

# Årsrapport 2008

Patientsikkerhed · Patientforløb · Akkreditering · Mikrosystemer · MTV · Vidensdeling



Januar 2008 til april 2009

## Indholdsfortegnelse

|  |         |
|--|---------|
| ■ Forord   | side 2  |
| ■ Medarbejdere   | side 3  |
| ■ Patientsikkerhed   |         |
| Se systemet proaktivt                                      | side 4  |
| Fra person- til systemperspektiv                           | side 5  |
| Patientsikkerhedsrunderinger                               | side 6  |
| Oversættelse og tilpasning af<br>Global Trigger Tool (GTT) | side 7  |
| Oversigt over utilsigtede hændelser                        | side 8  |
| Patientsikkerhedskultur i opbrud!                          | side 10 |
| Nye erkendelser - nye veje                                 | side 12 |
| ■ Patientforløb  |         |
| Genoptræning af den ældre<br>medicinske patient            | side 13 |
| Uhensigtsmæssige akutte indlæggelser                       | side 13 |
| Kontaktpersonordningen - fra navn til gavn                 | side 14 |
| ■ Akkreditering  | side 14 |
| ■ Mikrosystemer  | side 16 |
| ■ MTV  | side 17 |
| ■ Vidensdeling   | side 18 |
| ■ Interview med Jens Elkjær                                | side 19 |

## Forord

*Kære læser!*

I hånden holder du den anden årsrapport fra Center for Kvalitet, som i korte træk beskriver centerets aktiviteter i perioden januar 2008 til april 2009.

Året bød på en konsolidering af vores indsats inden for patientsikkerhed og kvalitetsudvikling. Neden for ser du nogle af de vigtigste begivenheder i 2008.

I afsnittet om vidensdeling kan du også læse mere om afholdte arrangementer m.m. fra året, der gik.

Inden for patientsikkerhed har vi især koncentreret os om at administrere patientsikkerhedsdatabasen og udvikle bedre værktøjer til analyse af utilsigtede hændelser og mere proaktive metoder til at identificere risikoområder.

Der forestår nu en stor opgave i at administrere den nye lov om udvidet adgang til indrapportering af hændelser og samtidig udbrede anvendelsen af bedre værktøjer og metoder. Senest har centeret påtaget sig at stå i spidsen for at få mere dansk forskning inden for patientsikkerhedsområdet.

Inden for kvalitetsudviklingen har vi satset på at øge kompetencerne til at modtage den Danske Kvalitetsmodel og udvikle hjælpeværktøjer. Vi undersøger Kontaktpersonordningen og kommer med forslag til forbedringer. I den mere eksperimenterende del af kvalitetsarbejdet har vi fået 6 afdelinger til at bruge inspiration og metoder fra Klinisk Mikrosystem Modellen

i et forsøg på at ændre deres systemer og kulturer med henblik på at forbedre afdelingernes arbejdsgange. Alle sygehusenes direktioner inden for somatikken har deltaget i et seminar, hvor de lærte om, hvordan en kvalitetsorganisation ledes fra toppen.

Der er derfor meget lovende udviklingsarbejde i gang på alle niveauer.

I 2009 satser vi på mere netværksdannelse og vidensdeling for at udbrede de bedste systemer og metoder. Vi satser på metodeudvikling og evidensindsamling/forskning for at få bedre og mere viden om, hvad der virker.

Tak til medarbejdere og samarbejdspartnere for et inspirerende og produktivt år, hvor centeret i endnu højere grad gjorde sig gældende på kvalitetsområdet i regionen og i Danmark.

Arne Poulstrup  
Centerleder  
Center for Kvalitet

15.01. Det første hold interne surveyor

18.02. Psykiatrien i Esbjerg pilottester Den Danske Kvalitetsmodel

03.04. Første nationale konference om Kliniske Mikrosystemer

15.06. Første version af Den Danske Kvalitetsmodel frigives

30.09. Kick-off for de Kliniske Mikrosystemer i Region Syddanmark

07.10. Temadag om kvalitative metoder

08.10. Kick-off for en ny strategi for arbejdet med patientsikkerhed i Danmark

06.11. Årets Kvalitetsdag - PLOT THE DOT!



*Ansatte pr. 1. april 2009*

**Arne Poulstrup**

Centerchef,  
læge, Ph.d.

**Jeanette Hounsgaard**

Souschef,  
ingeniør, IRCA-reg. Lead Auditor

**Anne Dorte Haudgaard**

Sekretær

**Birgit Viskum**

Overlæge,  
speciallæge i samfundsmedicin

**Line Riis Jølvig**

Cand.scient.san  
(fratræder ved udgangen af april 2009)

**Michael Stæhr**

Diplomingeniør

**Lena Quast**

Sygeplejerske  
(projektleder for Interreg. IV)

**Mads Lund**

Cand.mag.

**Camilla Andersen**

Cand.mag.

**Peter Qvist**

Overlæge,  
speciallæge i intern medicin

**Birthe Rosenkrantz Lindegaard**

Oversygeplejerske, SD

**Ulla Møller Ølgaard**

MA i humanistisk sundhedsvidenskab,  
sygeplejerske

**Anne Z. Kudsk**

Cand.scient.san,  
sygeplejerske

**Anne-Kirstine Dyrvig Nielsen**

Cand.scient.san.publ.,  
projektleder på MTV om fald

Udover den faste stab har centret tilknyttet medarbejdere fra sygehuse og psykiatrien i Region Syddanmark samt akademiske medarbejdere (studerterhjælpere).

»Store ting er ikke gjort af impulser, men af en række små ting, der er bragt sammen.«

*Vincent van Gogh*



Taksensand Fyr

### Forskellige holdninger til rapporteringer

Riskmanager Ragnhild Kallestrup forbereder sig i øjeblikket på et oplæg om rapporteringer af utilsigtede hændelser, som hun sammen med sygehusets patientsikkerheds task force gruppe skal holde på et af de næste *staff meetings* for ca. 80 læger.

I forhold til gruppen af sygeplejersker rapporteres ikke helt så mange hændelser af læger. Det kan være fordi lægerne tidsmæssigt er mindre sammen med patienterne end plejepersonalet og derfor ikke har så stor mulighed for at blive opmærksom på utilsigtede hændelser og fejl.

### Systemperspektivet

I behandlingen af de utilsigtede hændelser bestræber Ragnhild sig på at arbejde ud fra systemperspektivet i stedet for at have fokus på den eller de personer, der var årsag til hændelsen. *»Vi skal gå efter bolden - i stedet for manden«*, udtaler hun.

Det var også udgangspunktet for en proaktiv fremadrettet/forebyggende analyse udført på akutte kejsersnit. Den proaktive analyse blev gennemført ved hjælp af en række spørgsmål, der i strukturen minder om en FMEA (se faktaboks om *Failure Mode Effect Analysis* på side 5). Arbejdet var en øjenåbner for deltagerne. De afdækkede risikoområder blev kategoriseret, prioriteret og sendt videre i ledelsessystemet med henblik på at iværksætte forebyggende handlinger.

### Tiltag i 2009

*»For fremtiden vil Sydvestjysk sygehus gerne arbejde mere med proaktive analysemetoder«*, fortæller Ragnhild.

På forårets næste workshop tages kampagnen *Sig undskyld!* op. Kampagnen er skudt i gang af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Den handler om at sige undskyld til patienter, der har oplevet en utilsigtet hændelse, samtidig med at der tages hensyn til det kliniske personales retstilling og tryghed.

På en temadag for ledere og patientsikkerhedsansvarlige 19. november 2009 vil fokus være medicinering. Det er vigtigt, at lederne er med i arbejdet med at forbedre patientsikkerheden.

Ud over dette har riskmanageren et håb om at vende den måde, hvorpå vi taler om patientsikkerhed. *»Vi skal fortælle de positive historier i stedet for hele tiden at fokusere på de negative aspekter!«* udtaler Ragnhild.

»Kreativ tænkning er muligvis blot anerkendelse af, at der ikke er nogen speciel dyd i at gøre tingene, som de altid er blevet gjort.«

Ukendt



## Fra person- til systemperspektiv

### Patientsikkerheden modnes i psykiatrien

Der arbejdes målrettet med vidensdeling vedrørende forskellighed i rapporteringspraksis og vurdering af alvorlige hændelser. Nogle steder er kerneårsagsanalysen den mest brugte, andre steder er det MTO. Den store udfordring i 2009 er overgangen fra person- til systemperspektivet. »Det drejer sig om måden, hvorpå vi taler og tænker om utilsigtede hændelser,« udtaler riskmanager Peter Jezek.

#### MTO-analyse - Menneske, Teknik og Organisation

Analysen er introduceret i Region Syddanmark af Sven Ternov. Ud fra de tre hovedområder identificeres hændelser, årsager, situationsfaktorer, barrierer og latente fejl i organisationen.

### Lokale aktiviteter

Som det også blev beskrevet i psykiatriens årsrapport fra 2008, foregår der lokale aktiviteter på alle regionens psykiatricentre. Som eksempler på lokale tiltag i 2009 kan det nævnes, at Haderslev på baggrund af rapporterede hændelser, samt en kortlægning af medicineringsprocessen, har identificeret aktive og

latente fejl i medicineringsprocessen. Ud fra dette blev en række indsatsområder prioriteret. Indsatserne bliver evalueret sidst på foråret 2009.

I Odense og Svendborg blev de mest alvorlige faktorer i medicindispensering afdækket ved hjælp af en FMEA-analyse. Ud af denne analyse kom der flere tiltag. Blandt andet hængte afdelingerne et skilt op med information om medicinophædning og afskærmede personen i arbejdet for at undgå forstyrrelser. Efter kampagnen var endt, fortsatte personalet med de ændrede praksis.

Psykiatrien i Svendborg har tidligere haft fokus på fald i afdelingen. Her fandt de en tendens. Det drejede sig om ældre mennesker, der faldt efter at have fået et bestemt præparat. Personalet fandt hurtigt frem til et andet præparat, der ikke havde samme påvirkning. For deltagerne i analysen var det en god oplevelse, idet rapporten blev brugt og praksis ændret.

Under undervisning af psykiatriske sygeplejersker i 2008 kom det frem, at det var under halvdelen, der havde prøvet at rapportere en hændelse. Sammen med patientsikkerhedsansvarlige og afdelingsledelser vil Peter Jezek i 2009 sætte fokus på området i forbindelse med vedtagelsen af udvidelsen af loven om rapportering af utilsigtede hændelser.

### FMEA - Failure Mode Effects Analysis

Analysen er et proaktivt værktøj, som strukturerer processen med at identificere og prioritere risikoområder. Ved at spørge; »hvad kan gå galt i denne proces?« afdækker man mulige kilder til latente fejl.

### Fremtidens patientsikkerhedsarbejde

I løbet af 2009 ønsker Peter Jezek at finde metoder, der gør det muligt at skabe læring på tværs af afdelingerne. Her ser psykiatriens riskmanager Londonprotokollen som et vigtigt redskab, fordi metoden har et systemperspektiv og søger at bære analysens pointer ind i fremtidens forbedringsarbejde. »Den kan være et godt redskab til at bevidstgøre om patientsikkerhed, og denne bevidstgørelse skulle gerne ændre på kulturen i det lange løb,« udtaler Peter Jezek.

### Londonprotokol

Læs mere om Londonprotokollen her i rapporten side 11.

# Patientsikkerhedsrunderinger – fra abstrakte retningslinjer til konkret værktøj

**Efter en pilotrundering på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa er der for alvor kommet skred i arbejdet med patientsikkerheden. En hurtig arbejdsproces og klar ansvarsfordeling skaber synlige resultater.**

Center for Kvalitet har udviklet materiale til rundringer på regionalt niveau. Riskmanager Tine Grau og kvalitetskonsulent Tove Saltning tilpassede dette materiale til fokusområderne på Sygehus Sønderjylland. Centerets materiale kom på et meget bejligt tidspunkt, fordi man netop på Sygehus Sønderjylland havde taget beslutningen om at igangsætte patientsikkerhedsrunderinger.



I forbindelse med rundringerne valgte Sygehus Sønderjylland at inddrage procedurer, der vedrører overgange i patientforløb, og som derfor blev indarbejdet i checkskemaerne.

## Et øjebliksbillede af virkeligheden

Afdelingssygeplejerske på medicinsk afdeling, Annette Lycke, gjorde det klart for sine kollegaer, at besøget skulle give et retvisende billede af virkeligheden, med de fejl og mangler der måtte være. Plejepersonalet og lægerne skulle med andre ord ikke ligge søvnløse over muligheden for at kunne svare forkert på runderingsteamets spørgsmål. »Dagen var jo netop udgangspunktet for en længere læringsrejse«, udtaler Annette Lycke.

## Høj bevidsthed om patientsikkerhed

Runderingsteamet omfattede kvalitetskonsulent Tove Salting, Riskmanager Tine Grau, en auditor fra sygehusets auditorkorps samt et direktionsmedlem. Under besøget oplevede teamet, at der generelt var en høj bevidsthed om patientsikkerhed som en integreret del af det daglige kliniske arbejde.

## Gælder om at holde momentum

Efter runden blev alle informationer samlet og gennemgået. Afdelingen fik en mundtlig tilbagemelding på selve dagen, og efter en uge blev en rapport sendt til medarbejdere og ledelse. I rapporten findes en oversigt

*»Jeg har været meget glad for den tætte dialog mellem afdelingen og kvalitetskonsulenterne, og i fremtiden kan jeg godt ønske mig en endnu tættere dialog!«, siger Anette Lycke, afdelingssygeplejerske medicinsk afdeling.*

over tilbagemeldinger og anbefalinger på fokusområderne til både afdelingen og organisationen. Derved fik personalet mulighed for hurtig feedback på besøget og indsigt i, hvilke problemområder der var blevet prioriteret. »Det er vigtigt,« udtaler Tine Grau, »at holde en stram tidsplan, så vi bevarer den opmærksomhed og interesse rundringerne trækker med sig.«

## Ansvarer får ikke lov at flyde

Det er op til de enkelte afdelinger at følge op på anbefalingerne og udarbejde de nødvendige handlingsplaner. På medicinsk afdeling satte Lone Vollstedt, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, sig sammen med Annette Lycke og udarbejdede en handlingsplan med deadline og statusoversigter. »Dette blev et godt konkret redskab, som jeg kan støtte mig til og vende tilbage til med jævne mellemrum for at finde ud af, hvor langt er vi i arbejdet, og hvad det næste trin skal være?« fortæller Annette Lycke.

# Oversættelse og tilpasning af Global Trigger Tool (GTT)

Som eksempel kan nævnes følgende nye tiltag på SHS:

- Proceduren for utilsigtede hændelser er indlagt i introduktionsprogrammet, og en vejviser er blevet udarbejdet.
- Apotekskontaktpersoner er udpeget, og personalet undervises i retningslinjer for medicinhåndtering
- Oplæring i brug af apparatur indgår i introprogrammet, og hvert apparat har sin egen logbog
- Personalet er blevet undervist i dokumenthåndtering, der er udarbejdet en vejviser, og den benyttes.

## Forslag fra personalet

Patientsikkerhedsrunderingerne har været med til at sætte skub i arbejdet, og det er planen, at der gennemføres patientsikkerhedsrunderinger hvert 3. år i alle afdelinger.

Alle forslag til forbedringer kommer dog ikke oppefra. På medicinsk afdeling er der efterhånden skabt en kultur, hvor personalet taler om de utilsigtede hændelser og sætter ord på undren i forhold til processer og procedurer omkring patienterne, som de finder risikofyldte. Dette udmønter sig i forslag fra de faglige teams. Forslag ender i en fælles postkasse, og bliver taget op på afdelingsmøder.

## Fra værktøj til implementering

### Hvad er Global Trigger Tool?

Global Trigger Tool (GTT), som oprindeligt er udviklet i USA, er et værktøj til at identificere patientskader. Via en retrospektiv (bagudrettet) systematisk gennemgang af patientjournaler leder man efter triggere/information, som kan indikere en mulig afvigelse fra det forventede behandlingsforløb. Der anvendes en liste med gennemprøvede triggere til identifikation af patientskader, samt kategorisering af sværhedsgrad. GTT kan på systematisk vis ud fra en stikprøve identificere patientskader, samt måle frekvensen af disse over tid.

### Det virker - hvordan skal det bruges?

Den tidligere riskmanager på OUH Odense Universitetshospital, Anamari Søgaard, har forestået oversættelsen af GTT. Nu er OUH i fuld gang med at beskrive resultatet af afprøvningen - kan værktøjet bruges, og hvordan giver det mening i den kliniske praksis? »Der er jo ingen tvivl om, at det fungerer«, udtaler Peter S. Grøn, kvalitetschef OUH, »udfordringen er blot, at arbejdet skal blive en naturlig del af journalgennem-

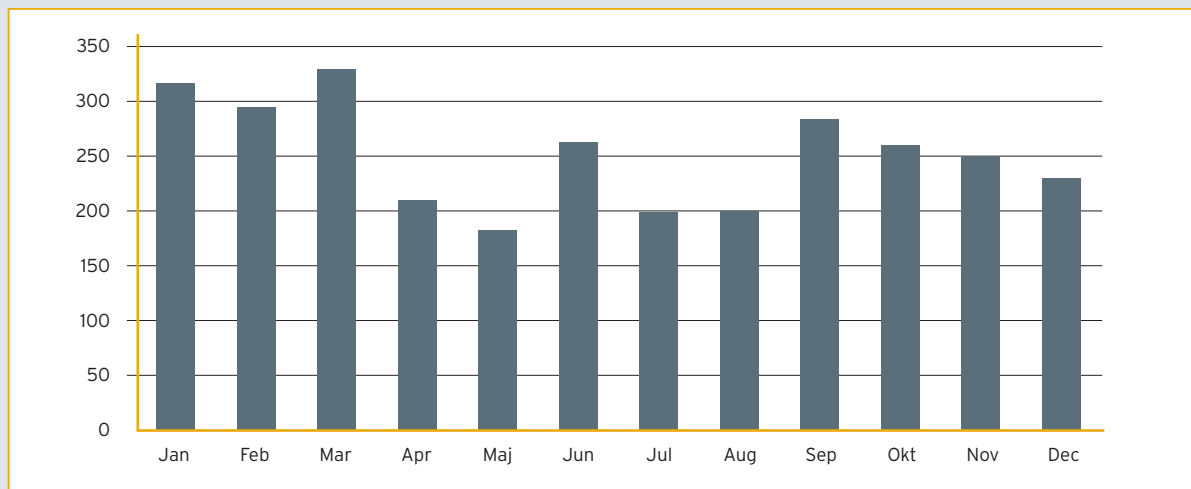


gangen«. Måden, man kunne gøre dette på, er ved at anvende metoden sammen med andre journalaudits. Således bliver triggerne også en ting, man kigger efter, når man i forvejen har journalen fremme til andre formål.

*»Vi har været rigtig glade for samarbejdet (OUH, Center for Kvalitet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, red.) - hvis en af organisationerne havde lavet det alene, ville vi formodentligt ikke være nået frem til dette gode produkt.«*

*Peter S. Grøn, kvalitetschef OUH*

# Oversigt over utilsigtede hændelser



**Figur 1:** Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i Region Syddanmark fordelt på måneder ift. rapporteringstidspunkt. Data er trukket fra DPSD den 24. april 2009.

| Hændelsestype/hændelser i forbindelse med: | Region Syddanmark 2007, fordeling i %.<br><i>I alt 1983 hændelser.</i> | Region Syddanmark 2008, fordeling i %.<br><i>I alt 2564 hændelser.</i> | Danmark 2008, fordeling i %.<br><i>I alt 19.866 hændelser.</i> |
|--|--|--|--|
| Medicinering                               | 32   | 37   | 34   |
| Forveksling eller fejkommunikation         | 15   | 14   | 19   |
| Fald                                       | 9  | 10   | 12   |
| Kontinuitetsbrud                           | 12   | 8  | 10   |
| Operative/invasive procedurer              | 5  | 4  | 4  |
| Anæstesi-procedurer                        | 3  | 3  | 1,5  |
| Selv mord og selvmordsforsøg               | 1  | 1  | 1  |
| Hjertestop eller uventet død               | 1  | 1  | 0,5  |
| Øvrige hændelser                           | 21   | 22   | 18   |

**Tabel 1:** Kategorisering af hændelser fordelt på 9 kategorier. Hændelserne er oprettet mellem den 31. december 2007 og den 1. januar 2009. Data er trukket på DPSD den 24. april 2009 samt hentet i årsrapporter fra Center for Kvalitet 2007 og Sundhedsstyrelsen 2008.

| Sygehus   | Faktuel risikoscore   |             |            |           | I alt       |
|---|-----------------------|-------------|------------|-----------|-------------|
|   | Ingen risikovurdering | 1           | 2          | 3         |             |
| OUH, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus | 89                    | 858         | 141        | 23        | 1111        |
| Sygehus Lillebælt                                     | 22                    | 421         | 59         | 8         | 510         |
| Sydvestjysk Sygehus                                   | 42                    | 171         | 36         | 5         | 254         |
| Sygehus Sønderjylland                                 | 17                    | 432         | 40         | 5         | 494         |
| Kong Chr. X's Gighospital, Gråsten                    | 0                     | 4           | 0          | 0         | 4           |
| <b>I alt</b>  | <b>170</b>            | <b>1886</b> | <b>276</b> | <b>41</b> | <b>2373</b> |

**Tabel 2:** Antal utilsigtede hændelser ved de somatiske sygehuse i 2008 indsendt til Sundhedsstyrelsen fordelt på faktisk risikoscore ud fra SAC matrix. Data er trukket fra DPSD den 24. april 2009.

| Psykiatricenter      | Faktuel risikoscore   |            |           |           | I alt      |
|----------------------|-----------------------|------------|-----------|-----------|------------|
|                      | Ingen risikovurdering | 1          | 2         | 3         |            |
| Psykiatricenter Øst  | 9                     | 129        | 19        | 6         | 163        |
| Psykiatricenter Midt | 8                     | 95         | 11        | 6         | 120        |
| Psykiatricenter Vest | 1                     | 45         | 3         | 0         | 49         |
| <b>I alt</b>         | <b>18</b>             | <b>269</b> | <b>33</b> | <b>12</b> | <b>332</b> |

**Tabel 3:** Antal utilsigtede hændelser ved de psykiatriske sygehuse i 2008 indsendt til Sundhedsstyrelsen fordelt på faktisk risikoscore ud fra SAC matrix. Data er trukket fra DPSD den 24. april 2009.



Af figur 1 fremgår antallet af rapporterede hændelser i 2008 måned for måned. For april og maj fremgår det, at rapporteringen falder. Dette relaterer sig formentligt til konflikten på Sundhedskartellets område. Yderligere er der en tendens til fald i rapporteringen fra september til december. Imidlertid er der i januar 2009 rapporteret 379 utilsigtede hændelser til DPSD, og denne tendens ser ud til at fortsætte i årets første måneder (data ikke vist).

Af tabel 1, 2 og 3 fremgår vurdering af hændelsernes alvorlighed for patienten og risikoen for, at hændelserne gentager sig. Der var i alt 53 score 3 hændelser i Region Syddanmark i 2008. Hændelserne ligner emnemæssigt de alvorlige hændelser, der er beskrevet på landsplan i Sundhedsstyrelsens årsrapport for 2008.

### Alvorlige hændelser i Region Syddanmark (2008) samt indsatsområder

Når der foretages en dybdegående analyse af de alvorlige utilsigtede hændelser, skal resume af resultatet af analysen fremsendes til Sundhedsstyrelsen - med en kopi til Center for Kvalitet. Der er modtaget resume af analyser på ca. halvdelen af de utilsigtede hændelser. I de tilfælde, hvor der ikke er gennemført større analyser, har årsagen til hændelsen enten været åbenlys (f.eks. problemer med teknisk udstyr), eller man var allerede i gang med en plan til forbedring af patientsikkerheden. Der går typisk et halvt år, fra hændelsesdato til analysen er afsluttet.

Herunder følger en oversigt kategoriseret i emner:

#### Falduheld

- Fald når patienterne forsøger at rejse sig, uden at kunne stå selv
- Ambulante patienter falder eller glider på trapper

#### Indsatsområder:

Udarbejdelse af MTV. Center for Kvalitet har ansat Anne-Kirstine Dyrvig Nielsen som projektleder til at varetage denne opgave. Ansættelsen deles mellem Forsknings- og MTV afdelingen ved OUH og Center for Kvalitet. I forlængelse af MTV-rapporten vil der blive udarbejdet konkrete forslag til hvilke interventioner, der med fordel kan implementeres.

#### Komplikationer ved operative/invasive indgreb

##### Anlæggelse af lungekateter og lungedræn

- Ved anlæggelse af pigtail kateter opstår blødning i lungehulen (hæmothorax),
- Mangelfuld kommunikation forud for indgreb medfører, at der ikke er overblik over procedurer og rækkefølgen af disse (pleuradræn bliver lagt før BAL)

#### Luftvejsproblemer

- Anlæggelse af tracheostomi, hvor der er utæthed
- Vægsug/aggregater fungerer ikke optimalt
- Mangelfuld opfølgning på A-punktur, der viser lav iltmætning i blodet
- Iltflaske løber tom

#### Indsatsområder:

Implementering af WHO's *Sikker Kirurgi* koncept er vedtaget på det regionale kvalitetsudvalg. Center for Kvalitet vil være arrangør af en regional temadag om emnet efter sommerferien. Hertil kommer, at instruktører revideres og implementeres.

#### Selv mord

- Ambulante patienter
- Indlagte - i forbindelse med hjemmebesøg
- Indlagte

#### Hjertestop

##### Defibrillatorer:

- Findes ikke i afdelingerne, hvorfor det er et forsinkende led at få hentet en sådan
- Fungerer ikke (f.eks. mangler kabel, forkert montering)
- Personalet er ikke oplært i anvendelsen
- Programmeret forkert (svarende til tidligere anbefalinger)
- Problemer med elektroderne

»Ikke alt, der kan tælles, tæller, og ikke alt, der tæller, kan tælles.«

*Albert Einstein*

### Øvrigt udstyr mangelfuldt:

- Maske mangler
- Akutbakke ikke fyldt op
- Vægsuget suger med for lavt tryk

### Indsatsområder:

- Oplæring i basal og avanceret genoplivning (således at personalet kan starte genoplivning, indtil hjertestopet ankommer)
- Logistik (hvor kan man finde hvad, hvem gør hvad, hvordan hjælpes hjertestopet hurtigt frem til stedet - ledige elevatorer, personale der kan vise vej ved ankomst til afd. osv.)
- Adgangsforhold (elevator kan holdes fri mm til hjertestopet)

Desuden ønsker Center for Kvalitet at arbejde fremadrettet med hjertestop og udfordringerne omkring forskellige hjertestopskald og procedurer rundt omkring i regionen.

### Elektronisk forsendelse af røntgenbilleder

- I forbindelse med elektronisk forsendelse mellem sygehusene forsvinder billeder, eller de bliver først set med forsinkelse

### Samarbejde og teamfunktion på tværs af specialer og sygehuse

- Elektronisk forsendelse af scanningsbilleder: Billederne når ikke frem eller kommer med stor forsinkelse, hvilket medfører forsinkelse i behandlingen
- Henvisning til kontrol af sondeplacering mangler præcisering af formål
- Overflytninger af patienter, inden udredning og behandling er afsluttet, medfører forsinkelser

### Forsinket behandling/opfølgning på undersøgelser

- Fra ankomst i modtagelsen til undersøgelse og iværksættelse af relevant behandling opstår tidsinterval på 3-5 timer
- Der tages ikke blodprøver på akutte indlagte patienter før efter 7 timer.
- Forhøjede laboratorieværdier bemærkes ikke
- Overflytninger til andre sygehuse grundet mangel på intensivpladser
- Mangelfuldt udstyr til overvågning i børnemodtagelse (scop)

### Indsatsområder:

I forbindelse med Operation Life pakken »Mobilt Aktut Team« (MAT) er det besluttet, at der udarbejdes en MTV på dette område, en MTV som inkluderer konceptet *early warning*.

Center for Kvalitet arrangerede et seminar om patientsikkerhedskultur i december 2008 for regionens riskmanagere. Seminaret havde to formål; for det første skulle det give deltagerne flere kompetencer at trække på, og for det andet skulle det inspirere og sætte fokus på nye sider af området for patientsikkerhed.

### Kommunikation og sikkerhed

Inger Margrethe D. Siemsen, forskningsassistent og anæstesisygeplejerske, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, har i projektet *Sikre patientovergange* lagt vægt på kommunikation, idet kommunikation uanset hændelsestype spiller en stor rolle. Det er særligt i patientovergange, hvor patienten overføres til en anden afdeling, at kommunikation bliver et risikoområde.

### ISBAR - Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd

ISBAR er en kommunikationsstruktur, hvor personalet ved at følge bogstaverne i ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd), når de er i kontakt med hinanden om en patient, kan overlevere informationer klart og tydeligt og dermed nedsætte risikoen for misforståelser.

Riskmanagerne fortalte at kommunikationsredskabet ISBAR umiddelbart forekom meningsfyldt for personalet, men at brugen klingede af over en periode, og strukturen faldt bort.

### En anden tilgang til læring

Det var en af I. M. Siemensens pointer, at der må arbejdes mere målrettet med de værktøjer, der former læringsprocessen, og sikre at vi får mest mulig information ud af bearbejdelsen af en utilsigtet hændelse. *Debriefing* på stedet umiddelbart efter en utilsigtet hændelse er et effektivt værktøj. Formålet er at flytte fokus fra årsag og skyld til en bredere analyse af omstændigheder og miljø. Her bør facilitatoren være en, der ikke direkte er involveret i hændelsen. Ved alvorlige hændelser er det hensigtsmæssigt, at der er en psykolog tilstede for at bearbejde den følelsesmæssige side af oplevelsen.

Peter Jezek, riskmanager i psykiatrien, fortæller, at de har en retningslinje for anvendelse af debriefing efter en meget voldsom hændelse, f.eks. et selvmord.

### Rollespil, følelser og patientsikkerhed

Klinisk forskningslektor og overlæge i børnesygdomme, Poul Erik Kofoed, og Jette Ammentorp, forskningsleder og sygeplejerske, sætter fokus på den følelsesmæssige side af patientforløb med deres projekt; *Patient for en dag*, som pædiatrisk afdeling på Kolding sygehus har udviklet og arrangeret i samarbejde med MAD House Denmark. Ideen er at lade de implicerede parter bytte roller igennem et nøje planlagt rollespil. Ved eksempelvis at lade sygeplejersker bytte roller med læger bliver personalet bevidstgjort om kollegaernes arbejdsgange og byrder. Og når plejepersonalet leger patienter for en dag, får de mulighed for at mærke patienternes følelsesmæssige oplevelse på egen krop. På den måde bevidstgøres klinikerne om, hvorledes patienten oplever behandlingsforløbet. Rollebytningen kan endvidere være med til at afdække potentielle risikoområder, der før ikke var synlige fra personalets synspunkt, hvilket gør simulationen til et godt redskab i patientsikkerhedsarbejdet.

### Fra systemet og ud i fremtiden

Sisse Bjørn Olsen, Ph.d., Centre for Patient Safety and Service Quality, Saint Marys, London præsenterede Londonprotokollen på seminaret. Londonprotokollen er en struktureret og systemisk metode. Der fokuseres i højere grad på arbejdsgange i stedet for på den konkrete hændelse, og personalet, der interviewes, finder derfor processen mindre truende. De anvendte meto-

der er designet til at fremme en større åbenhed, fælles læring og forbedring af patientsikkerheden. Metoden afstår fra at fokusere på skyld.

### Problemerne med involvering

Sisse B. Olsen talte om problemerne med at få involveret frontpersonalet i forbindelse med igangsætning af forandringsprocesser. Hvis frontpersonalet selv står for dataindsamlingerne, oplever de et ejerskab og tager ansvar for både udvikling og resultater. På den måde kommer frontpersonalet til at fungere som forandringsagenter på afdelingerne, hvilket skaber motivation og engagement. Hertil tilføjede S. B. Olsen, at de åbne diskussioner gjorde emnet mindre følsomt og skabte mere tillid blandt de involverede parter. Som en række centrale elementer til hvorledes en forandringsproces kan lykkes, gav S. B. Olsen følgende råd:

- Hele organisationen må involveres og yde sin støtte
- Lokale ledere skal være synlige for frontpersonalet, samt følge og monitorere processerne
- Der skal bygges på eksisterende aktiviteter (audit)
- Analyseteamet bør opnå ejerskab for processen
- Forbedringsarbejdet bør begynde med det, som er muligt

Det er helt grundlæggende at spørge klinikerne: »Hvad kunne du tænke dig at ændre?« Herefter skal et struk-

## Nye erkendelser - nye veje!

tureret forløb tilrettelægges i forbindelse med selve analysen:

1. Hvad gik der galt? (problem)
2. Hvorfor gik det galt? (årsag)
3. Hvad kan man gøre for at mindske risikoen? (handlingsplan). For at afrunde processen ordentligt er det vigtigt at rapportere tilbage til det involverede personale og lade dem vide, at undersøgelsen munder ud i handling.

### Hvordan oplevede du seminaret om patientsikkerhedskultur?

*»Det var et veltilrettelagt seminar med mulighed for at få »fyldt på« og mødes med riskmanager kollegerne under afslappede former.*

*Inger Margrethe Siemsen's præsentation af sit arbejde med UTH var særdeles interessant for mig, der selv har taget turen fra lovens indførelse i 2004 til nu.*

*Også Sisse B. Olsens præsentation om en revideret Londonprotokol og lægers arbejde med patientsikkerhed var interessant, ikke mindst fordi Sisse kommer fra England og havde anderledes tilgange til arbejdet end den typisk danske.«*

*Ragnhild Kallestrup*

Der er nu gået 5 år, siden loven om rapportering af utilsigtede hændelser trådte i kraft. Det er derfor passende at standse op og overveje, om de metoder og den tilgang, som vi har haft til patientsikkerhed, er gode nok. I det forløbne år har Center for Kvalitet i samarbejde med enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed i Region Midt samt repræsentanter fra Syddansk Universitet og Danmarks Tekniske Universitet haft fokus på dette. Herunder præsenteres nogle af de centrale problematikker:

- Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser stiger. Det er udmærket forstået på den måde, at en synliggørelse af utilsigtede hændelser er forudsætningen for at skabe forbedringer. Trods stigningen ved vi fra danske og internationale undersøgelser, at det kun er »toppen af isbjerget«, som vi ser i de rapporterede hændelser. Vi kan altså ikke ud fra antallet af rapporter eller de mønstre, der tegner sig i rapporterne, vide, om vi er godt i gang med at forbedre patientsikkerheden. Skal vi prioritere anderledes for at få en endnu større effekt af det arbejde, der gøres?
- Vi får rapporteret den samme type hændelser gang på gang. Er det et udtryk for mangelfulde analyser - eller manglende prioritering af forbedringsarbejdet?

I efteråret 2008 var riskmanagere fra vores sygehuse og de øvrige regioner samlet til workshop med dette fokus. Vi aftalte hver for sig at arbejde videre med de

nævnte problematikker og efter et halvt års arbejde at mødes igen - og samtidig få vores ledelser på banen. Vi vil i fremtiden arbejde mere med sundhedssektoren, som det netværk af levende systemer det er, og ikke behandle det som et mekanisk system, hvor man kan løse et problem blot ved at finde den del, der skaber problemet. I levende systemer er medarbejdere og teknologi gensidigt afhængige af hinanden. Derfor bliver vi også nødt til at arbejde ud fra denne betragtning, hvis vi skal skabe langtidssigtede forbedringer.

### Hvad er der sket efter 2008 - hvor er vi på vej hen?

Vi mødtes på ny 2. april 2009. Jens Elkjær skød workshoppen i gang med det budskab, at vi skal have mere forskning og evidens på området, og vi skal blive bedre til at dele den viden, som vi allerede har.

I workshoppen lavede organisationerne planer for, hvorledes læring skabes mere effektivt og distribueres ud i afdelingerne. I forhold til læring skitserede en arbejdsgruppe den indholdsmæssige side af en uddannelse på masterniveau i samarbejde med Syddansk Universitet og Danmarks Tekniske Universitet. En anden arbejdsgruppe fremlagde mulighederne for samarbejde mellem flere forskellige forskningsmiljøer.

**Forbedringer eller forandring?  
- virkelighed eller metodik?**



I forbindelse med udformning af sundhedsaftalerne har der været særligt fokus på det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med akut indlæggelse af især de ældre medicinske patienter. I den forbindelse har Center for Kvalitet gennemført undersøgelser af indlæggelsesmønstret på to sygehuse - i Kolding og på Ærø. Resultaterne viser, at der kun er tale om få indlæggelser, der kan opfattes som uhensigtsmæssige. Undersøgelserne kan i en kort engelsk version findes som poster på vores hjemmeside [www.centerforkvalitet.dk](http://www.centerforkvalitet.dk).

Har dit sygehus behov for en lignende undersøgelse, kan du kontakte Center for Kvalitet på 63 48 40 60 for mere information.

### Risikostratificering

Som led i planlægningen af den fremtidige indsats for patienter med kronisk sygdom har Center for Kvalitet gennemført en større undersøgelse af, hvorledes almen praksis og sygehusene samarbejder om kontrollen af patienter med diabetes. Der har i undersøgelsen været 15 deltagere fra almen praksis samt fire af regionens sygehuse. 647 patienter fik foretaget en såkaldt risikostratificering, som er et redskab til støtte for en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem ambulatorier og almen praksis. Undersøgelsen viste, at der stadig er et potentiale for forbedring af samarbejdet om denne store - og voksende - patientgruppe. Resultaterne er publiceret i Ugeskrift for Læger og kan findes via centerets hjemmeside [www.centerforkvalitet.dk](http://www.centerforkvalitet.dk).



Træskohage Fyr

Projektet har haft fokus på den ændrede opgavefordeling på genoptræningsområdet som følge af kommunalreformen. Indledningsvis er der foretaget en baggrundsanalyse gennem interessentanalyse, observationsstudie, fokusgruppeinterviews og case studie af 3 tværsektorielle genoptræningsforløb. Ud fra dette er der udfærdiget forløbsbeskrivelse og i alt 5 tilhørende kliniske retningslinjer. Resultatet af implementeringsindsatsen vurderes gennem patientinterviews, fokusgruppeinterviews med terapeuter, evaluering af tværsektoriel undervisning, møder og virkningsevaluering.

### Projektperioden

- Fase 1:* Dataindsamling og retningslinjer, 1. feb. 2007 - 31. dec. 2007, vejleder: CAST
- Fase 2:* Implementering og måling, 1. jan. 2008 - 31. dec. 2008, vejleder: Center for Kvalitet
- Fase 3:* Evaluering, 1. jan. 2009 - 31. maj 2009, vejleder Ulla Ølgaard, Center for Kvalitet

*Vil du vide mere, kan du kontakte enten Ulla Ølgaard fra Center for Kvalitet eller Dorte Maagaard, som er chefterapeut på Kolding Sygehus.*

»Enhver revolution begynder som en tanke i et menneskes hjerne.«

*Ralph Waldo Emerson*

Kontaktpersonordningen er i 2009 blevet en del af Sundhedsloven. Ordningen monitoreres kvartalsvis ved indberetning fra sygehusene til regionerne. Målopfyldelsen for tildeling af en kontaktperson er generelt høj, men der er kun sparsom viden om udførelsen af den tiltænkte funktion. Center for Kvalitet har i 2008 gennemført en undersøgelse for at klarlægge, i hvor høj grad kontaktpersonerne opfylder intentionerne i ordningen.

107 patienter er interviewet. 25 af dem erklærede sig vidende om tildeling af en kontaktperson. Patienternes vurdering af personalets udførelse af de opgaver, der forventes af kontaktpersonordningen, var generelt god og uafhængig af oplevelsen af tildeling af en kontaktperson. 22 % af patienterne oplevede i mindre grad



eller slet ikke løbende information, mens kun 13 % i mindre grad eller slet ikke oplevede generel sammenhæng i indlæggelsesforløbet.

110 kontaktpersoner har besvaret spørgeskema. Mindre end halvdelen føler sig velinformerede om ordningen. Kun få kontaktpersoner formår efter eget udsagn at leve op til ordningens intentioner, specielt lykkes det sjældent at medvirke ved patientens udskrivelse. Undersøgelsen konkluderer, at der fortsat synes at være behov for en målrettet indsats, hvis kontaktpersonordningen skal bringes til at fungere ikke blot af navn - men også af gavn.

### Midtvejsrapport

#### - Styrket indsats i forhold til den geriatriske patient i det tidligere Vejle Amt:

#### *Udadgående geriatriske teams*

I 2007 blev det daværende Vejle Amt tildelt økonomiske midler til styrkelse af indsatsen i forhold til »den ældre medicinske patient«, og man valgte at starte projekt; *Udadgående geriatriske teams* på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus. Center for Kvalitet har i 2008 efter anmodning udarbejdet midtvejsrapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Den samlede rapport kan ses på centrets hjemmeside. Center for Kvalitet står også for udarbejdelse af den endelige rapport, som afleveres 30. juni 2009 til ministeriet.



### DDKM

I februar 2008 sendte IKAS DDKM (Den Danske Kvalitetsmodel) i pilottest. I Region Syddanmark deltog Psykiatrien i Esbjerg og Vejle samt privathospitalet Mølholm. Med erfaringerne fra pilottesten og tilbagemeldingerne fra 2. høringsrunde, blev modellen frigivet i 1. version den 15. juni 2008. Den officielle overdragelse af modellen til regionerne er udskudt til 15. august 2009.

I efteråret deltog centeret i 2 workshops, som IKAS havde indbudt til, omkring temaerne: Strategi for vurdering af opfyldelse af akkrediteringsstandarder samt selve surveyprocessen, rapportering og tildeling af akkrediteringsstatus. For IKAS var formålet at få relevante og nuancerede faglige input til fremlæggelsen for IKAS bestyrelsen.

### Procesorientering

I januar 2008 blev centeret inviteret til at fortælle om anvendelse af den procesorienterede tilgang i forbindelse med patientsikkerhed og analyse af årsager til utilsigtede hændelser på DSKS (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren) Årsmøde.

I løbet af året har centeret haft en række indlæg på regionens sygehuse med henblik på at bruge den procesorienterede tilgang til at opbygge brugervenlige og enkle kvalitetsstyringsystemer, samt at sikre en reduktion af omfanget af retningsgivende dokumenter. Senere på året er der på Kolding Sygehus startet et projekt omkring hoftenære frakturer, hvor den procesorienterede tilgang bruges til at opbygge enkle, retningsgivende dokumenter ud fra processerne i det sammenhængende patientforløb.

### Dokumentstyring

I 2008 blev det besluttet at implementere et fælles dokumentstyringsystem (D4) i Region Syddanmark. Systemet kan bl.a. understøtte den procesorienterede tilgang og give brugervenlige flader i dokumentstyringen.

### SPC

I 2008 besluttede centeret at gå med i et projekt sammen med OUH om statistisk processtyring (SPC). Projektet går ud på at give det kliniske personale tidsvarende data til at understøtte deres beslutninger. Projektet gør det muligt at få vores data til at »tale« til os:

**Fortælle os**, hvor vi er og give os viden om vores processer og de naturlige variationer, der er indbygget i dem.

**Vise os**, om en handling har fjernet problemet eller bidraget med en forbedring - ikke blot en forandring. Projektet afsluttes i sommeren 2009 med frigivelse af en brugerhåndbog med eksempler samt en forbedret brugerflade i softwaren Epidata.

### Interne surveyors

I samarbejde med regionens HR-afdeling blev der i 2008 uddannet 124 interne surveyors på Sygehus Lillebælt og 22 i Psykiatrien. Derudover blev der gennemført uddannelse af 109 ledere i Psykiatrien med henblik på intern survey.

Uddannelse af interne surveyors fortsætter på OUH, således at denne enhed ligeledes forventes at råde over 120 interne surveyors inden udgangen af juni 2009.

### Fremtidsperspektiver

Tidsplanen for akkrediteringen af regionens sygehuse ligger nu fast. Sygehus Sønderjylland samt Kong Chr. X's Gighospital i Gråsten akkrediteres i foråret 2010 og de resterende i 2011.

*Vil du vide mere, så kontakt Peter Qvist eller Jeanette Hounsgaard - begge fra Center for Kvalitet.*



»Organisere gør man, før man gør noget, for at det, man gør, ikke skal gå i kludder.«

*Peter Plys*

Blåvandshuk Fyr



I september 2008 begyndte Center for Kvalitet introduktionen af konceptet - *Kliniske Mikrosystemer* - på flere kliniske afdelinger i regionen.

Et Klinisk Mikrosystem er en metode til at forbedre produktivitet, nedsætte spild, øge kvalitet samt bedre patientinddragelse gennem ændring af system og kultur på kliniske afdelinger.

Et Klinisk Mikrosystem repræsenterer behandlerplatformen i et klinisk afsnit og skal forstås som den mindste (mikro) enhed af medarbejdere, der på tværs af faggrænser arbejder for og med patienter (klinisk) om samme mål.

Dette mål drejer sig altid om forbedringer og kan være alt fra at øge kvaliteten af behandling og pleje, fastholde personale, undgå ulykker, bedre patientoplevelser eller øge patientinddragelse i behandlingen.

Det synes, som om denne metode har været det rette tilbud på det rette tidspunkt. For afdelinger fra næsten samtlige somatiske sygehusenheder i regionen - og også en enkelt psykiatrisk afdeling - har erklæret deres interesse i konceptet. Lige nu afprøver 6 afdelinger - med i alt 12 afsnit - initiativer inden for den kliniske mikrosystem tankegang.

Initiativerne omfatter forskellige fokusområder og strækker sig lige fra at ændre stuegangsfunktionen, effektivisere ambulatoriefunktionen over til at optimere patientforløb og øge patientinddragelsen.

Alle afdelinger og afsnit har været igennem forskellige

introduktions- og læringsforløb, for selv om konceptet er meget praksisorienteret, ligger der en del teori bag, som er god at kende til for til stadighed at gå efter nye forbedringer.

Inputtet fra Center for Kvalitet til de deltagende afdelinger og afsnit har været konsulentbistand, organisering af seminarer, netværk og indkøb af hardware (tv-skærme til stuegangs-omlægning).

I næste etape drejer det sig om at dokumentere effekten af indsatsen, at fastholde og udvikle forbedringerne og få endnu flere afdelinger med som Kliniske Mikrosystemer.

*For yderligere information, kontakt venligst Ulla Ølgaard eller Arne Poulstrup - begge fra Center for Kvalitet.*

#### Nuværende deltagende afdelinger

Abd. Kirurgisk Afd. /OUH; Neurologisk Afd./Vejle Sygehus, Medicinsk Afd./Fredericia Sygehus, Pædiatrisk Afd./Kolding Sygehus; Medicinsk Afd. /Sønderborg Sygehus og Afd. for Børne- og Ungdomspyskiatri /Augustenborg Sygehus.

»Fantasi er bare intelligens, der morer sig.«

*Ukendt*



## MTV fald

I et samarbejde mellem to af regionens institutioner: Center for Kvalitet og Forsknings- og MTV-afdelingen på OUH, udarbejdes i løbet af 2009 en MTV-rapport om forebyggelse af fald blandt indlagte.

Baggrunden er, at 9% af de rapporterede utilsigtede hændelser på regionens sygehuse er fald. Problemet har været på dagsordenen gennem de seneste 20 år, hvilket indikerer, hvor komplekst et område der er tale om. Det betyder samtidig, at der er en stor mængde videnskabelig litteratur på området.

MTV-rapporten samler således op på 20 års forskning indenfor to fokusområder:

- 1) Er det muligt at screene patienter og dermed målrette interventioner?
- 2) Hvilke interventioner til forebyggelsen af fald kan med fordel implementeres på Region Syddanmarks sygehuse?

Med henblik på at sikre, at rapportens anbefalinger er anvendelige i praksis, består en stor del af processen med udarbejdelsen af rapporten i at samarbejde med kliniske eksperter.

I rapporten gennemgås forskellige interventioner til forebyggelse af fald sammen med screeningsværktøjer til identifikation af højrisikopatienter. Konsekvenserne og forudsætningerne for implementering af disse tek-

nologier gennemgås med fokus på, hvilken betydning det får for patienterne, organisationen og økonomien.

*For mere information eller for at modtage nyhedsbreve om projektet kan du kontakte projektleder Anne-Kirstine Dyrvig Nielsen på telefon 65 41 20 51 eller på mail [anne-kirstine.dyrvig.nielsen@ouh.regionsyddanmark.dk](mailto:anne-kirstine.dyrvig.nielsen@ouh.regionsyddanmark.dk)*

## MTV PTSD

I 2008 skrev og udgav Center for Kvalitet en MTV rapport om behandling og rehabilitering af PTSD - Post Traumatisk Stress Disorder, hos traumatiserede flygtninge. Den første rapport af sin art både nationalt og internationalt.

Rapportens resultater blev fremlagt både internt på en temaeftermiddag for psykiatriens nøglepersoner og medarbejderne på regionens centre for traume og torturofre og eksternt i samarbejde med Danske Regioner på en stor konference 8. januar 2009 i Kolding om fremtidens behandling af flygtninge med posttraumatisk stress, hvor man vidensdelte med de øvrige regioner.

## MTV (Medicinsk Teknologisk Vurdering)

En MTV er et beslutningsstøtteværktøj til prioriteringer i sundhedsvæsenet. MTV'en er kendetegnet ved at være en alsidig, systematisk gennemgang af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi (Sundhedsstyrelsen 2007).

### Rapporten

De fire hovedelementer i MTV om forebyggelse af fald blandt indlagte er:

- **Teknologien:** Beskriver forskellige screeningsredskaber og interventioner til forebyggelse af fald, hvor effekten er dokumenteret i studier med højt evidensniveau.
- **Patienten:** Beskæftiger sig med, hvordan implementeringen af ovennævnte screeningsredskaber og interventioner kan påvirke målgruppen af ældre i risiko for at falde og evt. pårørende.

- **Organiseringen:** Giver forslag til, hvordan interventionerne kan implementeres i en dansk sammenhæng, samt diskuterer konsekvenserne for organisationen, det være sig sygehuset generelt eller den konkrete afdeling.
- **Økonomien:** Opstiller og diskuterer forskellen mellem omkostningerne ved forebyggende indsatser i sammenligning med behandlingen af konsekvenserne af fald.

### Implementering

I forlængelse af MTV-rapporten vil der blive udarbejdet konkrete forslag til hvilke interventioner, der med fordel kan implementeres. Der vil således ligge implementeringsplaner for hver enkelt type af intervention, som interesserede kan anvende som skabeloner for kommende indsatser.

»I can't understand why people are frightened of new ideas. I'm frightened of the old ones.«

*John Cage*

*Center for Kvalitet vidensdeler på flere platforme for eksempel via artikler, publikationer, gennem netværk og på centrets hjemmeside - alle traditionelle fora for vidensdeling. Men vidensdeling er mere end bare det skrevne, det er også en rød tråd, der indgår i alle de andre projekter, som centret er involveret i.*

## Kvalitetsdag 2008

Kvalitetsdag '08 blev afholdt på Hindsgavl Slot 6. november. Dagen var en stor succes med 130 deltagere fra kvalitetsområdet i hele Danmark. Dagens hovedtaler var David Balestracci, som er amerikansk statistiker. Balestraccis oplæg hed Plot the Dots og var et både tankevækkende og udfordrende indlæg i debatten om brugen af data i sundhedsvæsenet.



David Balestracci

Næste års Kvalitetsdag afholdes igen på Hindsgavl torsdag 5. november - sæt kryds!

## Operation Life

Center for Kvalitet har som en del af Operation Life kampagnen været med til at danne ramme for et regionalt netværk blandt vejlederne fra de 4 store sygehuseenheder.

I starten af 2009 har centret deltaget i planlægningen af en stor Spredningskonference afholdt på Fredericia Messecenter 22. januar, hvor alle deltagerne i Operation Life kampagnen i Region Syddanmark var inviteret til at dele og lære af hinandens erfaringer.

## Temadag om kvalitative metoder

Den 7. oktober 2008 gæstede Peter Dahler-Larsen Center for Kvalitet for at fortælle om kvalitative metoder i evaluering. Med evalueringsbølgen følger mere eller mindre grydeklare indikatorer, koncepter og metoder, der som oftest er af kvalitativ art. Men er der nu også plads til kvalitative metoder? Og hvad kan begrundelserne være? Hvordan håndterer man den lavere grad af formalisering, der ofte er i den kvalitative metode?

## Temadag om medicinrumsdesign

Den 18. juni 2008 blev resultatet af et projekt på Fredericia Sygehus om optimerede medicinrumsdesign præsenteret. Der var fuldt hus med 70 deltagere.



## Temadag om medicinsikkerhed

Den 18. december 2008 var der medicinsikkerhed på programmet - også her var regionens sygehuseenheder mødt talstærkt op med mere end 60 deltagere.

Du kan læse mere om de enkelte temadage og finde materiale fra de oplæg der er blevet holdt på vores hjemmeside [www.centerforkvalitet.dk](http://www.centerforkvalitet.dk) under afholdte arrangementer.

»Insanity is doing things the way you've always done them while expecting different results.«

David Balestracci

## Hvad får folk til at gøre det rigtige?

*Og hvor ligger de største udfordringer indenfor patientsikkerheds- og kvalitetsarbejdet?*

*Et interview med sundhedsdirektør Jens Elkjær*

### **At skabe viden og præge udviklingen**

I interviewet peger Jens Elkjær på flere store opgaver indenfor patientsikkerheds- og kvalitetsområdet. For det første er der driftsopgaven med at rapportere utilsigtede hændelser og det efterfølgende arbejde med at følge op. For det andet er der hele forberedelsen med hensyn til akkreditering i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Dernæst må man sige, at området er præget af et særligt kendetegn - der er simpelthen for lidt viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Derfor skal vi være med til at skabe ny viden og præge udviklingen. Heri har Center for Kvalitet en vigtig rolle. Der skal simpelthen ske en modning af feltet. Center for Kvalitet skal være med til at afdække, hvad der får folk til at gøre det rigtige - og under hvilke omstændigheder? Derudover skal regionen også blive mere omkostningseffektiv, når indsatsen på kvalitetsområdet prioriteres.

### **Ikke en parallel struktur**

Patientsikkerheden og kvalitetsarbejdet må ikke leve hvert sit parallelle forløb ved siden af alt det andet arbejde, som foregår ude på sygehusene. Vi må ikke sidde og tænke: »Patientsikkerhed? Jamen, det har vi da folk til!« Man kan sige, at det er positivt, når kvalitetsarbejdet er en top/down-bevægelse, der kommer fra ledelserne, fordi det dermed bliver en integreret del af det ledelsesmæssige fokus.

### **Bedre til at dele viden**

Når det kommer til at dele viden, har vi en udfordring, udtaler Jens Elkjær. Faktisk er vi ikke så gode til at dele viden på tværs i organisationen. Hvor industrien sender spioner rundt for at opfange forretningshemmeligheder, stiller vi i sundhedsvæsnet al vores viden ud på fortovet. Problemet er blot, at vi ikke vil hente viden andre steder, hvis de andre ikke også vil låne af os! Der gælder altså et eller andet gensidighedsprincip. Det betyder, at vi helst vil sidde for os selv og opfinde vores egen dybe tallerken, hvilket naturligvis er et stort ressourceproblem. Den barriere skal vi blive bedre til at overkomme i fremtiden, mener Jens Elkjær.



*Sundhedsdirektør Jens Elkjær er manden, der oprindeligt fik ideen til at etablere Center for Kvalitet.*

»Center for Kvalitet skal være med til at afdække, hvad der får folk til at gøre det rigtige - og under hvilke omstændigheder?«

*Jens Elkjær*

Center for Kvalitet  
P. V. Tuxens Vej 5, 1  
5500 Middelfart  
Tlf. +45 63 48 40 60  
E-mail: [centerforkvalitet@regionsyddanmark.dk](mailto:centerforkvalitet@regionsyddanmark.dk)

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

Fotos: Jonas Fotografi - side 1, 3 og 18.  
Jørgen Diswald - side 4, 13, 15, 16  
Grafisk tilrettelæggelse: Grafisk Center Langeskov A/S