigt og nødvendigt, at både græsrodderne, i de patientnære funktioner, og ledelsesrepræsentanterne, der prioriterer ressourcer, er fokuseret på patientsikkerhedsarbejdet i den daglige arbejdstilrettelæggelse. Der skal sikres adgang til et tilstrækkeligt antal IT arbejdspladser. Der skal være rum og tid til læsning, samtale og dermed vidensdeling om patientsikkerhedsspørgsmål.

Skal vi gøre status? Hvad har vi lært i Anæstesiologisk afdeling efter 5 år med Lov om patientsikkerhed Hvad har specielt vores opmærksomhed? I hvilken retning vil vi styre indsatsen i afdelingen til forbedring af patientsikkerheden? Hvad ønsker vi at fremme og gøre mere af?

Vi har erkendt, at det er vigtigt:

- At styrke ledelsesinvolveringen i patientsikkerhedsarbejdet. Lederne skal sikre en offensiv tilgang til kvalitetsarbejdet ved at sætte ressourcer ind, som forstærker drivkraften, og samtidig foretage indgreb der svækker de bremsende kræfter. Prioritere en ledelsesmæssig indsats på implementering af løsninger og handleplaner. Lederne skal støtte udviklingen af hensigts-

mæssige arbejdsgange og patientforløb. Patientsikkerhed skal på ledermødernes dagsorden.

- At styrke brugerinddragelsen. Involver og skab dialog med patienter og pårørende. Gå forrest når det gælder patienters og pårørendes mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Styrk patienternes adgang til aktindsigt i forbindelse med aktuell indlæggelse. Indfør ”den åbne journal” – gør journalen til et dialogpapir med patient og pårørende.
- At styrke kvaliteten i rapporteringen af utilsigtede hændelser. Fordi vi ved, at hvis feedback er tvetydig bliver læringen vanskelig.
- At styrke brugen af de kliniske kvalitetsdatabaser (at udvikle og kvalificere vores dokumentation fra anekdote til database) – f.eks. DAD (Dansk Anæstesi Database) og DID (Dansk Intensiv Database). Det giver bl.a. mulighed for at sammenligne patientsikkerhed på tværs af afdelinger og dermed mulighed for at lære af de bedste (benchmarking).
- At sikre en mere fokuseret og struktureret introduktion af nye medarbejdere til patientsikkerhedsarbejdet. ”Kend din patientsikkerhedsrepræsentant!”
- At skabe mere fokus på patientsikkerhed ved kliniske konferencer.
- At styrke tværfagligheden i og integrationen af patientsikkerhedsarbejdet i den kliniske hverdag.
- At styrke og prioritere det proaktive patientsikkerhedsarbejde frem for den reaktive tilgang, f.eks. ved at etablere en online dialog med patienterne på en interaktiv hjemmeside – et virtuelt anæstesiambulatorium for præoperative tilsyn og postoperativ feedback.
- At vi metodologisk bliver stringente f.eks. ved at anvende selvevaluering gennem læringscirkelns fire trin jf. Den Danske Kvalitetsmodel: Planlæg (Plan), udfør (Do), følg op (Check), tilpas (Act).

Konklusion: Vi arbejder for at udvikle en kultur, der grundlæggende bygger på åbenhed, systemtilgang, læring og forebyggelse, i en organisation, som vedholdende søger at fremme det tværfaglige samarbejde, på tværs af enhver tænkelig barriere i hospitalet. En organisation, som har fokus på omsorg for patienter og pårørende, men også omsorg for frontlinje medarbejderen, der involveres i en ulykkelig utilsigtet hændelse. Herved tror vi på, at der både skabes en sikrere og højere kvalitet i patientbehandlingen og en god arbejdsplads.

Be Careful Out There!

8 Bilagsfortegnelse

Bilag I: Risikovurdering af utilsigtede hændelser

Bilag II: Udmeldinger fra DPSD systematiseret efter Sundhedsstyrelsen taksonomi

Bilag III: Handleplan for DPSD 2008

Bilag IV: Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2008

Bilag I:

Risikovurdering af utilsigtede hændelser

Sagsbehandleren i regionerne risikovurderer hændelsen efter et internationalt anerkendt system, SAC (Safety Assessment Code) systemet.

Risikoscoren udregnes efter alvorlighedsgraden (skadens omfang) og hændelsens hyppighed (sandsynligheden for gentagelse).

Alvorlighedsgraden eller skadens omfang inddeles i 4 kategorier: Katastrofal, betydende, moderat og minimal. Sagsbehandleren vurderer både den faktuelle (aktuelle) og den potentielle alvorlighedsgrad (hvor stor en skade kunne hændelsen teoretisk have forvoldt patienten).

Skadens omfang

Katastrofal: En af følgende:

- Død
- Varigt betydende funktionsstab/handikap, dvs. hvor méngraden var større end eller lig 15 % for én patient (méngraden vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i).

Betydende: En eller flere af følgende:

- Varige funktionsstab/handikap, dvs. hvor méngraden var mindre en 15% for minimum én patient (méngraden vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i)
- Betydelig øget udrednings/behandlingsintensitet, herunder overflyttelse til intensiv observation/dialyse/koronarafsnit for én patient
- Ved flere patienter skadet af samme begivenhed: Lettere
- øget udredning/behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelsestid for minimum 3 patienter.

Moderat: En eller flere af følgende:

- Lettere øget udredningsarbejde/behandlingsintensitet som blev håndteret på en stamafdeling for én patient
- Ved en til to patienter skadet af samme begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed.

Minimal: Ingen eller minimal betydning for patienten.

Skadens hyppighed

Hyppigheden inddeles ligeledes i 4 kategorier: Hyppig, mindre hyppig, sjælden og meget sjælden:

Hyppig: Vurderes at forekomme op til flere gange indenfor et år på det pågældende hospital.

Mindre hyppig: Vurderes at forekomme igen inden for et til to år på det pågældende hospital.

Sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for to til fem år på det pågældende hospital.

Meget sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for fem til 30 år på det pågældende hospital.

Ud fra nedenstående SAC matrix udregner sagsbehandlersystemet en potentiel og en faktisk risikoscore. Risikoscoren kan antage værdierne 1, 2 og 3.

SAC MATRIX

Hyppighed / Alvorlighedsgrad	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Bilag II: Udmeldinger fra DPSD systematiseret efter Sundhedsstyrelsens taksonomi

Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger følger en taksonomi bestående af faglige meddelelser og forskrifter.

Forskrifter er bekendtgørelser, cirkulærer og vejledninger. Vejledningers formål er at præcisere indholdet af bekendtgørelser og dermed præcisere kravene til omhu og samvittighedsfuld, som skal udvises ved udførelse af forskellige sundhedsfaglige ydelser.

Faglige meddelelser indeholder information om virksomhed på sundhedsområdet og er fx. udredninger, anbefalinger og orienteringer.

Udredninger er meddelelser, der indeholder beskrivelser af forhold vedrørende sundhedsvæsenet.

Anbefalinger er meddelelser, som indeholder anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse af virksomhed på sundhedsområdet eller anbefalinger om god faglig praksis på sundhedsområdet.

Orienteringer er meddelelser, som indeholder information af almen art vedrørende sundhedsvæsenet.

Tablel: Udmeldinger fra DPSD systematiseret efter Sundhedsstyrelsens taksonomi.

Sundhedsstyrelsens taksonomi over faglige udmeldinger		Udmeldinger fra DPSD
Forskrifter	Vejledning	Vejledning
Faglig meddelelse	Udredninger	Nyhedsbreve
		Temarapporter (deskriptive)
		Årsrapport
	Anbefalinger	Temarapporter med anbefalinger
		Patientsikkerhedshistorier
		OBS – meddelelser
	Orienteringer	OBS – meddelelser

Alle faglige udmeldinger fra DPSD kan læses på www.dpsd.dk

Bilag III:

Handleplan for DPSD 2009

I lighed med tidligere år offentliggøres handlingsplanen for DPSD for det kommende år, 2009 i tilknytning til offentliggørelsen af Årsrapporten for DPSD. Formålet med offentliggørelsen er at orientere regionerne og sygehusledelserne om, hvilke initiativer der arbejdes med centralt.

1 Samarbejde

1.1 Regionerne

1.1.1 Strategisk forum / referencegruppe

Strategiske forum blev etableret i 2005 som et rådgivende organ, som skulle medvirke til at videreudvikle rapporteringssystemet, koordinere arbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de lokale enheder samt fungere som forum for drøftelser af praksis i styrelsens og regionernes forvaltning og administration af lov om Patientsikkerhed.

Strategisk forum er sammensat af repræsentanter fra hhv. regionerne, Danske Regioner, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Patientforum, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Fag og Arbejde, KL, Danmarks Apotekerforening og fra Sundhedsstyrelsen.

Det Strategiske forum fungerer endvidere som referencegruppe for projektet 'DPSD version 2 – ny database for utilsigtede hændelser', indtil projektet er afleveret.

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive holdt kvartalsvise møder i Sundhedsstyrelsen.

1.1.2 Fagligt forum

Fagligt forum blev ligeledes etableret i 2005 med en repræsentant fra hver region, en repræsentant fra Danske Regioner og to repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen. Repræsentanterne fra regionerne skal være beskæftiget primært med patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Fagligt forum skulle oprindeligt som hovedopgave yde rådgivning og danne forum for vidensdeling i spørgsmål, som knyttede sig til DPSD, herunder gensidig erfaringsudveksling af lokale og nationale udmeldinger samt drøfte forslag til fælles indsatsområder og uddannelsesbehov. I praksis beskæftiger dette forum sig meget med den elektroniske del af DPSD og mødes efter behov.

1.1.3 Planlægningsudvalg

Planlægningsudvalget blev nedsat i 2008.

Det overordnede formål er med bl.a. baggrund i Dansk Patientsikkerhedsdatabase at arbejde med langsigtede løsninger på patientsikkerhedsområdet.

Hver af de fem regioner har én repræsentant i udvalget. Udvalget skal prioritere og indstille strategiske indsatsområder for langsigtede løsninger vedrørende patientsikkerhed. Udvalget kan indstille til regionerne og Sundhedsstyrelsen at udarbejde regionale og nationale handleplaner, bl.a. med baggrund i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Samarbejdet skal centreret omkring proaktiv risikostyring i relation til valgte områder, men også andre metoder, der tilgodeser det overordnede forhold, kan bringes ind i samarbejdet.

1.1.4 Regionale kontaktpersoner i Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med strukturreformens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 er der dannet 5 regioner. Hver region har fået tildelt en kontaktperson i Sundhedsstyrelsen blandt de medarbejdere i Tilsyn (EFT), som arbejder med DPSD. Formålet er, at Sundhedsstyrelsen får kendskab til og overblik over, hvad der foregår i de enkelte regioner, og regionerne får en direkte kontakt i Sundhedsstyrelsen, hvorved samarbejdet øges. Kontaktpersonen skal efter opfordring deltage i regionale og lokale møder efter ønske fra regionerne og undervise på regionale og lokale kurser.

Nedenstående liste viser regionernes kontaktperson i Sundhedsstyrelsen.

Region Hovedstaden: Jørgen Hansen JHA@sst.dk

Region Sjælland: Karin Povlsen, KPO@sst.dk

Region Syd: Søren Klebak, SKL@sst.dk

Region Midt: Mikala Utzon, MIU@sst.dk

Region Nord: Jørgen Hansen, JHA@sst.dk

1.2 Internt i Sundhedsstyrelsen

1.2.1 Sundhedsplanlægning

EFT har et løbende samarbejde med Sundhedsplanlægning (EFP) omkring gensidig udveksling af oplysninger. EFP bliver orienteret om rapporter omhandlende utilsigtede hændelser i forbindelse med kontorets arbejdsområde og EFP orienterer om konkrete initiativer, der er under planlægning eller igangsat relateret til patientsikkerhedsområder under DPSD.

1.2.2 Statens Institut for Strålebeskyttelse

EFT nedsatte i 2005 et kontaktforum med repræsentanter fra Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS) og DPSD. SIS har adgang til de utilsigtede hændelser, der indsendes til Sundhedsstyrelsen omhandlende stråling. Formålet med samarbejdet er gensidig orientering om konkrete initiativer på baggrund af de rapporter, der omhandler utilsigtet stråleudsættelse af patienter ved medicinsk anvendelse af ioniserende stråling.

Dette forums arbejde vil fortsætte uændret i år 2009. Sekretariatsfunktionen ligger i EFT, og der vil blive afholdt 2- 4 møder efter behov.

1.3 Lægemiddelstyrelsen

1.3.1 Kontaktforum om DPSD

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2005 et forum med repræsentanter fra Lægemiddelstyrelsen (LMS) og DPSD. LMS har adgang til de indsendte utilsigtede hændelser, der omhandler medicinering og medicinsk apparatur. Formålet med dette forum er, på baggrund af konkrete hændelser, at drøfte patientsikkerhedsmæssige problemstillinger og initiativer indenfor lægemidler, medicinsk udstyr, blodkomponenter, væv og celler.

Dette forum vil fortsætte uændret i 2009. Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive afholdt kvartalsvise møder.

1.3.2 Arbejdsgruppe om Risikolægemidler

Lægemiddelstyrelsen nedsatte i 2008 en arbejdsgruppe om Risikolægemidler, som Sundhedsstyrelsen deltager i. Formålet er at samle erfaringer fra de nuværende initiativer om risikolægemidler og på den baggrund udarbejde forslag til en national definition af risikolægemidler samt udarbejde forslag til en liste over risikolægemidler.

1.4 Leverandørforum af elektroniske ordinationsmoduler og/eller patientjournaler

Sundhedsstyrelsen har i 2007 etableret et samarbejde med leverandørerne af elektroniske ordinationsmoduler og patientjournalssystemer. Formålet er, at leverandørerne via utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD får kendskab til patientsikkerhedsmæssige problemstillinger indenfor deres kompetenceområde og på den baggrund kan reagere proaktivt i forbindelse med design af ny funktionalitet. På baggrund af erfaringerne herfra udarbejdes 'best practice' på området.

Analysegruppen mødes 2 gange årligt eller efter behov.

1.5 Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark

Sundhedsstyrelsen har i 2007 etableret et samarbejde med organisationen Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), som er en fælles organisation dannet af Staten, Danske Regioner og KL.

Indførelsen af informationsteknologi i Sundhedsvæsenet i form af eksempelvis elektronisk patientjournal (EPJ) nedsætter antallet af særlige typer hændelser, men der opstår andre og hidtil ukendte hændelser.

SDSD vil løbende blive informeret om problemstillinger i rapporterne om utilsigtede hændelser i forbindelse med EPJ, herunder elektroniske patient medicinordinationsmoduler (EPM).

Formålet med samarbejdet er gensidig orientering om og igangsættelse af konkrete initiativer på baggrund af ovennævnte rapporter.

1.6 Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

EFT har i 2008 etableret et samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Det overordnede formål med samarbejdet er at sikre, at udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) koordineres med EFT's aktiviteter på det patientsikkerhedsmæssige område. DDKM vil blive orienteret om EFT's påtænkte indsatsområder og får endvidere mulighed for at fokusere på andre relevante områder via udtræk af data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

1.7 Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen har i 2008 etableret et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Formålet er bl.a. at undersøge om data i Dansk Patientsikkerhedsdatabase er egnet til at belyse patientsikkerhedsmæssige problemstillinger hos kræftpatienter, herunder kortlægning af risikomønstret i et kræftbehandlingsforløb på sygehusniveau. Samarbejdet fortsætter i 2009, hvor der vil blive offentliggjort en rapport.

2 Udmeldinger

DPSD udsender løbende selvstændige udmeldinger (temarapporter, OBS-meddelelser, patientsikkerhedshistorier, vejledninger og nyhedsbreve). Derudover er indgået samarbejde med regionerne og med Kræftens Bekæmpelse om udmeldinger (se afsnit 1.1.3. og 1.7).

Emnerne for og antallet af Sundhedsstyrelsens selvstændige udmeldinger i 2009 er ikke fuldstændig fastlagt, men vil bl.a. afhænge af styrelsens resurser på området samt indsendte utilsigtede hændelser i løbet af året. Gennemgangen af de indsendte utilsigtede hændelser i 2008 har vist, at der opstår mange utilsigtede hændelser i forbindelse med anvendelse af elektroniske medicinmoduler, og Sundhedsstyrelsen vil bl.a. arbejde med denne problematik i det kommende år.

Bilag IV: Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2008

Forord til regionernes rapport

Regionerne har i 2008 arbejdet med patientsikkerhed over en bred front.

En del af arbejdet vedrører håndtering, analyse og læring af de rapporterede hændelser. Det omfatter en stor og kontinuerlig indsats for at uddanne og videreuddanne risikomanagers, patientsikkerhedsansvarlige m.v. Der arbejdes også vedvarende på at udvikle kendte analysemetoder, f.eks. inddragelse af patienter eller pårørende i kerneårsagsanalyser og på at anvende proaktive metoder f.eks. FMEA (failure modes and effects analysis). Der er også fokus på at styrke opfølgningen på hændelser, på at sikre at handlingsplaner på baggrund af analyser implementeres, og på regional håndtering af akutte alvorlige patientsikkerhedsmæssige problemer.

En anden del af arbejdet med patientsikkerhed handler f.eks. om at forbedre kommunikation mellem sundhedspersoner og om at øge ledelsesinvolveringen. På disse områder er der også i 2008 gjort en indsats for at lære sundhedspersoner at anvende metoder til Sikker Mundtlig Kommunikation (f.eks. ISBAR) og der gennemføres Patientsikkerhedsrunder. Også deltagelse i Operation Life, design og fysiske rammer har været fokusområder i 2008.

Med mortalitetsanalyse og Global Trigger Tool er nye audit- og analysemetoder taget i anvendelse, og der har været regionalt samarbejde og udveksling af erfaring omkring de nye redskaber.

I forbindelse med fremsættelse af forslag til lov om ændring af sundhedsloven (udvidet patientsikkerhedsordning) i november 2008 bekræftede regionerne, at man ser frem til at patientsikkerhedsordningen udvides til at omfatte hele den primære sundhedssektor og det præ-hospitale område og giver patienter og pårørende mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Det forberedende arbejde ifm. den forventede udvidelse af patientsikkerhedsordningen vil præge regionernes arbejde i 2009.

I det følgende beskriver de enkelte regioner, hvilke patientsikkerhedsaktiviteter de har haft i 2008.

Region Hovedstadens bidrag til årsrapporten

Region	Region Hovedstaden
<p>Aktiviteter i 2008</p>	<p>Rapportering af utilsigtede hændelser i 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal primærrapporter: 10.600 • Antal sekundærrapporter: 12.067 • Andel sekundærrapporter med SAC-score 3: 0,2 % • Andel anonyme sekundærrapporter: 6,9 % • Andel sekundærrapporter fra læger: 12,2 % <p>Enhed for Patientsikkerhed videreformidler i anonymiseret form utilsigtede hændelser vedrørende fx EPM, fysiske rammer, lægemiddelforveksling osv. til relevante instanser i regionen med henblik på læring og videreudvikling.</p> <p>Enhed for Patientsikkerhed har tilpasset afdelingsstrukturen i DPSD, således afdelingernes tilhørsforhold i databasen er tilpasset hospitals- og psykiatriplanen.</p> <p>Kerneårsagsanalyser</p> <p>Der blev i 2008 igangsat 97 kerneårsagsanalyser, hvoraf 7 var tværgående (involverede flere hospitaler eller sektorer). Flere af kerneårsagsanalyserne blev foretaget med inddragelse af patient eller pårørende, og erfaringerne med dette er gode.</p> <p>Akut Regionalt Patientsikkerhedsteam (APS-team)</p> <p>Region Hovedstaden har i 2008 etableret et akut regionalt patientsikkerhedsteam, hvis opgave er at foretage risikovurdering og -håndtering af akutte alvorlige patientsikkerhedsmæssige problemer, når disse vedrører et større antal patienter eller organisatoriske enheder og er på tværs af flere virksomheder i regionen. Teamet sammensættes og aktiveres af koncerndirektionen og består af faste samt ad hoc-medlemmer, herunder repræsentanter fra klinikken. APS-teamet har siden etableringen været aktiveret to gange: Første gang i forbindelse med et længelevende nedbrud af EPM, anden gang i forbindelse med nedbrud af et laboratoriesystem.</p> <p>Patientsikkerhedsindikatorer</p> <p>Enhed for Patientsikkerhed har i samarbejde med regionens risikomanagernetværk formuleret 21 patientsikkerhedsindikatorer. En række af indikatorerne anvendes allerede, mens der stadig arbejdes på de øvrige. Tre eksempler på indikatorer er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af anonyme rapporter om utilsigtede hændelser • Andelen af rapporter om utilsigtede hændelser fra læger • Antal patientskader pr. 1000 sengedage (global trigger tool)

	<p>Fysiske rammer</p> <p>I forbindelse med planlægning af nyt sygehusbyggeri har Enhed for Patientsikkerhed bidraget med at præcisere, hvor de fysiske rammer har betydning for patientens sikkerhed, hvilke mulige løsninger man bør overveje, samt hvilke metoder der kan anvendes til at identificere risici i såvel planlægnings-, udførelses- som ibrugtagningsfasen. Enheden formidler endvidere anonymiserede utilsigtede hændelser til en regionale bygherreeafdeling.</p> <p>Enheden har deltaget i regionale arbejdsgrupper vedrørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsmiljø • Akutmodtagelse • Kvinde/barn området <p>Operation Life</p> <p>Alle regionens hospitaler og psykiatrien deltager i Operation Life-kampagnen. På regionalt plan er alle pakker repræsenteret, og flere hospitalsafdelinger er på Operation Lifes "Hit 100 liste" over afdelinger, der har opnået nærværd fuld compliance for alle elementer i en pakke.</p> <p>Mål for patientsikkerhed</p> <p>Alle regionens virksomheder arbejder med at implementere Joint Commissions akkrediteringsstandarder.</p> <p>Patientsikkerhedsstuegange</p> <p>Der bliver på alle regionens virksomheder gået patientsikkerhedsrunder.</p> <p>DPSD</p> <p>Alle regionens virksomheder rapporterede med udgangen af 2008 utilsigtede hændelser direkte til DPSD.</p> <p>Patient Safety Through Intelligent Procedures in Medication</p> <p>Region Hovedstaden er partner i et stort europæisk forskningsprojekt under det syvende rammeprogram. Projektet har til formål at øge vores viden om utilsigtede og skadevoldende hændelser i forbindelse med medicinering ved at foretage data mining i kliniske og patientadministrative it-systemer. Denne viden søges anvendt i udvikling af et sofistikeret klinisk beslutningsstøttemodul i EPM, hvor der sker en vurdering af risikoparametre hos den enkelte patient.</p> <p>Forvekslinger af lægemidler</p> <p>Der er i 2008 under den regionale lægemiddelkomité nedsat en forvekslingsgruppe, som forestår sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser omhandlende forveksling af lægemidler, herunder infusionsvæsker. Enhed for Patientsikkerhed indgår i arbejdet på dette område.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Risikomanagernetværk Enhed for Patientsikkerhed samarbejder med risikomanagerne på regionens hospitaler, psykiatrien og apoteket i et netværk, der mødes én gang månedligt samt afholder et årligt seminar. Der arbejdes med implementering af Region Hovedstadens handlingsplan for patientsikkerhed, ligesom netværket bruges til erfaringsudveksling.</p> <p>Komitéarbejde Enhed for Patientsikkerhed har fast plads i følgende regionale komitéer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komitéen for hjertestop • Komitéen for medikotekniske apparater • Transfusionskomitéen • Komitéen for infektionskontrol og hygiejne • Lægemiddelkomitéen <p>Kerneårsagsanalyser og utilsigtede hændelser med regionalt perspektiv formidles til komiténetværket.</p> <p>Kurser Enhed for Patientsikkerhed har i 2008 afholdt 16 kurser for et samlet deltagerantal på omkring 400 kursister samt undervist i patientsikkerhed ved flere lejligheder i øvrigt. Enheden har afholdt følgende kurser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kursus for nye patientsikkerhedskoordinatorer • Kursus for undervisere på de korte og mellemlange sundhedsuddannelser • Kursus i sikker mundtlig kommunikation • Kursus i fejlkildeanalyse • Kursus i global trigger tool • Kursus i DPSD – brugeradministration og sagsbehandling • Kursus i kerneårsagsanalyse • Kursus for nye risikomanagere • Kursus i patientsikkerhed for drift, teknik, indkøb og it <p>Konferencer Enhed for Patientsikkerhed har i 2008 haft oplægsholdere på følgende konferencer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical Informatics Europe • International Society for Quality in Health Care • Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety • European Association of Hospital Pharmacists • Scandinavian Conference on Health Informatics • Euroanaesthesia Meeting
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Enhed for Patientsikkerhed har i 2008 været medforfatter på følgende posters:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rabøl LI, Egebart J, Bjørn B, Anhøj J, Lilja B. Root Cause Analyses in Copenhagen 2002-2008 – an overview of the quantitative data. Poster presented at: International Forum on Quality and Safety in Health Care; 2008 April 23-25; Paris, France. • Rabøl LI, Søgaard A, Bjørn B, Jølving LR . Global Trigger Tool – developing and testing the Danish version. 25th International Conference of The International Society for Quality in Health Care; 2008 October 20-22; Copenhagen, Denmark. • Rabøl LI, Bjørn B, Anhøj J. Intra- and inter observer variability using the WHO ICPS version 1.0 to classify verbal communication errors between staff. 25th International Conference of The International Society for Quality in Health Care; 2008 October 20-22; Copenhagen, Denmark.
Aktiviteter eller tiltag der vil blive lagt vægt på i 2009	Fortsat arbejde med implementering af regionens handlingsplan for patientsikkerhed
Publikationer, hjemmesider, links	<p>Temarapporter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientbefordring • Iltbehandling <p>Nyhedsbreve Enhed for Patientsikkerhed udsender nyhedsbrevet PS en gang pr. kvartal.</p> <p>Hjemmeside www.regionh.dk/patientsikkerhed</p>
Kontaktinformation regionen	<p>i Enhedschef Beth Lilja Region Hovedstaden Enhed for Patientsikkerhed Hvidovre Hospital Kettegård Allé 30 2650 Hvidovre</p> <p>E-mail: beth.lilja@regionh.dk</p>

Region Midtjyllands bidrag til årsrapporten

Region	Region Midtjylland
<p>Aktiviteter i 2008</p>	<p>Fælles regionale aktiviteter</p> <p>Der er for hele regionen i 2008 rapporteret ca. 3200 hændelser til DPSD og til UTH databasen på Aarhus Universitetshospital, Skejby. Heraf er de 58 score tre hændelser. Aarhus Universitetshospital, Skejby er i april måned 2008 overgået fra egen UTH-database til rapportering til DPSD</p> <p>Region Midtjylland og Region Nordjylland har i fællesskab afholdt to regionale kurser i patientsikkerhed. Der blev afholdt et introduktionskursus for klinisk personale med funktioner i det lokale patientsikkerhedsarbejde. Her deltog i alt 146 personer. Desuden blev der afholdt et opfølgingskursus, hvor ca. 120 personer deltog.</p> <p>Der er indført fælles regionale kvalitetsmål, hvoraf to vedrører henholdsvis opfølgning på analyse og effekt af handleplaner, der er iværksat på faktuelle score 3 hændelser, og tilknytning af patientsikkerheds-kontaktperson med betydelig klinisk erfaring til patienter (evt. pårørende), der har oplevet en score tre hændelse. Kontaktpersonen skal varetage koordinering af det videre forløb og omsorg samt information af patienten. Kvalitetsmålene overvåges og monitoreres halvårlig blandt regionens risikomanagere og offentliggøres helårligt regionalt med de øvrige regionale kvalitetsmål.</p> <p>Der er gennemført fælles regional udredning og forbedring af anvendt medico-teknisk udstyr og vedligeholdelsesprocedurer herfor. Der var speciel fokus på risikostyring i forbindelse med vedligeholdelse af udstyr, som hjemsendes med patienter.</p> <p>Der er sat fokus på kontinuitetsbrud i forbindelse med EPJ-relaterede hændelser, billeddiagnostiske undersøgelser o.l.. På baggrund af erfaringer og rapporteringer er der gennemført en udredning af rapporterede hændelser, og der planlægges gennemførelse af fælles regionale Sundhed-IT audits i 2009.</p> <p>Der er gennemført en omfattende udredning af problemer og konsekvenser af forveksling af slanger, sonder, katetre og studser. Udredning leder til yderligere analyse og forbedringsarbejde i 2009 med fokus på optimering af sikring i forbindelse med brug af gammelt udstyr, fælles regionale indkøb af nyt og planlægning af udfasning af ikke sikkert udstyr.</p> <p>Den regionale afdeling for patientsikkerhed deltager i projektet European Network for Patient Safety (EUNetPaS) med speciel fokus på redskaber til udvikling af patientsikkerhedskulturen.</p>

	<p>Lokale aktiviteter på hospitaler i regionen</p> <p>Nedenstående aktiviteter er et udpluk af aktiviteter, der er gennemført på et eller flere af regionens hospitaler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere hospitaler har enten omstruktureret eller er i færd med omstrukturering til decentral sagsbehandling i DPSD, således at sagsbehandlingen primært foretages på klinisk niveau ikke af risikomanageren • Opfølgning på analyse af alvorlige hændelser; monitorering af implementering af handleplaner og effekten heraf, er styrket som følge af indførelse af de regionale kvalitetsmål vedr. patientsikkerhed • Gennemførelse af lokale temadage, møder, undervisning o.l. af personale på hospitals- og afsnitsniveau • På flere hospitaler er vidensdeling styrket via netværk, intranet og / eller ved indførelse af regelmæssige nyhedsbreve og statusnotater • Alle hospitaler har arbejdet med udformning og implementering af retningslinjer, hvoraf adskillige er specielt relateret til DDKM • Et hospital har målrettet anvendt identificerede mønstre i DPSD-data til forbedring af arbejdsgange • Et hospital har systematiseret vidensdeling om utilsigtede hændelser vedr. EPJ- og medicineringsfejl med den lokale EPJ-organisation og Hospitalsapoteket • Et hospital har i samarbejde med en farmaceut foretaget en analyse af alle medicineringshændelser rapporteret i 2007 og 2008 • Et hospital har gennemført mortalitetsaudit • Flere hospitaler har indført og anvender patientsikkerhedsrunder regelmæssigt • Et hospital har gennemført audit på implementering af ”De fem trin” • Et hospital har gennemført et projekt til forbedring af rapportering og kvaliteten af rapporteringerne; ”Sammentænkning af patientsikkerhed og effektivisering af arbejdsgange – med udgangspunkt i psykiatrien” • Psykiatrien har indsamlet omfattende oplysninger vedr. selvmord og selvmordsforsøg til en aggregeret analyse, analysen gennemføres i 2009 • Et hospital har deltaget i udvikling af et nyt patientsikkerhedsmodul til i Hospital
<p>En aktivitet der er lagt særlig vægt på i det seneste år</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse i Operation Life, gennembrudsmetoden og i vejlederuddannelsen • Vidensdeling • Synliggørelse af resultater fra analyse faktuelle score 3 hændelser og omsorg for patienter, der har oplevet en sådan hændelse

<p>Aktiviteter eller tiltag der vil blive lagt vægt på i 2009</p>	<p>Fælles regionale aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forberedelse af patientsikkerhed i det præhospitale område og i praksissektoren samt samarbejde med kommunerne. • Forbedring af den regelmæssige regionale vidensdeling • Kvaliteten af analyser og hensigtsmæssige mål for handleplaner efter analyser af score 3 hændelser • Spredning af erfaringer fra projekter i 2008 <p>Lokale aktiviteter på hospitaler i regionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af decentral sagsbehandling i DPSD og forkortelse af sagsbehandlingstid for utilsigtede hændelser • Intensiveret anvendelse af fremadrettede analysemetoder • Forbedring af den lokale vidensdeling • Implementering og monitorering af handleplaner fra patientsikkerhedsrunder, audits og KÅA • Spredning af erfaring fra Operation Life • Implementering af faldforebyggelse • Projekt vedr. forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg • Et hospital sætter fokus på: Den kritisk syge patient på sengeafsnittene – systematisk observation, måling, dokumentation og registrering af vitale værdier. • Fortsat udarbejdelse og implementering af retningslinier relateret til DDKM
<p>Publikationer, hjemmesider, links</p>	<p>To poster vedrørende forebyggelse af fald hos gerontopsykiatriske patienter og selvskadende adfærd blev præsenteret på British Medical Journal (BMJ), The international forum on Quality and Safety in Health Care i Paris i april. Titlerne på posterne var: ”Socks! A mean of preventing serious falls in geronto-psychiatric inpatients.” og ”Patient safety and self-mutilation”.</p> <p>Posteren ”Patient safety and self-mutilation” blev samme med posteren ”The lesson we should have learned from aviation!” vedr. erfaringer fra fiksering af psykiatrisk patient præsenteret på Dansk Selskab for Patientsikkerheds Årskongres.</p> <p>En poster vedrørende patientsikkerhed med særligt fokus på medicineringsfejl blev præsenteret på Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerups Store uddannelsesdag i nov. 2008.</p> <p>Der er desuden udformet adskillige vejledninger, instrukser, temarapporter, artikler og pjecer lokalt til f.eks. intranettet, patienter, samt nyheds- og personaleblade.</p>
<p>Kontaktinformation i regionen</p>	<p>Solvejg Kristensen, Regional Risikomanager Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed Olof Palmes Allé 15 8200 Århus N Tel. +45 8728 4979 E-mail: solkri@rm.dk</p>

Region Nordjyllands bidrag til årsrapporten

Region	Region Nordjylland
<p>Aktiviteter i 2008</p>	<p>Rapporteringer Der er fortsat en stigning i antal rapporterede hændelser i Region Nordjylland. Stigningen i antallet af rapporteringer er på knap 45 % set i forhold til rapporteringer i 2007.</p> <p>Der er i 2008 gennemført 9 kerneårsagsanalyser og 1 FMEA-analyse i regionen.</p> <p>Formidling Hvert kvartal er der udsendt et regionalt nyhedsbrev. I 2008 er der udsendt én regional ”pas på” omhandlende ændringer i elektronisk medicinmodul efter utilsigtet hændelse omhandlende fejdosering med præparatet Methrotrexate.</p> <p>Som erstatning for den regionale erfagruppe er der blevet nedsat et formelt patientsikkerhedsforum med deltagelse af patientsikkerhedskontaktpersoner fra sygehusene, sektorerne, sygehusapoteket og regionens Kvalitetskontor. Gruppen afholder 6 møder årligt og refererer til Kvalitetsrådet for Sygehusvæsenet i Region Nordjylland.</p> <p>5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb På grund af en overvejende kirurgisk terminologi i retningslinien: ”5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb” har det været særligt vanskeligt at implementere denne i regionens medicinske afdelinger. Derfor er der udarbejdet et udkast til en opdeling i to retningslinier med tilhørende plakater, der gælder for henholdsvis kirurgi og invasive undersøgelser; ”5 trin til forebyggelse af forveksling ved invasive undersøgelser” og ”5 trin til forebyggelse af forveksling ved kirurgiske indgreb”.</p> <p>Rapportering fra patienter og pårørende I 2008 er der foretaget en pilotundersøgelse, hvor det gennem en periode på et halvt år har været muligt for patienter og pårørende i 2 afdelinger at rapportere utilsigtede hændelser. Der er udarbejdet en evalueringsrapport, der kan læses på www.patientsikkerhed.m.dk.</p> <p>Kurser/temadage Der er afholdt kursus i anvendelse af statistik- og rapportmuligheder i DPSD for regionens patientsikkerhedskontaktpersoner. I forbindelse hermed er der udarbejdet en brugermanual til DPSD tilrettet regionale forhold.</p> <p>Der er afholdt et to dages grundkursus i patientsikkerhed (i samarbejde med Region Midtjylland)</p>

	<p>Der er afholdt et opfølgingskursus i patientsikkerhed (i samarbejde med Region Midtjylland)</p> <p>Der er afholdt en national netværksdag for risikomanagere. Temaerne på netværksdagen var rapportering i praksissektor, rapportering fra patienter og pårørende, omsorg for patienter og personale efter alvorlig utilsigtet hændelse samt patientsikkerhedsrunder.</p> <p>De fleste sygehuse og sektorer afholder kvartalsvise, halvårslige eller årlige temadage/temamøder omkring patientsikkerhed.</p> <p>Rapportering fra Praksissektoren Praksissektoren i Region Nordjylland har i begyndelsen af 2008 opstartet et projekt, hvor praktiserende læger, via egen database, har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Praksislægerne har mulighed for både at rapportere utilsigtede hændelser, der er forekommet i sygehusene/sektorerne samt i eget regi. Hændelser der skal analyseres i sygehusene og sektorerne bliver også indtastet i DPSD og der er et løbende samarbejde med Praksissektoren omkring håndtering af disse hændelser. Projektlederen har deltaget med oplæg til diskussion i henholdsvis Patientsikkerhedsforum, Kvalitetsrådet for Sygehusvæsenet i Region Nordjylland samt i forbindelse med afholdt national netværksdag for risikomanagere. Desuden har projektlederen deltaget i møder på flere af regionens sygehuse med henblik på at optimere samarbejdet omkring rapportering.</p> <p>Operation Life Alle sygehuse og sektorer har i 2008 deltaget i en eller flere af pakkerne i Operation Life. Alle steder arbejder man med medicinafstemning. To steder er man i gang med at implementere mobilt akut-team. Anæstesen i Region Nordjylland har haft fokus på CVK- og respiratorpakken. Som udløber af sepsispakken er der udarbejdet en fælles regional retningslinje for sepsis, som er på vej i høring i regionen.</p>
<p>En aktivitet der er lagt særlig vægt på i det seneste år</p>	<p>Anvendelse af proaktive analyser/metoder I Region Nordjylland har der generelt været fokus på at udvikle og tilegne sig metoder til proaktiv patientsikkerhedsarbejde. Bl.a. har flere sygehuse og sektorer udviklet koncepter for gennemførelse af ps-runder og på flere niveauer i regionen arbejdes der aktivt på at tilegne sig kompetencer til at udføre analyser ved hjælp af FMEA-metoden.</p>
<p>Aktiviteter eller tiltag der vil blive lagt vægt på i 2009</p>	<p>Organisering i forbindelse med udvidelse af patientsikkerhedsordningen Der forestår et omfattende arbejde i forbindelse med den forventede udvidelse af patientsikkerhedsordningen, og dette forberedende arbejde vil have en høj prioritering. Region Nordjylland er allerede godt i gang med at udforske samarbejdsformer sammen med Praksissektoren.</p>

	<p>Derudover vil der i samarbejde med Praksissektoren blive sat fokus på konkrete problemområder. Bl.a. vil der i starten af 2009 blive sat fokus på utilsigtede hændelser omhandlende forsinkelse ved udsendelse af epikriser.</p> <p>Opsamling på patientsikkerhedsanalyser Der vil blive udarbejdet forslag til en metode, der kan sikre en - på sygehus- og sektorniveau - ensartet opfølgning på de handle- og monitoreringsplaner, der udarbejdes i forbindelse med de forskellige patientsikkerhedsanalyser.</p> <p>Anvendelse af proaktive metoder og analyse Der vil fortsat være fokus på, at de hidtidige anvendte retrospektive analysemetoder i stadig stigende grad suppleres af mere proaktive analysemetoder som eksempelvis FMEA-metoden samt ps-runder</p>
<p>Publikationer, hjemmesider, links</p>	<p>På Region Nordjyllands hjemmeside for patientsikkerhed www.patientsikkerhed.rn.dk kan man orientere sig i patientsikkerhedsaktiviteter i regionen.</p>
<p>Kontaktinformation i regionen</p>	<p>Kvalitetskontoret, Region Nordjylland Kvalitetskonsulent Anne Munk Kristiansen amk@rn.dk</p>

Region Sjællands bidrag til årsrapporten

Region	Region Sjælland
<p>Aktiviteter i 2008</p>	<p>En ny sygehusorganisation i 2008 med 2 somatiske enheder, Sygehus Nord, Sygehus Syd samt Psykiatrien har betydet en konsolidering af patientsikkerhedsarbejdet og en mere gennemsigtig patientsikkerhedsorganisation (bl.a. med ensartede funktionsbeskrivelser for sagsbehandlere og PSA). Patientsikkerhedsmål indgår i driftaftalerne mellem virksomhederne og Region Sjælland.</p> <p>Undervisningsaktiviteterne har som følge heraf været stor. Der har bl.a. været gennemført 2 regionale uddannelsesseminarer for patientsikkerheds-ansvarlige. Heldagsseminar med 2x110 deltagere (afholdt de sidste 5 år, med betydelig voksende deltagertal).</p> <p>Antallet af rapporterede hændelser i 2008 er 2136. Tallet er stigende, hvilket tolkes som et udtryk for en generel stor tillid hos medarbejderne til rapporteringssystemet. Der blev gennemført i alt 25 kerneårsagsanalyser. Det store analysearbejde af de UTH inddrager samarbejde med regionens forskellige enheder, og omfatter bl.a. læring af hændelserne. Det drejer sig også om nationalt samarbejde både i kampagner og i arbejdsgrupper for fremadrettet/proaktivt at udvikle patientsikkerhedsarbejdet.</p> <p>Patientsikkerhedskultur</p> <p>Patientsikkerhedskulturundersøgelse er gennemført blandt alle afdelingsledere i Sygehus Nord (ledelserne mente bl.a. at dårlig kommunikation var den væsentligste årsag til UTH)</p> <p>Lignende undersøgelse skal foretages i Sygehus Syd og i Psykiatrien</p> <p>Videndeling</p> <p>De 3 virksomheder understøtter videndeling på tværs af sygehusafdelingerne bl.a. med afholdelse af netværksmøder for PSA i alle afdelinger.</p> <p>Riskmanagerne har udarbejdet regionale retningslinjer for patientsikkerhed samt vejledninger til rapportering og sagsbehandling i DPSD (ex. lommekort ift. indberetning af UTH).</p> <p>Patientsikkerhedsrunder</p> <p>Der er afholdt patientsikkerhedsrunder i både Sygehus Nord og Syd. Det er besluttet, at alle afdelinger i 2009 skal gennemføre disse.</p> <p>Sikker mundtlig kommunikation</p> <p>Der er både i Sygehus Nord og Syd etableret undervisning og udarbejdet materiale (anvendelse af ISBAR) bl.a. med pilotafdeling i Sygehus Nord.</p>

<p>En aktivitet der er lagt særlig vægt på i det seneste år</p>	<p>Operation Life; Spredning og implementering af de 6 pakker til alle relevante sygehusafdelinger. Ledelsesinvolvering "Get the Boards on board".</p>
<p>Aktiviteter eller tiltag der vil blive lagt vægt på i 2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Overordnet vil der i 2009 være et endnu større fokus på patientsikkerhedsarbejdet i hele regionen, herunder øget involvering af ledelserne. <p>Af driftsaftalerne fremgår, at der er et krav om at sygehuse skal have en plan for eliminering, reduktion eller kontrol af risici for patienter, personale og besøgende, foretage en systematisk rapportering, analyse og opfølgning på utilsigtede hændelser, drage omsorg for patienter, pårørende og/eller personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse samt sikre, at patientjournalen på alle patienter er ajourført, lettilgængelig og indeholder alle relevante data om patienten samt kommunikeres åbent med/til offentligheden om utilsigtede hændelser.</p> <p>Endelig gennemføres en række ledelsesseminarer mhp. fastholdelse og spredning.</p> <p>Regionsrådet har i efteråret 2008 med baggrund i HSMR besluttet at forlænge kampagneperioden for Operation Life til hele 2009. Det overordnede mål er, at de 6 pakker spredes og implementeres til alle relevante sygehusafdelinger, herunder som minimum kvartalsvis opfølgning på HSMR på alle afdelinger og sygehuse med fastlæggelse af indsatsområder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der vil fremadrettet være et intensiveret fokus på patientsikkerhedskulturen; spec. ledelsesinvolvering. • Forberedelse af udvidelsen af sundhedsloven og DPSD2. • De regionale koordineringsgrupper for patientsikkerhed og Operation Life sammenlægges i 2009. Her skal bl.a. forberedes oplæg til strategier og metoder for det videre fremadrettede patientsikkerhedsarbejde: Failure Mode Affect Analysis, Global Trigger Tool, patientsikkerhedsrunder, implementering af basisobservationer v. observationsskema inspireret af besøg i Skotland, implementering af MAT, morsaudit mv.
<p>Publikationer, hjemmesider, links</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Den bedste er ikke fejlfri – men forberedt". En revidering af patientsikkerhedspjecen i 2008, der udleveres til alle nyansatte i virksomhederne. • "Kvalitet på sygehusområdet" findes på regionens intranet med et fælles ikon omfattende: Operation Life, Patientsikkerhed, Den Danske Kvalitetsmodel, NIP, Patienttilfredshed og Nationale Kliniske databaser. • Udover generel information for de enkelte områder, er der link til de 3 virksomheders intranet, hvor materialet er væsentligt udbygget bl.a. med vægt på videndeling. Erfaringer fra diverse analyser og patientsikkerhedsrunder publiceres bl.a. her.

	<p>Virksomhederne har udarbejdet flg. publikationer:</p> <p>Sygehus Nord:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Analyse af dødsfald under og efter hospitalsindlæggelse”, artikel i Ugeskrift for læger. • ”Hjertestop”, evalueringsrapport. • ”Mortalitetsanalyse på Holbæk Sygehus”.
<p>Kontaktinformation i regionen</p>	<p>Mette Lassen, konsulent Region Sjælland Kvalitet og Udvikling Alleen 15, 4180 Sorø ml@regionsjaelland.dk Tlf. 5787 5236</p> <p>Preben Cramon, Sundhedsfaglig chef, overlæge Region Sjælland Kvalitet og Udvikling Alleen 15, 4180 Sorø pdc@regionsjaelland.dk Tlf. 5787 5204</p>

Region Syddanmarks bidrag til årsrapporten

Region	Region Syddanmark
Aktiviteter i 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af materiale til afvikling af patientsikkerhedsrunder samt afprøvning. • Samarbejde med industriel designer og human factor ekspert om optimering af indretningen af medicinrum med henblik på øget sikker medicinering. • Højrisko medicin. • Operation Life. • Oversættelse, forståelses test og afprøvning af IHI's Global Trigger Tool. Samt udgivelse af læringssæt i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed. • Afholdelse af workshop i samarbejde med Region Midt vedr. optimering af arbejdsgangene i forbindelse med utilsigtede hændelser til forbedret praksis. • Afholdelse af temaeftermiddage om bla. optimeret medicinrums design og sikker medicinering. • Månedlige møder i sammenslutningen af riskmanagers på regionens sygehuse. • Seminar om patientsikkerhedskultur for regionens riskmanagers. • Oversættelse af værktøjer til analyse af utilsigtede hændelser (London protokollen) og metodeudvikling.
Aktiviteter eller tiltag der vil blive lagt vægt på i 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Afdække hvorledes man kan optimere og nyttiggøre arbejdsgange der er omkring arbejdet med utilsigtede hændelser. Herunder afholdelse af workshop og involvering af ledelsesniveauet. • Oversættelse og afprøvning af værktøjer til analyse af utilsigtede hændelser (MaPSaF)
Publikationer, hjemmesider, links	<p>Rapport om optimeret medicinrumsdesign, Patientsikkerhed og Elektronisk Patient Medicinering, Global Trigger Tool, En oversættelse af IHIs værktøj tilpasset danske forhold.</p> <p>www.centerforkvalitet.dk</p>
Kontaktinformation i regionen	<p>OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus: agto@shf.fyns-amt.dk</p> <p>Sygehus Lillebælt: Inge.pedersen@slb.regionsyddanmark.dk</p> <p>Sydvestjysk Sygehus: RK@ribeamt.dk</p> <p>Sygehus Sønderjylland: tigr@sbs.sja.dk</p> <p>Psykiatrien i Region Syddanmark: Peter.jezek@ouh.regionsyddanmark.dk</p> <p>Kong Chr. X's Gigthospital: ehjessen@gigtforeningen.dk</p> <p>Afdelingen for Kvalitet og Forskning: Vibeke.ulrike.hansen@regionsyddanmark.dk</p> <p>Center for Kvalitet: Birgit.viskum@regionsyddanmark.dk</p>