

Godkendt af Regionsrådet den 16. april 2007

Handlingsplan

*for den patient rettede risikostyring på sygehusene i Region Syddanmark
2007 - 2010*

www.regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark

Forord	2
Baggrund	2
Afgrænsning	3
Organisering af den patient rettede risikostyring på sygehusniveau	3
Risikostyring.....	4
Reaktiv risikostyring	4
Sagsbehandling på regions- og sygehusniveau.....	4
Rapportering.....	5
Risikoscorening af hændelser.....	5
Analyse	5
Afrapportering og læring af utilsigtede hændelser	6
Rettighedsstruktur i DPSD	7
Indikator for målopfyldelse er brugeradgang for alle kliniske afdelinger i Region Syddanmark med udgangen af 2007. Målopfyldelsen afrapporteres i Statusrapport 2007.....	7
Læring og videns deling på tværs af afdelinger og sygehuse.	7
Proaktiv risikostyring	8
Mål.....	8
Sikkerhedskultur	9
Inddragelse af patienter.....	9
Formidling og synliggørelse af patient rettet risikostyring	10
Interessenter – partnerskaber	11
Nationale og internationale tiltag.....	11
Organisering.....	11
Organisering og arbejdsdeling mellem sundhedsstaben, Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring og sygehusene.	12
Som tidligere anført er ansvaret for den patient rettede risikostyring forankret i ledelsessystemet. Strategiske problemstillinger, der er af tværgående karakter forudsættes drøftet i sygehusledelseskredsen forinden beslutninger træffes.	12
Opgaver på regionalt niveau	12
Opgaver på sygehusniveau	13
Kompetenceudvikling (Uddannelse, kompetence, undervisning og vejledning)	14
Implementering af Regions Syddanmarks handlingsplan for patientsikkerhed	15
Bilag.....	15

Forord

Handlingsplanen er godkendt efter drøftelse i den fælles sygehusledelseskreds og politisk godkendt af Regionsrådet den 16. april 2007.

Handlingsplanen for den patient rettede risikostyring på sygehusene er en del af den samlede strategi og handleplan for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark frem mod 2010. Den skal tænkes sammen med de øvrige initiativer på sundhedsområdet og under respekt for de rammer denne handlingsplan lægger op til, vil der løbende skulle ske en koordinering af den patient rettede risikostyring set i forhold til andre dagsordner.

I overensstemmelse med subsidiaritetsprincippet forvaltes det driftmæssige ansvar for de enkelte sygehusenheder af sygehusledelserne med reference til sundhedsdirektøren. Under respekt for det samlede sundhedsvæsenes fastlagte strategier, herunder nationale initiativer og regionsrådets mission, vision og målsætning er det sygehusledelsernes ansvar at sikre udvikling inden for den patient rettede risikostyring.

Implementering af denne handlingsplan kan ikke lykkes uden ledelsernes medansvar og medarbejdernes medvirken.

Afslutningsvis vil jeg gerne takke de mange medarbejdere, der har bidraget med inspiration og indhold til denne handleplan.

Sundhedsdirektør

Jens Elkjær

Baggrund

Patientsikkerhed og risikostyring er et prioriteret område nationalt og internationalt.

Det afspejles i

- Sundhedsloven med bl.a. pligten til rapportering af utilsigtede hændelser.
- WHO – anbefalinger som bl.a. vedrører rapportering af og respons på utilsigtede hændelser.
- EU-tiltag, som bl.a. vedrører europæisk netværk og rapporteringssystem samt udvikling af patientsikkerhedsindikatorer.

Grundlaget for risikostyring i Danmark er Sundhedsloven, kap. 61 §198–202. Heraf fremgår, at regionsrådene modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2, til brug for forbedring af patientsikkerheden og -behandlingen samt for rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen.

Siden 1. januar 2004 har sundhedspersoner i Danmark haft pligt til at rapportere "utilsigtede hændelser" til Sundhedsstyrelsen database DPSD. Pligten er pålagt den enkelte ved lov – *parallelt* med, men uafhængig af det sanktionerende klage- og forsikringsystem - i bestræbelserne på at opnå "erkendelse, læring og forandring".

Parallelt hermed udvikles og implementeres Den Danske Kvalitetsmodel, hvor "risikostyring" indgår som et selvstændigt organisatorisk temaområde og som aspekt i øvrige temaområder i det omfang, det er relevant.

Afgrænsning

Risikostyring er et element i alle aktiviteter i sundhedsvæsenet. Således indgår risikostyring i forbindelse med behandlingsprocesser, bygninger, driftssikkerhed, udstyr, affaldshåndtering, brandsikkerhed, beredskab, arbejdsmiljø osv. Denne strategi- og handlingsplan omfatter ikke risikostyring i bredere forstand, men alene den patient rettede risikostyring.

Den patient rettede risikostyring omfatter beskyttelse af patienten mod skader eller risiko herfor i forbindelse med undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.

Sundhedsloven omfatter ikke risikostyring i primær sektor, men det forventes, at der som følge af evaluering af lov om patientsikkerhed¹ vil blive lovgivet om risikostyring for primær sektor.

Denne strategi- og handlingsplan beskriver den patient rettede risikostyring i det somatiske sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Hvorledes patientsikkerhed skal organiseres inden for psykiatrien er i skrivende stund endnu uafklaret.

Organisering af den patient rettede risikostyring på sygehusniveau

I overensstemmelse med subsidiaritetsprincippet forvaltes det driftmæssige ansvar for de enkelte sygehusenheder af sygehusledelserne med reference til sundhedsdirektøren. Subsidiaritetsprincippet indebærer at der foretrækkes decentrale løsninger i det udførende led med mindre hensynet til faglig bæredygtighed og stordriftsfordele taler for noget andet

Ansvar for den patientrettede risikostyring er forankret i ledelsessystemet. Strategiske problemstillinger, der er af tværgående karakter forudsættes drøftet i sygehusledelseskredsen forinden beslutninger træffes.

Sygehusledelsen/områdeledelsen varetager delegerede opgave fra Regionsrådet inden for risikostyring.

Den enkelte medarbejder har pligt til at rapportere en erkendt utilsigtet hændelse².

Nærmeste daglig leder:

- Ansvarlig for, at der i daglig praksis foretages risikovurdering og rapportering af utilsigtede hændelser
- Ansvarlig for at forebygge utilsigtede hændelser

Afdelingsledelsesniveau/Klinikniveau:

¹ Indenrigs- og sundhedsministeriet. Evaluering af lov om patientsikkerhed. Rapport. August 2006, Rambøll Management

² Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på et sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder ikke. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl (Sundhedsloven, kap. 61 §198 stk. 3)

- Ansvarlig for reaktiv risikostyring samt formidling af information om utilsigtede hændelser og opfølgningen heraf i form af:
 - orientering og information til personalet og diverse interessenter
 - formidling af resultater af foretagne analyser af utilsigtede hændelser
 - implementering og evaluering af korrigerende handlinger
 - tilvejebringelse af nødvendige ressourcer til patientsikkerhedsarbejdet
 - rapportering
 - sikre at der opbygges og vedligeholdes en åben kultur med henblik på fortsat rapportering
- Ansvarlig for proaktiv risikostyring, dvs. at identificere potentielle risici i forbindelse med mønstre i de rapporterede hændelser, nye eller reviderede behandlingsmetoder/patientforløb

Områdeledelse/Centerledelser/Sygehusledelse/Direktion:

- Modtager rapport om patientsikkerhedsarbejdet
- Ansvarlig for proaktiv risikostyring, dvs. at identificere potentielle risici i forbindelse med mønstre i de rapporterede hændelser, nye eller reviderede behandlingsmetoder/patientforløb.
- Udpeger indsatsområder for organisationen.

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring foretager proaktiv risikovurdering for prioriterede funktioner og arbejds gange på tværs af sygehuse og sektorer.

En mere detaljeret beskrivelse af organisering af den patient rettede risikostyring findes på side 12.

Risikostyring

Den patient rettede risikostyring kan opdeles i:

- reaktiv risikostyring, der tager sigte på læring af fejl og utilsigtede hændelser
- proaktiv risikostyring, der omfatter systematisk sikring af, at der anvendes evidensbaserede, effektive og sikre metoder (såvel sundhedsfagligt som i logistik og informatik) – best practice

Reaktiv risikostyring

Mål

- At få skabt resultater i form af løsninger på konkrete patientsikkerhedsproblemer, og at få synliggjort resultaterne, for de fagpersoner, der rapporterer.
- At sikrer de enkelte afdelinger hurtig adgang til egne hændelser og en smidigere afslutning af disse.

Sagsbehandling³ på regions- og sygehusniveau

Følgende struktur og ansvarsfordeling anbefales til sikring af opgaverne vedr. rapportering, modtagelse, registrering, analyse og afrapportering.

³ Definition: Sagsbehandling defineres som modtagelse, analyse og afslutning af en rapporteret utilsigtet hændelse. Sagsbehandling består både af den konkrete analyse med tilhørende opfølgning og af færdiggørelse og indsendelse af rapporteringen i Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD).

Rapportering

Formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er at skabe læring og forbedring af patientsikkerheden. Denne læring skabes først og fremmest ved at sikre et godt responssystem i den enkelte afdeling.

Den enkelte medarbejder har pligt til at rapportere en erkendt utilsigtet hændelse. Rapporteringen skal ske på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede papirbaserede eller internet baserede formular (<http://www.dpsd.dk/>). Den papirbaserede version kan bruges til rapportering til afdelingsledelsen/den patientsikkerhedsansvarlige i afdelingen. Afdelingen er ansvarlig for at rapporteringen indtastes i DPSD. Rapporteringen sendes automatisk til sygehusenhedens risikomanager til visitation. Afdelingen vil til enhver tid kunne se egne rapporteringer, dvs. rapporter der vedrører hændelser i afdelingen.

Rapporter om utilsigtede hændelser, der indrapporteres på sygehusenheden sendes til sygehusets risikomanager, som visiterer den til rette afdeling. På afdelingen modtager afdelingssygeplejersken eller afdelingsledelsen rapporten, som så risikoscorer og analyserer hændelsen, og igangsætter forebyggende tiltag, hvis dette er relevant og muligt. Efter endt analyse har afdelingsledelsen ansvaret for at rapporten afsluttes i Dansk PatientSikkerhedsDatabase og rapporten sendes anonymiseret til Sundhedsstyrelsen.

Risikoscoring af hændelser

Alle hændelser skal risikoscores ud fra nedenstående SAC⁴-matrix for at afklare på hvilket niveau, hændelsen skal analyseres. Hændelsen scores faktisk og potentielt.

En matrixscore baseres på:

- Alvor af skade på patienten/patienterne
- Risiko for gentagelse af hændelsen

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

Den nærmeste leder er ansvarlig for, at der i daglig praksis foretages klinisk risikovurdering og rapportering af utilsigtede hændelser.

Tiltag:

Der udarbejdes en vejledning til vurdering af hændelser.

Ansvarlig: *Udviklingscenteret for kvalitet og risikostyring*

Analyse

Der anvendes en systematisk analysemetode til afdækning af:

- Hvad der skete? (det faktuelle forløb)

⁴ Safety Assessment Code. Kilde: The Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety

- Hvorfor kunne det ske? (identifikation af problemområder, latente fejl, manglende barrierer mod fejl osv. svarende til Reason's model⁵)
- Hvordan kan en lignende hændelse forebygges? (handlingsplan og opfølgning)

Hændelser, der risikoscores faktisk 1 og 2, skal analyseres lokalt i den enkelte afdeling ud fra afdelingens retningslinier. Afdelingsledelsen er ansvarlig

Hændelser, der risikoscores faktisk 3, bør analyseres med en dyberegående analyse. Afdelingsledelse og risikomanager drøfter hændelsen og indstiller til analyse. Sygehus-/center-/områdeledelsen træffer endelig beslutning om analyse.

Risikomanageren (evt. henvisning til der, hvor det foreslås, at man bør ha' sådan én) kan foreslå, at hændelser med faktisk risikoscore 1-2 med særligt læringspotentiale underkastes dyberegående analyse. Ved uenighed mellem afdeling og risikomanager træffes endelig afgørelse om analyse af sygehus-/center-/områdeledelse.

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring er ansvarlig for analyse af hændelser med faktisk score 3 i det omfang hændelserne omfatter flere sygehuse eller sektorer. Centeret forventes også at foretage aggregerede analyser af nærmere udvalgte ensartede hændelser, hvor der er stor sandsynlighed for gentagelse og som omfatter flere sygehusenheder.

Afrapportering og læring af utilsigtede hændelser

Formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er at få igangsat initiativer, der via bevidste handlinger og aftaler skaber resultater i praksis.

Dyberegående analyser skal beskrives i en rapport med et resumé, rapporten er afdelingens arbejdsrapport til videre formidling og læring internt i afdelingen. Resuméet skal indsendes til DPSD som et led i afslutning af hændelsen og fremlægges for den regionale risikokoordineringsgruppe (se senere) til formidling i regionen.

Hvis der er baggrund for udvikling af forebyggende tiltag anbefales der, at der udarbejdes en handlingsplan.

Ved udarbejdelse af handlingsplaner:

- Skal det overvejes om handlingsændringerne tager sigte på at eliminere eller begrænse risikoen for en utilsigtet hændelse. Dermed synliggøres den afvejning af risiko og ressourceindsats, der er foretaget, og som indebærer, at en evt. restrisiko accepteres.
- Bør handlingsændringer suppleres med en beskrivelse af, hvor let de gennemføres og hvor langtidseffektive ændringerne er.
- Bør der udarbejdes indikator/er til monitorering af de beskrevne handlinger.

Afdelingsledelserne har ansvar for at evaluere og formidle resultatet af de ændrede arbejdsgange.

Områdeledelse/Centerledelse/Sygehusledelse/Direktion modtager årligt rapport om patientsikkerhedsarbejdet, udpeger indsatsområder for organisationen og formidler relevant materiale videre til samarbejdspartnere i regionen

⁵ Human Error: models and management, James Reason, BMJ, vol. 320, 2000

Risikokoordineringsgruppen rapporterer kvartalsvist til det regionale kvalitetsudvalg herunder en orientering vedr. alvorlige hændelser og forbedringstiltag i relation til disse.

På baggrund af årsrapporter udarbejder Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring opgørelse over rapporterede utilsigtede hændelser i regionen

Regionsrådet orienteres om patientsikkerhed 1 gang årligt ved årsrapporten fra Udviklingscenteret.

Rettighedsstruktur i DPSD

Ud fra de nuværende muligheder i DPSD gives følgende brugerrettigheder i DPSD:

Regional enhed (Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring)

- Administrerer brugere på regionsniveau
- Brugeren kan se alle sager i regionen.
- Brugeren kan udtrække statistik på alle sager i regionen.

Risikomanager i hver sygehusenhed:

- Administrerer brugere på sygehusniveau
- Er initial modtager af rapporteringer i sygehusenheden og visiterer videre til afdeling.
- Kan foretage sagsbehandling på sygehusniveau
- Kan se alle sager på sygehusniveau
- Kan køre statistik på og udskrive lister over sager på sygehusniveau

Sygehus-/center-/områdeledelse

- Brugeren kan køre statistik på sager i det valgte sygehus/center/område

Afdelings-/klinikniveau (afdelings-/klinikledelsen)

- Brugeren kan foretage sagsbehandling
- Brugeren kan se alle sager i afdelingen
- Brugeren kan køre statistik på og udskrive lister over sager i afdelingen

Tiltag:

Alle kliniske afdelinger skal have udpeget en bruger med adgang til DPSD ud fra den beskrevne rettighedsstruktur samt modtage sidemandsoplæring til en bruger.

Indikator for målopfyldelse er brugeradgang for alle kliniske afdelinger i Region Syddanmark med udgangen af 2007. Målopfyldelsen afrapporteres i Statusrapport 2007.

Ansvarlige: Sygehusledelser/områdeledelser

Læring og videns deling på tværs af afdelinger og sygehuse.

For at sikre kvaliteten i analyse og forbedringsarbejdet anbefales det, at risikomanagerne mindst én gang årligt har en anden risikomanager med ved gennemførelsen af en analyse. Den enkelte risikomanager tager selv initiativ til dette, og det tilstræbes, at det ikke er den samme risikomanager hver gang (altså så vidt muligt friske øjne hver gang). Erfaringerne dokumenteres og sendes til det regionale udviklingscenter med fokus på erfaringer, der med fordel kan udbredes til de relevante regionale kvalitetsfora. Ekstern deltagelse i en analyse aftales mellem de to

risikomanagere og med forudgående accept fra sygehusledelsen på det involverede sygehus, herunder vilkårene for deltagelsen.

Endvidere anbefales det at der iværksættes afprøvning af, hvordan sygehusene kan deltage i hinandens analyser. I forbindelse med hændelser, der alene analyseres ved det enkelte sygehus tilstræbes det, at man involverer kompetencer og erfaringer fra andre sygehuse. Det kan ske ved:

- Invitation af fagpersoner fra et andet sygehus til at deltage i analysen
- Invitere team fra andet sygehus til proaktivt at vurdere en aftalt arbejdsproces sammen med et tilsvarende team fra eget sygehus, hvor gennemgangen omfatter observation, interview og fælles analyse af arbejdsprocessen
- Peer review af udvalgte cases til belysning af forskellige metoder ved score 3 hændelser på tværs af sygehusene (eller en proaktiv analyse).
- Udsendelse af cases med utilsigtede hændelser (anonymiseret), hvor der spørges ind til om en lignende case også ville kunne forekomme på den adspurgte afdeling.

Tiltag:

Det anbefales at der udarbejdes ideer til hvordan den "gode historie" spredes (Storytelling) og der afprøves forskellige læringsstrategier herunder spredningsgrupper og udsendelse af cases (anonymiseret).

Ansvarlige: Udviklingscenteret i samarbejde med risikokoordineringsgruppen.

Proaktiv risikostyring

Mål

- At identificere og tilvejebringe tilgængelig viden og erfaring til at forebygge/minimere patientskader.
- At assisterer sygehuse og afdelinger til implementering af denne evidens.

Tiltag:

Sygehusene arbejder systematisk med identifikation af risici og forebyggelse på prioriterede områder. Arbejdet omfatter en tilbagevendende vurdering f.eks. én gang om året, hvor afdelingerne på baggrund af national og international viden om risici samt viden fra de utilsigtede hændelser, der har været i afdelingen, vurderer om der skal iværksættes en særlig indsats.

For de områder, hvor der beslutes en forebyggende indsats udarbejdes en risikoscore, og denne revurderes efter implementering af den forebyggende indsats for at dokumentere risikoreduktion. Der er i kompetenceudviklingsplanen foreslået proaktive risikovurderings-kurser, hvor disse metoder indgår. Bilag 2

Det anbefales at der jævnligt gennemføres sikkerhedsstuegang.

Sundhedsdirektionen er ansvarlig for, at der én gang årligt foretages prioritering af områder, hvor der skal foretages proaktiv risikovurdering på regionalt niveau. Prioriteringen foretages på baggrund af national og international viden, mønstre i de rapporterede utilsigtede hændelser samt tilbagemeldinger fra sygehusene og primærsektoren vedr. særlige risici.

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring foretager proaktiv risikovurdering for prioriterede funktioner og arbejdsgange på tværs af sygehuse og sektorer.

Ved større ændringer i hidtidige arbejdsgange eller teknologi kan der endvidere foretages en risikovurdering. Sygehusledelserne vurderer behovet for analyser på sygehusniveau.

Tiltag:

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring udarbejder årligt en liste over nationalt og internationalt identificerede alvorlige risici/ alerts

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring udarbejder sammen med sygehusenes risikomanagers vejledningsmateriale for proaktiv risikovurdering ved sygehusene

Udviklingscenter for Kvalitet og risikostyring udvikler i samarbejde med risikokoordineringsgruppen et program for sikkerhedsstuegange

Sundhedsdirektionen og sygehusledelseskredsen drøfter én gang årligt, om der er særlige områder, der skal have fokus og/eller områder hvor der skal foretages proaktiv risikovurdering på regionalt niveau.

Sikkerhedskultur

Hver fagperson har i sit uddannelsesforløb indlært faglige kompetencer og normer for "ikke at begå fejl". Når fejlene alligevel opstår, kræves en særlig indsats.

Sikkerhedskultur handler om at *turde erkende*, *turde forholde sig* og *turde ændre* på årsagerne til, at fejlene sker.

Klare rolle- og ansvarsfordelinger, velfungerende kommunikation, hensigtsmæssig teknologi og faglig dygtighed hos den enkelte kan i princippet medvirke til at sikre "sammenhæng og sikkerhed" for brugerne. Men dette alene er ikke tilstrækkeligt - for fejl opstår *forudsigeligt*, hvor mennesker (og teknologi) er til stede.

Det er en ledelsesopgave *på det enkelte sygehus* og *på den enkelte afdeling* at styrke - eller skabe - kulturer som kan rumme og håndtere de utilsigtede hændelser, for herved at kunne opnå læring og forandring. Sådanne *kulturer fordrer værdier* som begrundet tillid, åbenhed og vilje til at lære "for at komme videre" med en mindre risiko for brugerne.

Ledelserne skal således - i dialog med medarbejderne - definere værdier, som gør erkendelse og læringen mulig. Og ledelserne skal dagsordensætte, synliggøre og sikre efterlevelsen af disse værdier.

Inddragelse af patienter

Som opfølgning på evaluering af lov om patientsikkerhed forventes det, at Sundhedsloven kommer til at omfatte rapportering fra patienter og/eller pårørende. Region Syddanmark vil støtte og aktivt deltage i det nationale forberedende arbejde. Indtil da skal formidling til patienter, pårørende og borgere om patientsikkerhed øge kendskabet, så patienterne er velinformerede, når muligheden for indrapportering opstår.

Patienterne har i øjeblikket mulighed for at udtrykke, at de har været udsat for en utilsigtet hændelse, gennem patientklagenævns sager og patientforsikrings anmeldelser.

Patienter klager hovedsagelig for at forhindre at en lignende hændelse, skal gentage sig⁶.

For at sikre læring af patienternes klager/anmeldelser foreslås det at inddrage patientklagenævnsager og patientforsikringsanmeldelser i den reaktive risikostyring.

Det anbefales at afdelingsledelsen vurderer patientklagenævnsager og patientforsikringsager ud fra definitionen af en utilsigtet hændelse. Hvis det drejer sig om en utilsigtet hændelse vurderes denne ud fra SAC-matrix som er beskrevet i det ovenstående. Såfremt en hændelse opnår scoren 3 faktisk, anbefales det at der foretages analyse på baggrund af journaloplysninger samt oplysningerne i patientklagen/erstatningsanmeldelsen.

Tiltag

Det anbefales at afdelingsledelsen vurderer patientklagenævnsager og patientforsikringsager ud fra definitionen af en utilsigtet hændelse.

Formidling og synliggørelse af patient rettet risikostyring

Patienter, pårørende og borgere i Region Syddanmark skal oplyses om patientsikkerhed, så de er velinformeret og kan deltage aktivt som en barriere mod utilsigtede hændelser på sygehuse. Denne oplysning kan bl.a. ske gennem dagspressen.

Bredere formidling af patientsikkerhed aftales med Patientforum⁷.

Det er endvidere afgørende, at sundhedspersoner, som har kontakt til patienterne, er i besiddelse af viden om patientsikkerhed, kender til rapporteringspligten og ved hvordan utilsigtede hændelser anvendes til forebyggelse.

Ledelserne har behov for overblik i forbindelse med regionens arbejde med patientsikkerhed. Et overblik som skal danne baggrund for udpegning af fremtidige indsatsområder, og som er ledelsernes fælles reference vedrørende patientsikkerhed i regionen. Dette overblik skabes gennem den regionale statusrapport vedr. patientsikkerhed, som formidles på de fælles sygehusledelsesmøder og via det fælles ledelsesinformationssystem.

Tiltag

Det anbefales at det prioriteres at anvende informationsteknologiens muligheder for information omkring patientsikkerhed og risikostyring både internt i organisationen og eksternt til patienter og pårørende.

Kampagner er en vigtig metode til at formidle og implementere tiltag. Kampagner kan derfor indgå som en metode til formidling af og involvering i tiltag på patientsikkerhedsområdet på tværs af sygehuse og ved oplysninger til borgerne.

⁶ Sundhedsvæsenets patientklagenavn: Brugerundersøgelse 2001.

⁷ <http://www.regioner.dk/files/SamarbejdeMellemRegionerneOgPatientforum.pdf>

Interessenter – partnerskaber

I Region Syddanmark tænkes patientsikkerhed i sammenhænge og dette sikres ved at synliggøre betydningen omkring patientsikkerhed på tværs af områder og afdelinger.

På flere områder arbejdes med sikkerhed, som har stor betydning for forebyggelse af utilsigtede hændelse, såsom apotek, medicoteknik, indkøb, hygiejne mv. Ved at synliggøre områdernes betydning for patientsikkerheden, skabes en opmærksomhed, som er forudsætningen for at forbedre patientsikkerheden bredt i regionen. Det vil derfor være relevant at der holdes møder på regionalt niveau mellem relevante afdelinger om patientsikkerhed - evt. i et fælles fora.

I forbindelse med identifikation af indsatsområder vil der på nogle områder være behov for at tilvejebringe evidensgrundlag for at sikre, at en indsats faktisk skaber forbedring og ikke kun forandring. Ved udviklingstiltag kan der være behov for at undersøge effekten på områder, hvor der ikke foreligger evidens. Derfor er et tæt samspil med SydDansk Universitet (SDU) vigtigt, særlig i relation til Sundhedstjenesteforskning. Endvidere bør mulighederne for at nyttiggøre forskertræning i patientsikkerhedsopgaver bl.a. for yngre læger overvejes.

Nationale og internationale tiltag

Som led i at sætte Region Syddanmark på landkortet for god patientsikkerhed – og sikkerhedskultur foreslås det

- At der arbejdes for videns deling og læring nationalt bl.a. i form af afholdelse af National Riskdag.
- Udbyde uddannelse på risikomanager-niveau nationalt, inden for udvalgte områder
- At der arbejdes for, at større – og generelle *indsatsområder (f.eks. falduheld)* udvikles nationalt evt. ved at Region Syddanmark søger om midler til dette.

Internationalt er der udviklet initiativer som Global trigger-tool (gennemsyn af et antal journaler (stikprøve) mhp. at finde triggere, som indikerer øget risiko for utilsigtede hændelser), AHRQ patientsikkerhedsindikatorer, der kan beregnes ud fra administrative data. Der er iværksat et EU-projekt med henblik på udvikling af patientsikkerhedsindikatorer.

Nationalt igangsættes kampagnen "Operation Life", som evaluerer indsatsen på patientsikkerhedsområdet ved hjælp af standardiseret Mortalitet Ratio.

Region Syddanmark vil deltage aktivt i såvel nationale som internationale aktiviteter.

Organisering

Erfaringerne fra amterne har været, at arbejdet med at nyttiggøre de mange rapporter til at forbedre sikkerheden skal intensiveres. Derfor er der i forslag til organisering fokus på hvorledes læring og videns deling på tværs af sygehusene bedst understøttes.

Organisering og arbejdsdeling mellem sundhedsstaben, Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring og sygehusene.

Som tidligere anført er ansvaret for den patient rettede risikostyring forankret i ledelsessystemet. Strategiske problemstillinger, der er af tværgående karakter forudsættes drøftet i sygehusledelseskredsen forinden beslutninger træffes. Endvidere løses opgaverne decentralt, medmindre andre hensyn taler for en centraliseret løsning. Dette kunne være strategiske hensyn, faglig bæredygtighed eller stordriftsfordele.

Opgaver på regionalt niveau

Sundhedsstaben og Udviklingscenteret understøtter:

- udarbejdelse og monitorering af strategi- og handlingsplan for patientsikkerhed i regionen (både reaktiv og proaktiv risikostyring)
- koordinering af det regionale arbejde vedrørende patientsikkerhed, herunder udviklingsopgaver og spydspidskompetencer, så de giver et mere effektivt regionalt løft
- indsamling, analyse og formidling af data på regionalt niveau
- kompetenceudvikling indenfor patientsikkerhed
- udvikling af analyseværktøjer
- styrke fokus på patientsikkerhed
- vejledning og inspiration til risikomanagere
- videns formidling
- netværksdannelse til sygehus og afdelingsniveau og informationsspredning i netværket
- udvikling af redskaber til opfølgning af patientsikkerhedsindikatorer
- forskning på området i samspil med SDU

Herudover bør Sundhedsstaben og Udviklingscenteret sikre indflydelse nationalt og internationalt.

Det regionale kvalitetsudvalg

Der nedsættes et kvalitetsudvalg, hvis hovedfunktion er at rådgive sygehusledelserne og sundhedsdirektionen.

Medlemmer:

En repræsentant fra den regionale sundhedsdirektion (formand), eller en af denne udpegede repræsentant.

En sygehusledelsesrepræsentant fra hver af de 6 sygehusenheder

Repræsentanter fra sundhedsstaben

Centerchefen for Udviklingscenteret for Kvalitet og Risikostyring

En repræsentant fra almen praksis

Efter nærmere aftale kan repræsentanter fra psykiatrien, kommunerne og Syddansk Universitet deltage.

Risikokoordineringsgruppe

Der nedsættes en risikokoordineringsgruppe

Medlemmer:

Repræsentanter fra Sundhedsstaben og Udviklingscenteret for kvalitet og risikostyring, sygehusenes risikomanagere (1 navngiven person har denne funktion på hvert af de 6 sygehuse)

Månedlige møder med følgende indhold:

- Planlægning vedr. indsatser på det regionale niveau iht. aftaler med sygehusledelseskredsen, f.eks. aggregerede hændelsesanalyser, brede proaktive analyser, brede databaseanalyser, indikatormålinger, kompetenceudvikling m.m.
- projekter, der involverer flere eller alle sygehuse
- videns udveksling
- udarbejdelse af forslag til behandling i sygehusledelseskredsen

Risikokoordineringsgruppen rapporterer kvartalsvist til det regionale kvalitetsudvalg herunder en orientering vedr. alvorlige hændelser og forbedringstiltag i relation til disse.

Regionalt risikostyringsnetværk = Risikokoordineringsgruppen samt nøglepersoner på afdelingsniveau

A: Årligt regionalt inspirationsseminar (foruden lokale møder på sygehusene og ad hoc møder i dele af netværket)

B: Løbende netværkskommunikation:

- spredning af information
 - o ny viden
 - o nye regler, retningslinier etc.
 - o erfaringer fra konkrete situationer
 - o ideer
- pligt til at "oversætte" det modtagne til: "hvad skal formidles videre til dem, der træffer kliniske, administrative, ledelsesmæssige eller andre beslutninger"
- formidler det oversatte til relevante modtagere
- modtager forespørgsler fra personer på "sit" niveau og besvarer eller formidler svar
- støtter ledelser på "sit" niveau med evaluering og implementering
- skaber substrat for at danne grupper til at løse konkrete tværgående opgaver
- skaber ideer
- kulturbærende

C: Et par årlige temamøder med en bred kreds af klinikere og ledere

Opgaver på sygehusniveau

Sygehusledelsen/områdeledelsen varetager efter delegation opgaver inden for risikostyring.

Arbejdet med patientsikkerhed skal være en integreret del af kvalitetsarbejdet og skal primært finde sted på afdelingsniveau. Understøttende for dette arbejde og til koordinering af indsatsen på tværs af sygehusenheden anbefales det, at der oprettes en risikomanagerfunktion i hver sygehusenhed.

Risikomanageren er under hensyntagen til den lokale ledelsesforankring bindeled til den regionale enhed og en del af netværket på regionalt niveau.

Ansvarsfordeling på sygehusniveau:

Den enkelte medarbejder skal følge de udarbejdede procedurer for rapportering og holde sig ajour med tiltag, der iværksættes i organisationen. Vilje til og mulighed for at tale åbent om utilsigtede hændelser er en forudsætning for, at så mange fejl som muligt erkendes.

Nærmeste daglig leder:

- Ansvarlig for, at der i daglig praksis foretages risikovurdering og rapportering af utilsigtede hændelser
- Ansvarlig for at forebygge utilsigtede hændelser

Afdelingsledelsesniveau/Klinikniveau:

- Ansvarlig for reaktiv risikostyring samt formidling af information om utilsigtede hændelser og opfølgningen heraf i form af:
 - orientering og information til personalet og diverse interessenter
 - formidling af resultater af foretagne analyser af utilsigtede hændelser
 - implementering og evaluering af korrigerende handlinger
 - tilvejebringelse af nødvendige ressourcer til patientsikkerhedsarbejdet
 - rapportering
 - sikre at der opbygges og vedligeholdes en åben kultur med henblik på fortsat rapportering
- Ansvarlig for proaktiv risikostyring, dvs. at identificere potentielle risici i forbindelse med mønstre i de rapporterede hændelser, nye eller reviderede behandlingsmetoder/patientforløb

Områdeledelse/Centerledelser/Sygehusledelse/Direktion:

- Modtager rapport om patientsikkerhedsarbejdet
- Ansvarlig for proaktiv risikostyring, dvs. at identificere potentielle risici i forbindelse med mønstre i de rapporterede hændelser, nye eller reviderede behandlingsmetoder/patientforløb.
- Udpeger indsatsområder for organisationen.

De enkelte specialer skal gennem deres arbejde og netværk medvirke til at opsamle, anvende, generalisere og sprede viden og læring på baggrund af systematisk opfølgning på fejl og utilsigtede hændelser, samt medvirke til at identificere potentielle risici i forbindelse med nye eller reviderede behandlingsmetoder.

Kompetenceudvikling (Uddannelse, kompetence, undervisning og vejledning)

At fremme patientsikkerhed gennem en bedre risikostyring hænger uløseligt sammen med de tilstedeværende kompetencer og arbejdet med kvalitet i øvrigt. Koordinering af uddannelsesinitiativer bør foretages i forhold til de øvrige netværksgrupper på kvalitetsområdet, herunder kompetenceudvikling i relation til primærsektorens arbejde med patientsikkerhed.

Tiltag

Det anbefales at der i samarbejde med HR-afdelingen udarbejdes særlig plan for koordinering af uddannelsesinitiativer i forhold til de øvrige netværksgrupper på kvalitetsområdet.

Der foreslås følgende initiativer til kompetenceudvikling på regionalt niveau i 2007:

- Afholdelse af kurser, seminarer og temadage – bilag 2 indeholder forslag til kursusplan, der skal sikre, at anbefalingerne til de skitserede kompetencer opfyldes. Bilag 1, tabel 2, 3 og 4 viser en detaljeret beskrivelse af de forskellige kompetenceniveauer.
- Udarbejdelse af undervisningsmateriale, f.eks. grundkursusmateriale, læringssæt/metodekompendier og e-learningprogram.
- Initiering og understøttelse af udviklingsprojekter.

Planen godkendes af sygehusledelseskredsen.

Afgrænsning mellem regionale og lokale opgaver

Det foreslås, at

- Medarbejder-/basisniveauet uddannes lokalt
- Nøglepersoner og afdelingsledelser uddannes i et samspil mellem lokale og regionale tiltag
- Risikomanagere uddannes regionalt samt nationalt /internationalt

Udviklingscenter for Kvalitet og Risikostyring kan deltage som undervisere også i kurser, der udbydes lokalt.

Der er ved at blive skabt erfaring med en integreret kursusform, hvor teoretisk undervisning i en konkret metode gives samtidigt med at deltagerne anvender metoden i et konkret projekt fra deres egen hverdag. Det anbefales, at denne kompetenceudviklingsform videreudvikles og udgør en betydelig del af den regionale uddannelsesindsats på risikostyringsområdet.

Patientsikkerhed og risikostyring bør indgå som integrerede temaer i både grundkurser og mere dybtgående kursusforløb om kvalitetsudvikling.

Implementering af Regions Syddanmarks handlingsplan for patientsikkerhed

Udarbejdes når handlingsplanen er godkendt.

Bilag

Bilag 1 – Kompetenceudvikling, beskrivelsen af de forskellige kompetenceniveauer.

Bilag 2 – Kompetenceudvikling, forslag til kursusplan

Kompetenceudvikling inden for patientsikkerhed i Region Syddanmark

Tabel 1	
Niveau i organisationen	Kompetencebehov vedr. patientsikkerhed
Sygehusledelse/områdeledelse/centerledelse	Vide
Afd.ledelse/enhedsledelser/funktionsledelser/klinikchefer	Vide og anvende
Decentrale nøglepersoner – afdelingsniveau	Vide og anvende
Medarbejdere	Vide og anvende dele
Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Vide, anvende og beherske

Illustreret ud fra rapport af 22. marts 2006 fra underarbejdsgruppe for kompetencebehov på kvalitetsområdet i Region Syddanmark

Kompetenceniveauerne defineres således:

- Vide: at skelne, genkende og gengive
- Anvende: at afprøve og bruge
- Beherske: at planlægge, lede og effektvurdere

(inspireret af Blooms taxonomi).

Detaljeret beskrivelse af forskellige kompetenceniveauer

Der beskrives **jf. ovenstående fem kompetenceniveauer**.

Emnet deles op i tre hovedområder:

- Reaktiv risikostyring (rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser), tabel 2, side 2 - 4
- Proaktiv risikostyring, tabel 3, side 5
- Sikkerhedskultur, tabel 4, side 6

Patientsikkerhedsområdet er dynamisk, hvorfor nedenstående kompetencebeskrivelser på dette detaljeringsniveau skal evalueres og vedligeholdes løbende, f.eks. en gang årligt.

Symbolforklaring:

V = Vide, A = Anvende, B = Beherske (defineret på side 1)

I erkendelse af, at det er svært at anvende en rigid graduering meningsfuldt, skal dette til en vis grad forstås som en rangordning –

V < A < B – som angiver stigende kompetenceniveauer.

Tabel 2, Reaktiv risikostyring (rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser)					
Emne	Medarbejdere	Decentrale nøglepersoner - afdelingsniveau	Afdelingsledelse/ enhedsledelser/ funktionsledelser/ klinikchefer	Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Sygehusledelse/ områdeledelse/ centerledelse
Arbejde på ”ydtersiden” af DPSD¹					
Erkende at givet forløb er en utilsigtet hændelse (UTH)	A	B	B	B	B
Umiddelbar opfølgning af UTH– afbødning af konsekvenser – dokumentation – information og opfølgning i forhold til patient og pårørende	A	B	B	B	B
Opfølgning i forhold til personale, der har været involveret i UTH	V	A	B	B	A
Rapportere UTH – anvende DPSD	A	B	A	B	V
Risikoscore af UTH – planlægge det videre forløb	V	B	A	B	V

¹ Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Tabel 2, Reaktiv risikostyring (rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser)					
Emne	Medarbejdere	Decentrale nøglepersoner - afdelingsniveau	Afdelingsledelse/ enhedsledelser/ funktionsledelser/ klinikchefer	Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Sygehusledelse/ områdeledelse/ centerledelse
Arbejde på ”indersiden” af DPSD					
Anvende sagsbehandlermodul – analysere og afslutte hændelser, udarbejde statistikker og rapporter	-	Afhænger af sygehusets valg af sagsgang, på afdelingsniveau bør kompetencen være A		B	-
Klassificere UTH (type og årsag)	-	Afhænger af sygehusets valg af sagsgang, på afdelingsniveau bør kompetencen være A		B	-
Simpel analyse af eks. SAC 1 og 2 med udgangspunkt i Reasons model for systemfejl. Opstille handlings- og monitoreringsplan på baggrund af en sådan analyse	V	A	A	B	-
Dybtgående analyse af eks. SAC 3 og aggregeret analyse af flere ensartede hændelser. Opstille handlings- og monitoreringsplan på baggrund af en sådan analyse	V	V	V	B	-
Monitoreringsplan – gennemføre monitorering		V	B	V	B

Tabel 2, Reaktiv risikostyring (rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser)

Emne	Medarbejdere	Decentrale nøglepersoner - afdelingsniveau	Afdelingsledelse/ enhedsledelser/ funktionsledelser/ klinikchefer	Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Sygehusledelse/ områdeledelse/ centerledelse
af handleplaner fra gennemførte analyser					
Journalaudit					
Anvendelse af trigger tools til identifikation af forskellige typer af UTH	-	A	V	B	V
Videndeling					
Formidle læring opnået som følge af rapportering, analyse og opfølgning	-	A	B	B	V
Undervise og vejlede personer på underliggende kompetenceniveauer i emnet	-	A	V / A	B	
Opsøge og formidle relevant viden	V	A	A	B	

Tabel 3, Proaktiv risikostyring

Emne	Medarbejdere	Decentrale nøglepersoner - afdelingsniveau	Afdelingsledelse/ enhedsledelser/ funktionsledelser/ klinikchefer	Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Sygehusledelse/ områdeledelse/ centerledelse
Principper for sikre arbejdsgange	V	A	A	B	V
Metoder til kortlægning af faktiske arbejdsgange	-	V	A	B	V
Formel proaktiv analyse, f.eks. med FMEA	-	V	V	B	V
Monitorering af patientsikkerhed	-	V / A	V	B	V
Metoder til systematisk kortlægning af risici, f.eks. patientsikkerhedsstuegang	-	A	A	B	V
Undervise og vejlede personer på underliggende kompetenceniveauer i emnet	-	A	V	B	V
Opsøge og formidle relevant viden	V	A	A	B	V

Tabel 4, Sikkerhedskultur					
Emne	Medarbejdere	Decentrale nøglepersoner - afdelingsniveau	Afdelingsledelse/ enhedsledelser/ funktionsledelser/ klinikchefer	Kvalitetsmedarbejdere og konsulenter på institutionsniveau (risikomanager)	Sygehusledelse/ områdeledelse/ centerledelse
Systemtænkning	-	V	B	A	B
Human Factor					
Risikovillighed					
Risikobevidsthed – viden om særlige nøgleområder inden for patientsikkerhed					
Monitorering af sikkerhedskultur					

Sygehusledelsen skal være værdiskabende i forhold til afdelingsledelsen, der skal være værdiskabende i forhold til afdelingsniveau. Risikomanager skal kunne anvende redskaberne.

Kursusplan vedrørende risikostyring i Region Syddanmark.							
Emne	Målgruppe	Indhold	Form	Materialer	Ressourcer	Hvornår	Udbyder
Introduktion om patientsikkerhed	Medarbejdere - sundhedspersonale	Lov om patientsikkerhed, grundlæggende indføring i risikostyring, lokal struktur for sagsgang af en rapportering	Undervisning 1 – 2 timer, f.eks. eftermiddagsmøder per sygehus eller på afdelingsniveau	Materiale udviklet lokalt på sygehuset/sygehusenheden, evt. i samarbejde med Udviklingscenter	Lokal risikomanager eller/og nøglepersoner	Aftales lokalt	Sygehusenheder / sygehuse
Grundkursus i patientsikkerhed	Nye nøglepersoner på afdelingsniveau	Lov om patientsikkerhed, risikostyring og sikkerhedskultur, anvendelse af DPSD til rapportering, grundviden om analysemetoder	Internat 2 dage, med undervisning, oplæg og workshops, praktisk arbejde med cases	Regionalt materiale samt materiale fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Personer fra Regionen evt. suppleret med nationale eksperter.	2 gange om året. 1. gang forår 2007.	Region Syddanmark og sygehusenhederne
Analyse-, statistik- og rapportmodul i DPSD	Brugere udpeget på sygehus-/afdelingsniveau	Anvendelse af DPSD til rapportering, analyse, statistik og rapporter	Sidemandsoplæring	Vejledning fra DPSD	Lokal risikomanager	Aftales lokalt	Sygehusenheder / sygehuse
Uddannelse af risikomanagere	Nye risikomanagere eller medarbejdere som skal have risikomanagerfunktion	Risikostyring og sikkerhedskultur, anvendelse af analysemetoder med tilhørende redskaber. Anvendelse af DPSD til rapportering, analyse, statistik og rapporter	Internat 2 dage og en opfølgingsdag med undervisning, oplæg, workshops og cases og gennemførelse af en dybdegående analyse på eget sygehus. Sidemandsoplæring i anvendelse af DPSD	Regionalt materiale, materiale fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, international litteratur, vejledning fra DPSD	Personer fra Regionen suppleret med nationale eksperter	1 gang om året. Første gang sommer 2007	Region Syddanmark (udbydes måske også nationalt)
Kursus i proaktiv risikoanalyse	Ledere, nøglepersoner og risikomanager og kvalitetsmedarbejdere og teams, der ønsker at gennemføre en risikoanalyse som led i et kvalitetsudviklingsprojekt	Brug af risikoanalysemetoder.	Over to adskilte dage med undervisning, oplæg og gennemgang af opgave fra egen afdeling	Regionalt metodekompendium	Personer fra Regionen suppleret med internationale eller nationale eksperter	1 gang om året. Første gang efterår 2007	Region Syddanmark

Kursusplan vedrørende risikostyring i Region Syddanmark.							
Emne	Målgruppe	Indhold	Form	Materialer	Ressourcer	Hvornår	Udbyder
Seminar for regionale risikomanagere	Risikomanagere	Ønske- og behovsbestemt, nationale og internationale temaer	Et heldagsarrangement med oplæg, workshops, erfaringsudveksling	Afhænger af indhold	Personer fra regionen	1 gang om året. Første gang sommer 2007	Region Syddanmark
National Riskdag	Risikomanagere i Danmark	Opfølgning på årsrapporter, anbefalinger og advarsler. Ønske- og behovsbestemt, nationale og internationale temaer	Et heldagsarrangement med oplæg, workshops, erfaringsudveksling	Afhænger af indhold	Personer fra regionen og nationale/internationale eksperter	1 gang om året. Første gang forår 2007	Region Syddanmark
Seminar i anvendelse af trigger-tools samt udvalgte emner	Ledere, nøglepersoner, risikomanagere, kvalitetsmedarbejdere	Indførelse i brug af trigger-tools, gennemgang af nationale og internationale emner	Oplæg og diskussion	Regionalt metodekompendium og oplægsmateriale	Personer fra regionen suppleret med nationale eksperter	1 gang om året 1. gang vinter 2007	Region Syddanmark
Temadag for sygehusledelser	Sygehusledelser/ områdeledelser/ centerledelser, kvalitetsudvalg	Sikkerhedskultur og opdatering på "minefelter" indenfor risikostyring	Eftermiddagsmøde à 3 timer med oplæg og diskussion	Regionalt oplægsmateriale	Personer fra Regionen suppleret med nationale eksperter og embedsmænd.	1 gang om året. Første gang efterår 2007	Region Syddanmark
Sparring og supervision i forhold til analyser	Risikomanagere	Udveksling af erfaringer, viden og læring på tværs af sygehuse i forhold til anvendelse af dybdegående analysemetoder	Medvirken til og tilbagemelding på analyser på sygehuse	Interne rapporter	Personer fra Regionen koordinerer og indsamler erfaringer vedr. analyser på sygehusene.	Efter behov aftales mellem risikomanagere	Region Syddanmark
Behovsbestemte kurser	Alle	Afhænger af sygehusenes behov	Afhænger af situationen	Afhænger af situationen	Personer fra Regionen	Efter behov	Region Syddanmark

Region Syddanmark
Sundhedsstabens afdeling for Kvalitet & Forskning
Damhaven 12
7100 Vejle
Tlf.: 76631000
E-mail: kvalitet.sundhed@regionsyddanmark.dk

regionsyddanmark.dk