

Kvalitet Årsberetning 2009



Juni 2010



Indhold

Indledning	side 3
Kvalitetsrådets opgaver	side 3
Akkrediteringsprocessen	side 4
Patientsikkerhed	side 6
NIP - Det Nationale Indikatorprojekt	side 8
Kvalitets og servicemål	side 9
Infonet og dokumentstyring	side 10
Patient/pårørendetilfredshed	side 11
Relevante links	side 11
Bilag 1 - Patientsikkerhed lokalt	side 12
Bilag 2 - Kvalitet i psykiatrien	side 31
Bilag 3 - Kvalitets og servicemål	side 32
Bilag 4 - NIP-skizofreni	side 37

Indledning

På alle niveauer i Kvalitetsorganisationen bliver der arbejdet med at skabe lokalt engagement, med at udvikle en kvalitetskultur og med at forankre kvalitetsindsatsen blandt medarbejderne og på alle ledelsesniveauer.

En stor tak for det meget engagerede arbejde, som er præsteret i hele sygehuset!

Visionen for kvalitetsarbejdet i Psykiatrien i Region Syddanmark er, at vi vil være kendt for:

- at være førende i forhold til nationale kvalitetsudviklingsinitiativer
- at skabe forbedring - ikke blot forandring
- at skabe mest mulig kvalitetsudvikling med anvendelse af så få ressourcer som muligt til monitorering

Denne årsrapport er den første samlede beskrivelse af kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet i Psykiatrien i Region Syddanmark. Tiltag og resultater, der præsenteres i denne rapport, har alle være drøftet og formidlet i organisationen.

Hensigten med rapporten er at give et mere samlet overblik til fagfolk i vores egen organisation. Mere uddybende data fremstilles i bilagsmaterialet. Som bilag 1 ligger også afdelingernes egne opgørelser og aktivitetsbeskrivelser indenfor patientsikkerhed; hensigten med det er at støtte deling af viden blandt personer, der arbejder med patientsikkerhed.

Anders Meinert Pedersen
Lægefaglig direktør.

Kvalitetsrådet

Kvalitetsrådets opgaver er:

- at udvikle, revidere og medvirke til at sikre kvaliteten med udgangspunkt i værdier og mål for Psykiatrien i Region Syddanmark
- at rådgive sygehusledelsen i alle kvalitetssager
- at udarbejde og ajourføre sygehusets kvalitetspolitik
- at sikre en koordineret og fortløbende kvalitetsudvikling
- at sikre monitorering, evaluering og dokumentering af kvaliteten af sygehusets ydelser
- at sikre, at der udarbejdes og godkendes politikker og retningslinjer, som gælder på tværs af sygehusets afdelinger - i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel

Kvalitetsrådets hovedopgaver i 2009:

- at tage stilling til hvilke aktiviteter, der skal sættes i gang på baggrund af monitoreringen af
 - kvalitets- og servicemål
 - NIP-indikatorer
 - iværksættelse af patientsikkerhedsrunder
- at godkende retningslinjer
- at udarbejde udkast til en kvalitetspolitik
- at iværksætte en omfangsrig indsats for implementering af ernæringscreening og ernæringsplanlægning på alle afdelinger

Udvidelse af Kvalitetsrådet

Kvalitetsorganisationen bør afspejle ledelsesorganisationen. Derfor udvides Kvalitetsrådet, så det fra januar 2010 består af en repræsentant fra hver afdelingsledelse. Formandskabet varetages af en repræsentant fra sygehusledelsen (link til kommissorium for Kvalitetsrådet findes i linksamlingen nederst i teksten).

Akkrediteringsprocessen

Implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, blev formelt sat i gang den 17. august 2009. Alle landets sygehuse skal arbejde efter modellen og vil hvert tredje år blive vurderet i henhold til modellen. En positiv vurdering udtrykker en formel anerkendelse af, at sygehuset lever op til standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel (se linksamling).

Psykiatrien gik i gang allerede i januar måned. Det skete ved, at afdelingsledelserne udpegede forskellige arbejdsgrupper, som fik til opgave at udarbejde retningslinjer, som skal gælde på tværs af organisationen (se link til overordnet handleplan).

Arbejdet er endnu ikke afsluttet, men i 2009 blev der udarbejdet og godkendt 27 retningslinjer (se link til retningslinjer).

Retningslinjerne skal godkendes hos sygehusledelsen og derefter overdrages til implementering i afdelingerne via de lokale kvalitetsudvalg (se om 'Kvalitet' på intranettet).

Kvalitetsrådet har besluttet, at der i 2010 skal afholdes to strategidage, som skal understøtte akkrediteringsprocessen. Her skal sygehusledelse, afdelingsledelser og kvalitetskoordinatorer beslutte, hvordan alle kan bidrage til, at implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel bliver en succes.

Som nedenstående procesplan viser, blev der i efteråret udført en basisvurdering i hver enkelt afdeling. Her blev den daglige praksis gennemgået i forhold til de krav, standarderne er et udtryk for. Basisvurderingerne danner udgangspunkt for planlægningen af arbejdet i resten af akkrediteringsperioden.

Efter basisvurderingen kommer udviklingsperioden. Her udarbejdes der retningslinjer m.m., og de implementeres. Efterfølgende bliver der gjort status på arbejdet ved gentagne selvevalueringer.

Kvalitetskoordinatorerne

Kvalitetskoordinatorerne hjælper den enkelte afdelingsledelse i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Kvalitetskoordinatorerne mødes en gang om måneden i Forum for Kvalitetskoordinatorer. Dette Forum er bl.a. etableret for, at kvalitetskoordinatorerne løbende kan blive opdateret og udvikle deres kompetencer i forhold til de aktuelle opgaver i relation til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (se link til kommissorium for Kvalitetskoordinatorer).









Det, at koordinatorerne får lejlighed til at udveksle erfaringer, betyder, at gode ideer spredes og kommer hele sygehuset til gavn.

Kompetenceudvikling

Lokalt er der undervist i lovgivning om patientsikkerhed. Her har Kvalitetsenheden medvirket på flere afdelinger.

Desuden indgår Kvalitetsenheden i regional uddannelse af patientsikkerhedsansvarlige.

Ligeledes er der afviklet en række workshops for at øge kompetencerne indenfor dokumentstyring.

Overdragelse	Basisvurdering	Udviklingsperiode	Intern Survey	Udviklingsperiode	Ekstern Survey	
						Akkreditering
17. august 2009	September/oktober 2009		September/oktober / november 2010		September 2011	
	<i>Planlægges august 2009</i>		<i>Planlægges januar 2010</i>		<i>Planlægges februar 2011</i>	
		Selvevaluering Marts 2010 Hele organisationen		Selvevaluering Marts + juni 2011 Hele organisationen		

Patientsikkerhed

Såvel den proaktive som reaktive indsats er blevet styrket.

Der har været fokus på at udbrede viden om, at alle skal rapportere om utilsigtede hændelser, UTH, og en del af afdelingerne har afholdt informationsmøder om UTH. Et væsentligste budskab har i den forbindelse været, at der er tale om et læringsystem, og at udgangspunktet for at man kan lære af sine fejl er, at man bliver opmærksom på dem.

Der er rapporteret 538 sager i 2009. Det er en stigning på ca. 40 % i forhold til 2008. Stigningen viser, at der er øget fokus og opmærksomhed på området¹. Samtidig er der imidlertid stadig personale, der mangler viden om, hvad og hvorfor der skal rapporteres til Dansk PatientSikkerheds Database, DPSD. Desuden oplever man mange steder, at tilbagemeldingssystemet² er mangelfuldt.

Der er sat patientsikkerhedsrunderinger i værk. Det er en form for survey, som sætter fokus på praksis i forhold til patientsikkerhed. Seks afdelinger har haft besøg i 2009. De resterende afdelinger er planlagt til første halvår af 2010.

Hændelser vedrørende medicin

Hændelser vedrørende medicin udgør ca. halvdelen af alle rapporterede hændelser - hvilket er over gennemsnittet på landsplan. Hovedparten af medicin-hændelser har at gøre med dispensering, ordination og administration.

Selvmondsrisikovurdering

Der var rapporteret 6 selvmord og 20 forsøg. I enkelte ambulante afsnit var der fortsat usikkerhed om, hvorvidt selvmord og selvmordsforsøg blandt ambulante patienter skulle rapporteres.

Det har været en vigtig indsats at sikre en systematisk selvmordsvurdering af patienterne. Der er indført en tværgående retningslinje med anvisninger for systematisk vurdering og registrering. Det er blevet understøttet af patientsikkerhedsrunder, hvor der har været ekstra fokus på netop dette aspekt.

Runderne viser, at en vurdering ofte alene bygger på en den enkelte medarbejders faglige erfaring, på kendskabet til patienten og på en "mavefornemmelse". Det er meget

forskelligt, hvilke erfaringer den enkelte medarbejder har, da der som regel ikke har været etableret systematisk oplæring. Analyserne af selvmord og selvmordsforsøg viser da også, at personlig erfaring og kendskab til patienten ikke altid er tilstrækkeligt. Derfor skal der også i 2010 arbejdes på at støtte anvendelsen af retningslinjen og systematikken ved selvmordsrisikovurderinger.

Analysemetode af Score 3-hændelser

I 2009 er tre kvalitetskoordinatorer/ patientsikkerhedsansvarlige blevet sidemandsoplært. Det betyder, at de nu enten selvstændigt eller under vejledning kan foretage analyse af alvorlige utilsigtede hændelser, det vil sige score 3-sager. MTO-analysemetode er den mest udbredte, men Kærneårsagsanalyse anvendes også, ligesom en "London analyse" er ved at blive indført. Den er anvendt i to tilfælde af score 3-sager). Se evt. beskrivelse af metoder på <http://www.centerforkvalitet.dk/wm292860>.

"London analyse" skal bruges mere proaktivt, så man ud fra en given hændelse ser på mere generelle risikomomenter i arbejdsgangen. Som en udløber af denne analyse arbejdes der nu regionalt med at afklare hvilket hjertestopberedskab, de forskellige typer af afdelinger bør have.

Patientperspektiv

Som noget nyt har patienttilfredshedsundersøgelser sat fokus på, om patienterne har oplevet fejl, og hvordan de oplever, at personalet har håndteret fejl.

Op mod 20 % af de indlagte patienter oplyser, at de har oplevet fejl under indlæggelsen. F.eks. har de oplevet fejlbehandling i form af tvang og i form af aflyste undersøgelser, ligesom der er mange fejl vedrørende medicinering.

Blandt de patienter, der oplevede fejl, mener 54 %, at personalet klarede fejlen virkelig godt eller godt. 33 % mener, at personalet klarede fejlen dårligt eller virkelig dårligt. 13 % mener, at personalet ikke har erkendt eller opdaget fejlen.

Der er ved at blive udarbejdet en retningslinje for hvilken omsorg, involverede patienter og medarbejdere skal have. Retningslinjerne forventes godkendt og implementeret første halvdel af 2010.

¹ Som det blev beskrevet i Patientsikkerhedsrapport 2008, kan en stigning i UTH ikke tolkes som udtryk for, at der er flere fejl. Data i DPSD kan ikke anvendes til den form for vurdering, da vi ikke kender datakomplethed, men antager ud fra en række undersøgelser at den er langt fra de faktuelle antal UTH.

² For at sikre læring og fortsat motivation for rapportering er det centralt, at der kommer en tilbagemelding til personalet som en del af opfølgning på UTH.

Person- versus systemforklaringer

At fremme patientsikkerhed handler ikke om at placere skyld på enkeltpersoner. I stedet gælder det om at lære af de utilsigtede hændelser og opbygge systemer, der mindsker risikoen for, at fejlene sker igen. I den sammenhæng er der behov for en kulturændring, der flytter fokus fra det enkelte individ til det system, som individet indgår i.

Der eksisterer fortsat en kultur, som i høj grad har fokus på fejl hos den enkelte. Det viser de hændelser, som er indrapporteret. Mange angiver uopmærksomhed, som den væsentligste årsag til fejl. Det er en udfordring at skabe arbejdsgange, der støtter den enkelte og sikrer optimal opmærksomhed. For eksempel kan man sørge for, at dosering af medicin sker i uforstyrrede omgivelser. En lille undersøgelse har vist, at denne relativt enkle foranstaltning reducerer antallet af doseringsfejl.

Fig. 1 - Fordeling og Antal Hændelser

Rapporterede	538
Ikke antaget	20
Ikke afsluttet	10
Score 1	452
Score 2	43
Score 3	18
Ingen score	25

Fordeling af score

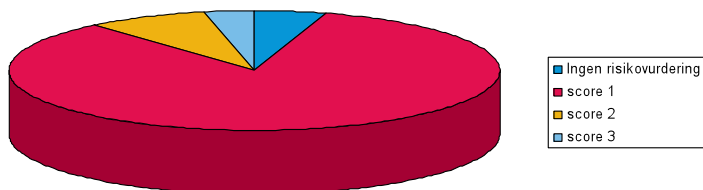
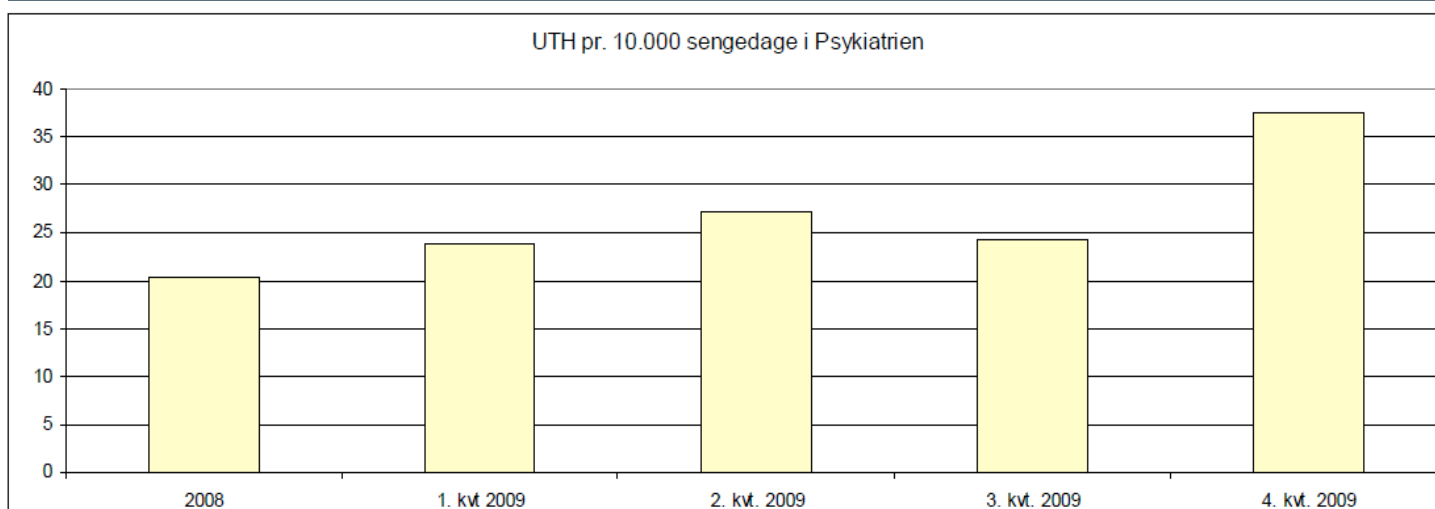


Fig. 2 - Udvikling i antal indrapporterede sager



Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser ved Psykiatrien pr. 10.000 sengedage i 2008 samlet samt 1., 2., 3. og 4. kvartal 2009. Data er trukket fra DPSD den 24. februar 2010.

(Grundet manglende data for antal sengedage for 4. kvartal er ovenstående værdier for 4. kvartal beregnet ud fra et gennemsnitligt antal sengedage.)

Der ses en svag nedgang i 3. kvartal. Den samme tendens ses på landsplan.

Fig. 3 - Fordeling af hændelser på hovedgrupper

Medicinering	*291
Kontinuitetsbrud	12
Selvmoordsforsøg	20
Selv mord	6
Uventet dødsfald	6
Forveksling/ fejkommunikation	23
Fald	73
Øvrig	72
Ikke angivet	25

Af medicinhændelser udgør administration 29 %, ordination 30 % og dispensering 16 %

Fig. 4 - Oversigt over hvem der rapporterer

(Ikke angivet)	96
Lægeligt personale	29
Plejepersonale	384
Psykologisk personale	4
Andet klinisk personale	9
Andet personale tilknyttet primær og sekundær sektoren	16

NIP - Det Nationale Indikatorprojekt

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er et landsdækkende projekt, der udfører kvalitetsmålinger. Målingerne viser, hvor gode de enkelte sygehusafdelinger - og dermed regionerne - er til at behandle, pleje og genoptræne patienter med bestemte sygdomme.

I øjeblikket er Psykiatrien kun omfattet af et enkelt sygdomsområde: Skizofreni. I 2009 har der været etableret en arbejdsgruppe under NIP-sekretariatet, der har haft til opgave at udarbejde et indikatorsæt for depression. Psykiatrien i Region Syddanmark har tre repræsentanter i arbejdsgruppen. Der skal i 2010 afvikles pilottest af indikatorsættet for depression på Almenpsykiatrisk Afdeling Odense.

Resultater

Klinisk audit vedr. NIP-skizofreni blev gennemført 27. august 2009. Der var 58 deltagere og auditmødet var suppleret med en række aktuelle faglige indlæg med fokus på psykiatrisk rehabilitering.

Regionalt var et flertal af indikatorerne gået frem i forhold til tidligere år (se bilag 4).

Handleplan

Kvalitetsrådet anbefalede, at der skulle handles fokuseret i forhold til bestemte afdelinger og bestemte indikatorer, og rådet vedtog følgende handleplan:

- 1. Øget monitorering og opfølgning - kontaktperson**
Det overvejes at lave ekstraordinær audit på 20 journaler på patienter med skizofreni.
- 2. Øget monitorering og opfølgning - bivirkninger**
Kvalitetsrådet efterspørger handleplaner for, hvordan der sker en bedre monitorering af bivirkninger fra de lokale kvalitetsudvalg.
- 3. Undersøgelse af manglende psykiatrisk efterbehandling**
Kvalitetsenheden vil sammen med repræsentant fra udvalgte afdelinger gennemgå 2-3 af de senest afsluttede patientforløb, hvor patienten ikke er udskrevet til psykiatrisk efterbehandling.
- 4. Yderligere 2 PSE kurser**
Der skal iværksættes to tre-dages kurser i diagnosticeringsværktøjet Present State Examination.

Kvalitets- og Servicemål

Psykatrien i Region Syddanmark har i 2009 monitoreret på i alt 13 mål (bilag 2).

Resultaterne bygger på udtræk fra fire forskellige patientadministrative systemer, patienttilfredshedsundersøgelser, kliniske databaser (for eksempel NIP) og journal audit (ca. 2000 journaler).

Læs mere om resultaterne fra patienttilfredshedsundersøgelser og NIP-Skizofreni i denne årsberetning.

Kvalitetsenheden i Psykiatriens administration indsamler og analyserer kvalitetsdata og formidler resultaterne. Kvalitetsdata indgår ikke i Ledelses Informations System, LIS.

Behandlingspsykiatri

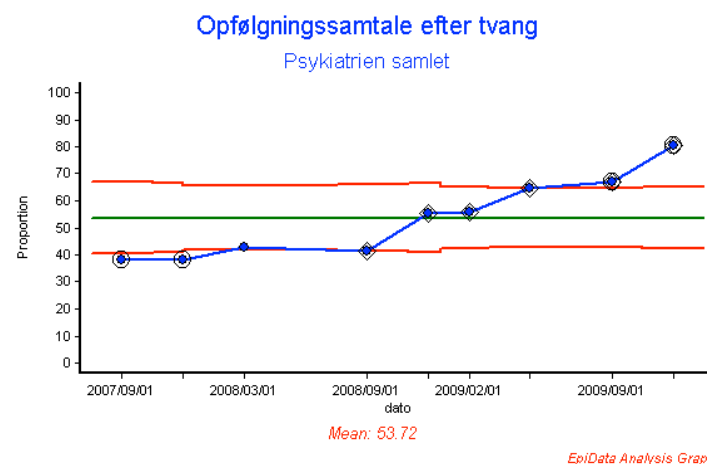
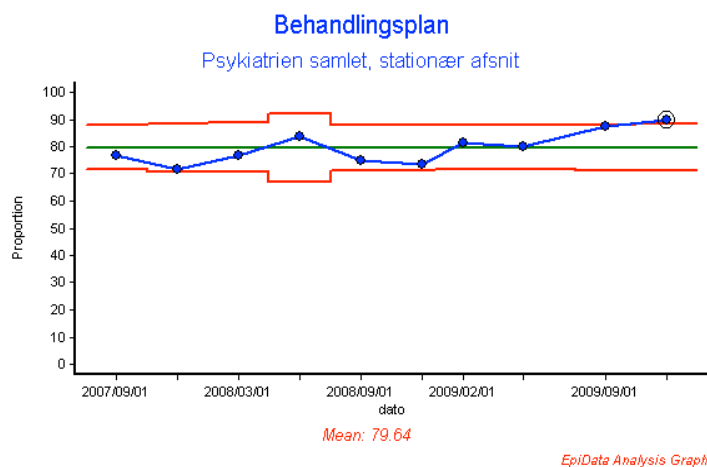
For de kvalitetsmål, som er monitoreret ved journal-audit og PAS-udtræk i behandlingspsykiatrien, er der foretaget en Statistisk Proces Control, SPC-analyse af alle opgørelser for 2007, 2008 og 2009. Det er sket for at undersøge mulige tendenser og naturlig variation.

Resultater

Psykatrien har kun delvist opnået de fastlagte mål. Der er en forbedring på fem mål, men samtidig viser SPC-analysen, at processen for de resterende kvalitetsmål er stabilt uændret, hvilket kan tolkes som, at der hverken er en positiv eller negativ udvikling.

Den samlede psykiatri er 5-15 % fra at have opfyldt de fastsatte mål. Men der forekommer relativ stor variation mellem de forskellige afdelinger. For et samlet oversigt over resultater se bilag 3.

Psykatrien har i 2009 haft ekstra fokus på kvalitetsmål, som har at gøre med "Behandlingsplan inden otte dage" og "Tilbudt eftersamtale efter tvang". For det første mål er der opnået en målopfyldelse på 90 %, mens man i det andet mål er steget fra 43 % til 80 % målopfyldelse.



Et andet fokusområde for Psykiatrien er ventetid til ambulante behandling af børn og unge. I 2009 begyndte ca. 70 % af de henviste en behandling indenfor to måneder.

Infonet og dokumentstyring

Dokumentstyring er et basis-krav i Den Danske Kvalitetsmodel. Psykiatrien i Region Syddanmark har i løbet af 2009 været aktiv deltager i udviklingen og implementeringen af Infonet. Infonet er det regionale elektroniske dokumentstyringssystem, der sikrer, at relevante dokumenter er tilgængelige, gyldige, godkendte, opdaterede og forfattet af bemyndigede personer.

Dokumenterne i Infonet er versionsstyret. Det betyder, at der ikke kan rettes i godkendte dokumenter. I stedet oprettes en ny udgave af dokumentet, som skal godkendes før udgivelse. Tidligere versioner gemmes, så historikken kan dokumenteres.

Den eneste gyldige udgave af et dokument findes i Infonet.

Psykiatrien i Region Syddanmark har ambition om kun at udarbejde dokumenter, der er nødvendige og fagligt giver mening samt at så meget som muligt udarbejdes fælles.

Resultater

Hver afdeling har i løbet af 2009 fået uddannet 2-3 superbrugere, og kvalitetsenheden har orienteret om Infonet ved møder i de lokale kvalitetsudvalg.

Langt de fleste afdelinger har nu deres sundhedsfaglige retningslinjer og instrukser tilgængelige via Infonet og er godt i gang med at implementere Infonet som eneste kilde til retningsgivende dokumenter. Der er imidlertid medarbejdere, som endnu ikke bruger Infonet.

Psykiatrien har udarbejdet og godkendt 27 sundhedsfaglige retningslinjer og instrukser fælles for alle afdelinger.

Handleplan

- Workshops som skal højne redaktørernes kompetence afholdes løbende
- Aktiv deltagelse i den regionale koordineringsgruppe
- Låsning af de sidste håndbøger
- Udvikling af funktioner, der fremmer medarbejdernes anvendelse af Infonet
- Etablering af automatisk brugeradministration, løsning af log-in problemer samt sikring af adgang til dokumenter eksternt fra Internet

Håndbog	Håndbogen er låst *	Tidligere dokumentstyrings-systemer afskaffet?	Infonet bruges af alle faggrupper/medarbejdere
Vejle - Almen	Ja	Ja	Ja
Kolding - BU	Nej	Nej	Ja
Fælles Psykiatri	Ja	Nej	?
Svendborg - Almen	Ja	Ja	Ja
Kolding - Almen	Ja	Nej	Ja
Middelfart - Almen	Ja	Nej (også på Intranet)	Ja
Esbjerg - Almen	Ja	Nej	Nej
Augustenborg - Almen	Nej	Ja	Ja
Odense - Almen	Nej	Nej	Nej
Augustenborg - BU	Ja	Ja	Nej
Odense - BU	Ja	ja	Nej
Haderslev - Almen	Ja	Ja	Ja
Esbjerg - BU	Nej	Nej	Nej
Haderslev - Oligofreni	Nej	Nej	Nej
RCT - Fyn	Nej	Nej	Nej
Haderslev - Geronto	Ja	Nej	Nej
CETT - Vejle	Nej	Nej	Nej

* Dokumenterne er styrede og kan kun godkendes af ledelseperson

Patient/pårørende-tilfredshed

Der udføres patient- og pårørendeundersøgelser inden for det psykiatriske område (distriktskykiatrien, retspsykiatrien, de psykiatriske sengeafsnit samt børne- og ungdomspsykiatrien). Center for Kvalitet og Udvikling i Århus foretager de nationale undersøgelser efter aftale med Danske Regioner.

De enkelte undersøgelser gentages hvert andet eller tredje år. Patienter og deres pårørende udfylder et spørgeskema, hvor der også er mulighed for at give ris og ros i form af personlige kommentarer.

Målet med de landsdækkende undersøgelser er:

- at indsamle viden om patienternes og de pårørendes oplevelser og vurdering af Psykiatrien
- at afdække, hvor der er behov for kvalitetsforbedringer
- at få mulighed for at sammenligne på tværs af afdelinger og regioner
- at få mulighed for systematisk at følge patient- og pårørendetilfredshedens udvikling over tid

På Børne- og ungeafdelingerne blev der offentliggjort en rapport 10. marts 2009.

Ambulatorie-undersøgelsen foregik i perioden 1. august 2007 - 31. juli 2008.

Døgn-undersøgelsen foregik i perioden 1. august 2007 - 30. september 2008.

En tilfredshedsundersøgelse blev afviklet på almene og gerontosengeafsnit i perioden 1. januar 2009 - 31. maj 2009. Rapporten blev offentliggjort i januar 2010 og er derfor ikke en del af denne årsstatus.

I samme periode blev der afviklet et projekt på fire almenpsykiatriske enheder i Psykiatrien i Region Syddanmark efter gennembrudsmodellen.

Resultater

De fire børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Syddanmark får generelt gode karakterer i denne første tilfredshedsundersøgelse blandt børn og deres forældre.

Som led i opfølgning efter gennembrudsprojektet blev der afholdt en velbesøgt konference den 10. september 2009, hvor de deltagende enheder fik lejlighed til at formidle deres erfaringer.

Handleplan

Kvalitetsrådet konkluderer, at der på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har været fremgang over en bred kam, og at det er specielt betydningsfuldt at fastholde og udvikle en sådan fremgang. På denne baggrund ønsker kvalitetsrådet ikke en specifik central handlingsplan, men rådet har en forventning om, at alle afdelinger drøfter tilfredshedsundersøgelsen i egne kvalitetsudvalg.

Relevante links:

Kommissorium for Psykiatriens Kvalitetsråd:
<http://infonet.regionsyddanmark.dk/#DokID=50688>

Den Danske Kvalitetsmodel:
<http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>

Handleplan for tværgående retningslinjer:
Se 'Kvalitet' på intranettet.

Retningslinjer godkendt i 2009 findes på Infonet:
http://infonet.regionsyddanmark.dk/d4doc/formularer/opdat_kort.asp?BookID=41&Alle=1

Retningslinjerne skal godkendes hos sygehusledelsen og derefter overdrages til implementering i afdelingerne via de lokale kvalitetsudvalg. Se 'Kvalitet' på intranettet.

Kommissorium, Forum for Kvalitetskoordinatorer:
<http://infonet.regionsyddanmark.dk/#DokID=3304>

Bilag 1 - Patientsikkerhed lokalt

Præsentation af afdelingernes egne opgørelse samt tiltag i forhold til patientsikkerhed.
Formål med dette bilag er at fremme vidensspredning mellem de personaler der arbejder med patientsikkerhed lokalt.

Almenpsykiatrisk afdeling Odense

Udarbejdet af: Lene Granhøj
Februar 2010

Antal Hændelser	
Indsendte	126 (+ 2 afviste)
Aktive	0
Score 1	112
Score 2	10
Score 3	4
Antal dybdegående analyser: Kerneårsagsanalyser	4

Alle analyser er afsluttet.

Analyse af Score 3 hændelser:

Score 3 hændelserne fordeler sig på 2 i døgnbehandlingen og 2 i ambulantlybehandlingen og 3 hændelser omhandlede selvmord, mens 1 hændelse i døgnbehandling omhandlede hjertestop.

Antal selvmord er uændret i forhold til 2008, hvor der også var 3.

De enkelte analyser:

Analyse 1 og 2 var hændelser i ambulantområdet og der blev ikke afdækket en kerneårsag og derfor ikke udarbejdet en handlingsplan.

Analyse 3: Omhandlende et selvmord i et sengeafsnit. Her blev fundet 3 underliggende kerneårsager. Den ene vedrørte nogle hængsler på en dørkarm, hvor døren er hæftet af. Disse er efterfølgende fjernet.

Den anden vedrørte morgenrutinerne i pågældende sengeafsnit, der er ændret til en anden med tydelig ansvarsfordeling. Dette er indført og evalueret i sengeafsnittet 1.1.2010 og fungerer. Tredje og sidste tiltag handler om implementering af de kliniske retningslinjer til forebyggelse af suicidal adfærd.

Her er flere tiltag:

1. Alle læger skal være introduceret til Infonet, hvilket er sket, men vil blive gentaget i 2010. Desuden præsenteres Infonet ved hver introduktion til afdelingen.
2. Afsnitsledelsen underviser i de kliniske retningslinjer ved personalemøde.
3. Infonet skal være tilgængelig på afsnittets computere.

Frist: februar 2010.

Analyse 4: Omhandlede er hjertestop. Her blev fundet 4 underliggende kerneårsager: Afsnittet har frist til 28.2 mhp. at iværksætte tiltag herudfra.

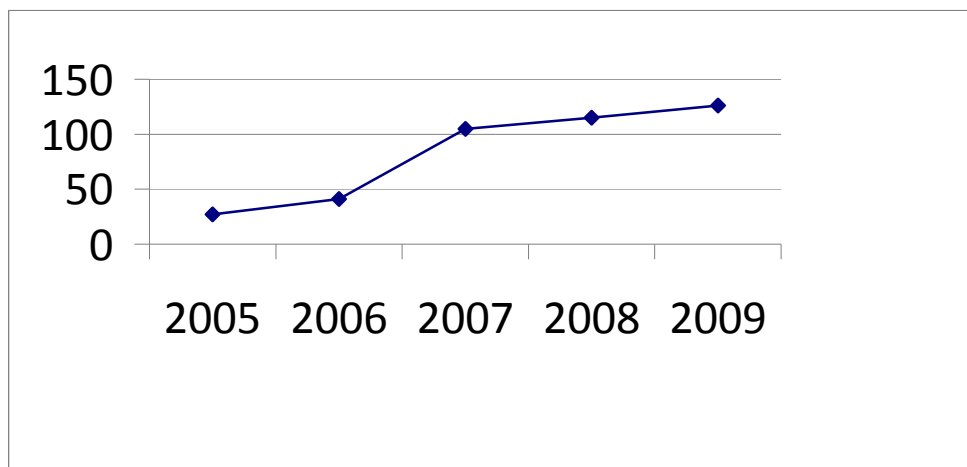
Det drejer sig om:

1. Vejledning omhandlende selvadministration af medicin.
2. Udarbejdelse af retningslinjer for nattevagtens tilsyn.

Afdelingsledelsen skal sikre at alle læger introduceres til hjertestopproceduren og indkøb af ekstra hjerterstarter til blok 6.

Et sidste punkt er, at telefonen hos Falck ikke blev taget ved 1. opkald. Dette punkt skal undersøges i samarbejde med sygehusets risiko manager. Frist 31.03.10

Udviklingen i rapporterede hændelse over år fra 2005- -2009

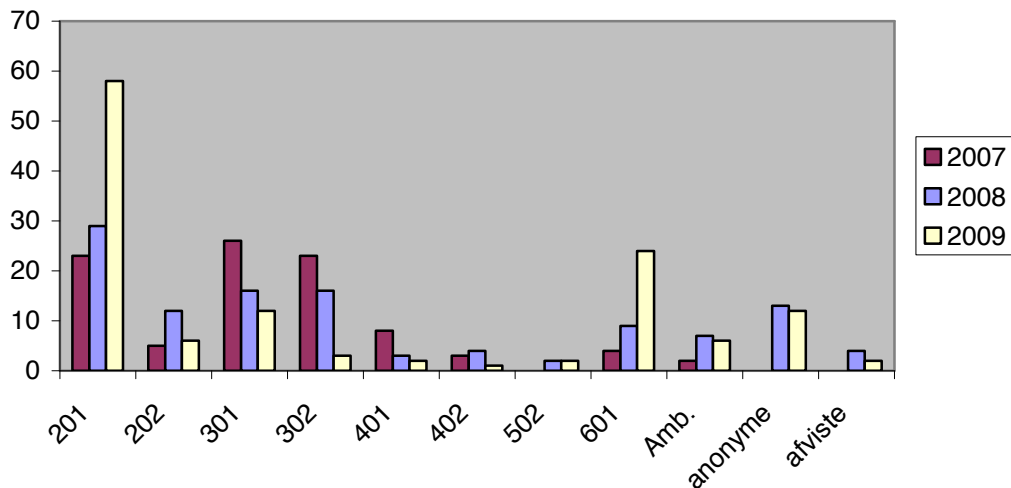


Figur 1

Der er stadig en svag stigning i antal rapporterede hændelser, men som det ses senere, er fokus på patientsikkerhed stadig koncentreret i dele af afdelingen og det bliver et indsatsområde i 2010 at udbrede dette mere bredt i afdelingen. Der er en klar sammenhæng imellem indberettede hændelser og det fokus der er i et afsnit, hvilket hænger sammen med om der er en patientsikkerhedsnøgleperson i det pågældende område. Der er allerede nu aftalt og fundet nøglepersoner for hver blok, der deltager i patientsikkerhedsgruppens arbejde i 2010.

Den markante stigning i rapporterede hændelser fra gerontopsykiatrisk afsnit 201 skyldes et øget fokus på fald i afsnittet. Der skal være store ros til 201 for det flotte fokus der er på patientsikkerhedsarbejdet Ud af 58 rapporterede hændelser er de 38 omhandlende fald, svarende til 65,5 % af alle hændelser. Hovedparten af faldene i afsnittet er rapporteret fra nattevagten og er score 1 og 2 hændelser. Ingen score 3 hændelser.

Fordeling afsnit 2007- 2009



Figur 2: Fordeling af rapporterede hændelser på afsnit i årene 2007-2009

Derudover afspejler stigningen i 601 et øget fokus fra sommeren 2009 og der er grund til at forvente at fokus fastholdes. Fald i fokus på patientsikkerhed især i 301 og 302 skal formentlig findes i en høj belastning i arbejdet, sygefravær og udskiftning i personalet.

Ca. 10 % af rapporterne er anonyme og det vanskeliggør feedback mulighed og det vil være relevant at dette drøftes ved personalemøder rundt i afdelingen.

Det er stadig langt overvejende plejerspersonale, der rapporterer, men i 2009 var der flere rapporter fra læger, hvilket er glædeligt.

Hændelser på hovedgrupper

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvmondsforsøg	Selv mord	Planlægning/aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
58	1	2	3	0	4	49	9

Figur 3. Herudover omhandler 1 hændelse hjertestop.

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Det fremgår af både figur 4 og figur 5, at antallet af de 2 store grupper medicinering og fald er stigende, dette hænger selvfølgelig sammen med det stigende antal rapporter, hvilket er indlysende.

Nedenstående figur viser udvikling i rapporterede faldepisoder 2006-2008

2006	2007	2008	2009
9 ud af 41 rapporter	31 ud af 105 rapporter	36 ud af 115 rapporter	49 ud af 126 rapporter
21,9 % af alle rapporter	29,5 % af alle rapporter	31,3 % af alle rapporter	38,8 % af alle rapporter

Figur 4

De fleste fald er som nævnt i gerontopsykiatrisk afsnit og indsatsen er i høj grad fokuseret i dette afsnit samt i forhold til delir patienter. Vi har i 2007 udarbejdet en faldrapport med anbefaling om screening og tiltag, som der arbejdes med. Derudover afventes igangværende MTV vedrørende fald.(Center for kvalitet)

Vi har registreret typer af medicineringsfejl:

Medicineringsfejl	Antal 2007	Antal 2008	Antal 2009
Ordination (M1)	3	15	9
Dokumentation (M2)	10	10	21
Dispensering (M3)	9	6	11
Administration (M4)	6	19	16
Andet (M99)	0	2	1
Total medicinfejl	28	52	58

Figur 5

Vi har i forbindelse med proaktiv risikostyring arbejdet specifikt med dispensering. Dispenseringsfejl er steget, dette kan forklares med øget fokus. Vi indførte i sommeren 2009 et skilt med teksten ”Forstyr ikke, der hældes medicin op”, der skal bruges ved medicindispensering. Dette har vi efterfølgende evalueret, det er implementeret med vekslende effekt og vi arbejder fortsat på implementering. Vi håber at kunne registrere effekt. Subjektivt oplever sygeplejersker og assistenter med ret til medicindispensering det positivt.

Patientsikkerhedsrunde 19.november 2009

Ud fra denne runde er der iværksat følgende.

1. Afsnittene anvender alle medicinæsker med navn og cpr. til dispensering og til administration af medicin.
2. Vi har ændret hjertestop instruksen iht. rapporten.
3. Der anvendes patientoversigtstavler (white board) i akutafsnittene 301 og 302.

Vi mangler:

1. Afklaring af undervisning, herunder indkøb af undervisningsfantom. Ledende overlæge Thorkil Sørensen og ut. arbejder på en løsning.
2. Indkøb af yderligere 1 hjertestarter til blok 6.
3. Vi skal overvåge og afvikle en bedre feed back på de rapporterede hændelse. Det er besluttet at det skal foregå på afdelingssygeplejerskemøder, overlægemøder samt ad hoc møder, hvor det tværfaglige personale er til stede.

Proaktiv risikostyring 2010

Vi fortsætter arbejdet i 2010 vedrørende medicin ud fra vores FMEA i 2008.

1. Vi laver review på ordinationsfejl 2008-2009 og laver handlingsplan herud fra.
2. Vi skal designe et arbejde i forhold til, hvorledes kommunikationen med patienten bør være i forbindelse med medicin.

Derudover vil et fokusområde være omsorg for patienter, pårørende og personale der har været udsat for en utilsigtet hændelse. Der planlægges afholdelse af temaeftermiddag.

Endelig skal der arbejdes med feed back systemet, således den enkelte medarbejder oplever effekt af sin rapport og kan se sammenhæng mellem dette og den kvalitetsudvikling der arbejdes med.

NB.

Siden august 2009 har DBUH selv varetaget patientsikkerhedsarbejdet og data fra hele 2009 er inkluderet i DBUH Odenses rapport.

Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense

Udarbejdet af Dorthe Juul Lorenz

Antal Hændelser	
Indsendte	10
Aktive	
Score 1	9
Score 2	1
Score 3	0
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	0

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
4							6

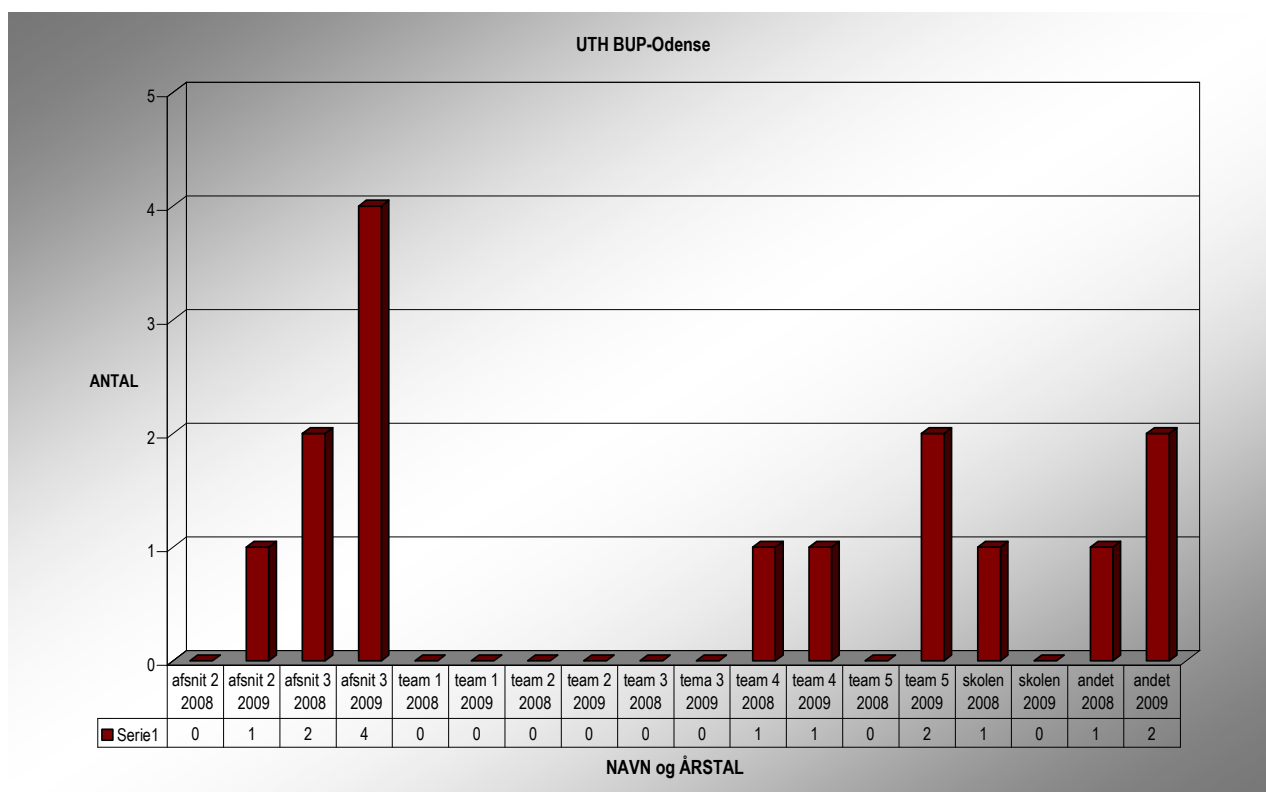
Ved score 2 hændelsen, som omhandlede medicineringsfejl, er der i samarbejde med det involverede afsnit lavet analyse af hændelsen og der er udarbejdet handlingsplan.

Andre tiltag:

- Influenzaepidemien har været medvirkende til øget fokus på hygiejne og har bevirket, at der i 2009 er opsat spritdispensere ved alle håndvaske og i nogle kontorer.
- Nyt dokument vedr. brandværn er under udarbejdelse og akutkald og procedurer ved hjertestop er under revidering, der indkøbes hjertestarter og alt relevant personale på BUP-Odense vil gennemgå hjertestopkursus i 2010.

- Der er i afdelingen fokus på patientsikkerhed og afdelingen skal i maj 2010 gennemgå internt survey med patientsikkerheden som omdrejningspunkt.
- Der er udarbejdet et retningsgivende dokument vedrørende utilsigtede hændelser og indrapportering af samme, som forefindes i infonet.

Afdelingen har haft indlæg omkring UTH og indberetning på temadag for hele personalegruppen i januar 2010, så der forventes stigning af indrapportering i 2010. Der arbejdes på at få lagt et tydeligt link til indrapportering af UTH på psykiatriens hjemmeside.



Oversigt over antal samt afsnit/team-mæssig placering af utilsigtede hændelser i 2008 og 2009. Feltet ”andet” indeholder bl.a. UTH, som indberettes af BUP Odense men omhandler eksterne samarbejdsparter.

Almenpsykiatrisk afdeling Middelfart

Udarbejdet af Elsebeth Holten Møller

Antal Hændelser	
Indsendte	30
Aktive	3
Score 1	24
Score 2	5
Score 3	2
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	2

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet Flugt
18	1	1	1	0	0	5	4

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Medicinering:

Utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinordination, medicindispensering og medicinadministration udgør hovedparten af de rapporterede hændelser. På baggrund af resultaterne af patientsikkerhedsundersøgelsen på to afsnit i huset, kan den medvirkende årsag måske være, at der ikke aktuelt arbejdes ud fra et enstrengt medicinsystem. Det vil der blive arbejdet videre med i det kommende år.

På alle afsnit har man arbejdet med hvordan, man ud fra de eksisterende vilkår, kan leve op til at identifikation af patient skal mærkes entydigt på medicinglas og på medicinbakken. På 2 afsnit anvender man særlige "blå" medicinæsker, som bør kunne minimere risikoen for utilsigtede hændelser i medicindispenseringen.

Medicinmappen på Psykiatrisk afdeling Middelfart, blev revideret i efteråret 2009. Intentionen er, at personalet opdateres indenfor gældende vejledninger, retningslinier og instrukser.

Kommunikation:

Intet særligt at bemærke, idet, der kun er indberettet en enkelt hændelse.

Selvordsforsøg:

Der har været en nær ved hændelse, idet en patient blev forhindret i at springe fra Lillebæltsbroen. Hændelsen har medført, at der fokuseres yderligere på at hjælpe patienter der er præget af håbløshed og frustration med problemløsning.

Selvord:

I forbindelse med MTO, blev der udarbejdet en handleplan som medførte ændring af klinisk instruks vedrørende skærminingsniveau. Dette indebærer at første skærminingsniveau sættes på efter

psykotisk og nyindlagt, give anledning til særlig opmærksomhed i vurderingen.

Desuden blev en checkliste med vurdering af konkrete vurderingspunkter i instruksen for vurdering af selvmordsrisiko efterspurgt. Der er efterfølgende implementeret en ny instruks, som imødekommer dette behov.

Fald:

På det gerontopsykiatriske afsnit har man øget patientinformationen vedrørende virkning og bivirkning af medicin. Afsnittet har rekvireret pjecer via Psykiatrifonden og hos Apotekerforeningen.

Der er ansøgt om ekstra greb til alle badeværelser.

Desuden har man ændret praksis så alle patienter, der har fået PN medicin, skal have følgeskab til bad og toilet.

Flugt:

På retspsykiatrisk afsnit P4 er der arbejdet med flugtsikkerhed.

Indsatsområdet har omhandlet aflåsning af døre. Dette har medført, at der er sat smæklåse på alle døre ud til haven.

Afdelingssygeplejersken har løbende gennemgået procedure for sikkerhed under rengøring med rengøringspersonalet. Dette indbefatter at 2 aflåselige/aflåste døre aldrig må være åbne samtidigt.

Det er desuden på personalemøder blevet indskærpet at genstande, der ikke er i brug i haven, skal være låst inde, så de ikke kan bruges til flugt.

Personalet har ligeledes løbende drøftet, hvordan observationen indenfor ændret patientadfærd kan optimeres. Det kan dreje sig om små detaljer såsom påklædning, ændrede rygevaner og udbetaling/betaling af penge. I kommunikationen lægges der vægt på, at personalet bruger hinanden som sparringspartnere og at intuitive fornemmelser viderebringes til kollegaer. En metode hertil kan være at bede om "Time Out" på kontoret. Den ansvarshavende sygeplejerske kontaktes, situationen drøftes og der lægges evt. en situationsbestemt handleplan.

Praksis er ændret, så personalet ud fra en løbende vurdering af det samlede patientklientel vurderer, hvorvidt patienter kan være alene i haven.

På et afsnit er lukkemekanismen gennemgået og sikret på alle vinduer via teknisk afdeling.

Som et konkret og generelt tiltag, for at skærpe opmærksomheden på patientsikkerheden og herved de utilsigtede hændelser, har den kliniske sygeplejelærer siden 1. september 2008 undervist alle sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever systematisk i patientsikkerhed i praktikperioden.

Formålet med undervisningen er, at forberede fremtidige medarbejdere til at agere i et sundhedsvæsen hvor patientsikkerheden er i fokus på alle niveauer. Undervisningen er tilrettelagt som en vekslen mellem oplæg og fælles drøftelse ud fra autentiske cases. Undervisningsvarigheden er 4 lektioner.

Evalueringerne viser, at de studerende finder emnet meget relevant for deres fremtidige virke i sundhedssektoren. Undervisningen giver dem ny viden om patientsikkerhed, utilsigtede hændelser og forebyggelse. Derudover giver undervisningen anledning til refleksion over klinisk praksis.

De studerende er efterfølgende i stand til - selvstændigt, at foretage elektronisk indberetning af utilsigtede hændelser.

For den ambulante del af psykiatrien (RDP, DPC, DPT og gerontopsykiatrisk distriktskykiatri) har Kvalitetsenheden ved kvalitetsmanager Peter Jezek, afholdt undervisning i patientsikkerhed og UTH.

Almenpsykiatrisk afdeling P, Svendborg

Udarbejdet af: Lis Ravn Jensen

Antal hændelser	
Indsendte	70
Aktive	2
Score 1	56
Score 2	7
Score 3	2
Antal dybdegående analyser (MTO/kerneårsag/London)	1
Afviste	1

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
28	2	1	0	0	9	15	10

Utsigtede hændelser 2009 – tendenser

Indrapporteringshyppigheden på årsbasis er øget (+ 30 sager i forhold til 2008). Hændelserne fordeler sig jævnt over året. Hovedrapportører er plejefagligt personale samt enkelte lægefaglige fra stationære afsnit i afdelingen.

Medicineringsfejl udgør ca. 43% af rapporterede hændelser med overvægt af diskrepans mellem ordinationer, dosisstørrelse og dispenseringsform i patientjournal, medicinliste og doseringskort. I 8 tilfælde har der været tale om navneforveksling eller konkrete fejl i dosisberegning/-udlevering.

Fald udgør ca. 23%. Størsteparten sker på patientens stue. I 2 af de 15 indrapporterede fald har patienten været over 75 år, i de resterende tilfælde primært mellem 55-65 år. Patienternes fald har ofte været forbundet med konfusion eller delirøs, alkohol- eller medicinpåvirket tilstand.

Kontinuitetsbrud i patientens behandlingsforløb er rapporteret 9 gange, heraf 4 i forbindelse med interne ændringer i patientforløbet (afsnit/afsnit – stationær/ambulant).

I afdelingen har været et *selvmordsforsøg* (efterfølgende intensiv somatisk behandling af patienten) samt et *uventet dødsfald* (ukendt årsag). I forhold til sidstnævnte er foretaget en kerneårsagsanalyse, hvor plejefaglige procedurer for natlige tilsyn samt indhentning af plejedata fra primærsektor ved akut indlæggelse er blevet analyseret. Ligeledes

lægefaglige muligheder for indsigt i patienters somatiske sygdoms- og udredningsforløb samt prøverekvirering. I det pågældende tilfælde var det dog ikke muligt at afdække kerneårsager som sådan.

Indsatsområder 2009

Jævnfør ovenstående synes et øget fokus på indrapporteringssystemet samt endelig implementering af retningslinien for utilsigtede hændelser at have båret frugt ... En intern patientsikkerhedsrunde primo 2010 vidner om, at personalet i afsnittene kender proceduren for indberetning og får feedback fra afdelingens risikoscore-gruppe, men påviser samtidig at den generelle læring af hændelser på afdelingsniveau, samt kendskabet til indrapportering af nærved-hændelser med fordel kan udbygges. De fysiske rammer omkring medicinering (medicinrummene) fungerer nu rigtig godt (computeradgang, ro, overskuelighed).

Afdelingen har nyoprettet en fuldtids koordinatorstilling (kvalitet, udvikling), hvor også den patientsikkerhedsansvarlige del indgår. Ønsket er styrket kobling mellem disse 3 områder, og at have en funktion, som gør det muligt at understøtte ledere og personales arbejde med forebyggelse af hændelsesforekomst samt konkret opfølgning, hvis utilsigtede hændelser alligevel er sket eller er i risiko for at ske.

Udviklingspunkter 2010

- Implementering af ny koordinatorfunktion (opstartet 01.01.10) og samtænkning med klinisk hverdag, eksisterende tilbud og personale- og ledelsesmæssige samarbejds- og mødefora internt i afdelingen
- Styrkelse af den generelle tilbagemelding og læring ud fra analyserede hændelser. Afdelingens kvalitets- og udviklingskoordinator vil i samspil med risikoscoregruppen planlægge opfølgning på indrapporteringer og analyser (gruppen mødes x 2/måned)
- Skærpelse af tværfaglige kollegers fokus på indberetning (psykologer, socialrådgivere, terapeuter, lægesekretærer) (lille intern "PR-kampagne")
- Samtænkning afdækning af hændelser samt retningslinieudarbejdelse/-tilpasning/-revision ud fra Den Danske Kvalitetsmodel med henblik på minimering af fejlkilder (indbygge forebyggende tænkning). Her synes medicineringsfeltet stadig meget relevant, ligesom kontinuitet i patientforløb på tværs af afdelingen bør indtænkes i udarbejdelse af materialer omkring afdelingens nye struktur (implementering af subspecialer).

Almenpsykiatrisk afdeling Augustenborg.

Udarbejdet af Anette Brink

Antal Hændelser	
Indsendte	46
Aktive	1
Score 1	26
Score 2	16
Score 3	6
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	5 (mangler at gennemføre 1.)

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
20	15	5	1	2	3	0	2

Sagerne der hører under kommunikation og samarbejde handler meget om kontinuitetsbrud samt manglende henvisning til f.eks. DPC, eller mangelfuld oplysning om patienten til sengeafsnittet.

Den ene af hændelserne under andet er et drabsforsøg., hvor en patient umiddelbart efter udskrivelse forsøger at dræbe sin kærester som også er ambulant patient.

Der planlægges den manglende analyse på score 3 hændelse.

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Der skal arbejdes med emnet kontinuitetsbrud i hele afdelingen og det vil blive koblet på den analyse vi endnu ikke har gennemført.

Herunder ses de væsentlige læringspunkter fremkommet ved analyse af score 3 hændelser, selvmord og selvmordsforsøg :

Faglig vurdering af suicidalrisiko.	Hvordan sikrer vi en faglig vurdering af en patient der har gentagne alvorlige suicidalforsøg bag sig, og som dropper ud af al medicin ? Den nye retningslinie vedr. forebyggelse af selvmord implementeres og anvendes som vurderingskriterier.
Dokumentation.	Hvordan sikrer vi korrekt dokumentation i perioder hvor kontaktpersonen er on/off sygemeldt ?
Samarbejde med pårørende	Det er ikke lykket at få pårørende inddraget i dette tilfælde. Der fremkom følgende ideer til viderebearbejdelse : registrere pårørende ved visitationssamtale som fast rutine, vigtigt at indsamle data vedr. pårørende, tilbyde pårørende samtale, evt 2 eller 3. ambulante samtale, generel informationspjece til alle pårørende med tilbud om at kontakte afsnittet.
Vurdering af suicidalrisiko hos personlighedsforstyrrede	Den nye retningslinie vedr. forebyggelse af selvmord implementeres og anvendes som vurderingskriterier. Der har været tæt kontakt til pt op til suicidal forsøget.

patienter med stor impulsivitet.	
Anafranil	Varsomhed med ordination af tricykliske antidepressiva til meget impulsive personlighedsforstyrrede patienter. Kæresten har administreret pts medicin til den 6.3 og det har været låst inde. Kunne hjemmeplejen have været inddraget ?
Debriefing af personalet.	Hvilke tilbud er der til personalet efter en så alvorlig hændelse ? Afdelingen har en retningslinie for debriefing som anvendes i sengepsykiatrien, men den er ikke fulgt i dette tilfælde. Det er afdelingssygeplejerskens ansvar at iværksætte debriefing når behovet herfor er vurderet. (Se infonet) Retningslinien kan med fordel formuleres så det mere tydeligt fremgår at den også er gældende for ambulante enheder.

Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling Augustenborg

Udarbejdet af Elin Wangenheim

Antal Hændelser	
Indsendte	19
Aktive	0
Score 1	18
Score 2	1
Score 3	0
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	0

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
13	1	4	0	0	0	0	1

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Medicin: Der er indført nye medicinskemaer og udarbejdet en opdateret instruks for medicinhåndtering. Implementering godt i gang.

Selvordsforsøg: De nye retningslinier fra regionen vedr. vurdering af selvmordsrisiko implementeres pt. i afdelingen.

Almenpsykiatrisk afdeling Esbjerg.

Udarbejdet af Jane Leth Larsen

Antal Hændelser	
Indsendte	67
Aktive	0
Score 1	35
Score 2	27
Score 3	5
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	1

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvmondsforsøg	Selv mord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
33	17	1	1			2	13

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Kategori af hændelser	Iværksatte handlinger
Score 3 hændelser: Faktuel (amb.) 1/ Selvmord Potential (senge) 2/ Selvmordsforsøg 3/ Trussel om selvmord 4/ Pt. rømmet E3 / vindue 5/ Pt. rømmet E3 / dør	-> MTO analyse -> MTO analyse planlagt -> Intern MTO analyse -> Drøftet score gr.: Teknisk afd. inddraget -> Drøftet score gr.: Teknisk afd. inddraget
Medicineringsfejl	1/ Udarbejdet retningsgivende dokumenter - Medicin ordination - Medicin dispensering - Medicin administration - Medicin afstemning 2/ Implementere retningsgivende dokumenter 3/ Anskaffelse af hjælpemidler til mhp. at understøtte arbejdsgange vedr. medicin dispensering og medicin administration

	<p>(Farvede medicin glas – påklistret label med navn og cpr.nr. Nye medicin bakker, ved behov mhp. – ens systematik.)</p> <p>4/ Vores patientsikkerhedsrunde viste at der er kendskab til retningslinierne – men at de ikke til fulde blev efterlevet. Der fremkom konstruktive forslag til forbedringstiltag, som vi forsøger at imødekomme, bl.a via ovenstående.</p>
Selv mord	<p>1/ Udarbejdet retningsgivende dokument, vedr. Forebyggelse af selvmord:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokalt (efterfølgende udgået) - tværgående. <p>2/ Implementere retningsgivende dokument. Retningslinien gennemgås bl.a. for nyansatte på introkurset, som ”need to know” dokument.</p> <p>3/ Vores patientsikkerhedsrunde på et lukket og et åbent afsnit viste systematisk og god praksis på området, men at kendskabet til retningslinien ikke var udbredt. Dette arbejder vi nå målrette på at forbedre vha. særligt fokus på implementering af nye ”Need to know” dokumenter.</p>
Forveksling	<p>1/ Udviklingsprojekt i EGN gennemført. (EPJ-koordinator/ Led.lægesekretær/ Kvalitetskoordinator/ Udd.konsulent.) Optimering af arbejdsgange. Nye procedurer og Retningslinier er implementeret.</p>
Manglende dokumentation	<p>1/ Udarbejdet lokalt retningsgivende dok. vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - journalskrivning - introduktion af nyansatte
Kontinuitetsbrud	<p>1/ Udarbejdet lokalt retningsgivende dok.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overdragelse
Apparatur/ teknologi	<p>1/ Etableret et lokalt IT-forum, hvor problemstillinger vedr. IT / teknologi kan drøftes og løftes. Løftes herind bl.a. via ”Scoregruppen”</p>
Overordnet alle kategorier	<p>1/ Udarbejdet lokalt retningsgivende dok.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapportering og opfølgning på UTH.

	<p>2/ Implementering af denne instruks. Patientsikkerhedsansvarlig, JLL har planlagt et "roadshow" rundt i hele organisationen, indeholdende oplæg om rapportering og opfølgning på UTH og patientsikkerhedskultur, hvad og hvordan.</p> <p>3/ Etablering af en "Score gruppe" Tværfaglig gruppe hvis formål bl.a. er: At sikre optimal risikovurdering, årsagsanalyse, risikostyring, udarbejdelse af holdbare og konkrete handleplaner. (se lokal instruks) At arbejde systematisk med patientsikkerhedskulturen henimod proaktiv risikostyring.</p> <p>4/ Der afrapporteres i det lokale kvalitetsudvalg – kvartalsvist, hvor mange og hvilke UTH der er indberettet, samt der drøftes oplæg til overordnede handleplaner. Der afrapporteres årligt, årsopgørelse over UTH, til direktionen samt lokalt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokalt kvalitetsudvalg - Lederforum <p>5/ Vedr. Implementeringsstrategi for retningsgivende dokumenter: Nyansatte undervises i brug af INFO-net og "Need to know" dokumenter. Ledere og kvalitetsmedarbejdere har implementering af retningsgivende dokumenter, som særligt indsatsområde, herunder med fokus på "need to know" dokumenter, som vores kvalitetskoordinator udpeger.</p> <p>6/ Vores patientsikkerhedsrunde viste:</p> <ul style="list-style-type: none"> * At vores retningslinier for rapportering af Utsigtede hændelser, var ufuldstændige – * At der var uklarhed om sagsgangen ifht. tilbagemeldinger på indberettede UTH, samt * At personalet var i tvivl om hvorvidt selvmord og selvmordsforsøg, samt nær-ved hændelser i forbindelse med medicindispensering og administration, skulle indberettes. * At Implementering af dokumenter generelt er et fortsat indsatsområde.
--	--

	Dette arbejder vi nu med at imødegå via ovenstående tiltag.
--	---

Børne- og Ungdomspsykiatrien i Esbjerg.

Udarbejdet af: Kára Rygaard

Antal Hændelser	
Indsendte	8
Aktive	
Score 1	5
Score 2	2
Score 3	1
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	1

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/ aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
7		1					

Det begrænsede antal indberetninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrien har givet anledning til genopfriskning i forpligtelsen til at indberette. Materiale om utilsigtede hændelser er gennemgået og udleveret.

Utilsigtede hændelser er blevet fast punkt på dagsordenen på teamledermøde, personalemøder i dagfunktionen og i døgnafsnittet. Målet er; at rapporteringerne af de utilsigtede hændelser skal have et bredere fokus på for eksempel sædvanlig praksis og forhold til den situation der var i forbindelse med hændelsen. Formålet er at hindre eller mindske risikoen for gentagelse samt bevidstgørelse i at skabe en kultur hvor læring og formidling er i fokus.

Ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Hændelser i forbindelse med medicinering udgør 7 ud af 8 indrapporteringer. Derfor har døgnafsnittet med hjælp og vejledning fra Jerne Apotek, arbejdet med at optimere medicinrummet indretning og tilhørende arbejds gange.

Der er udarbejdet nye retningslinjer vedrørende lægemiddeldispensering- og administrering. Der arbejdes på at implementere dokumenterne i døgnafsnittet.

Der har været et forsøg på selvmord i døgnafsnittet. I samarbejde med kvalitetsenheden er der planlagt en MTO.

I afdelingen har vi arbejdet med videreudvikle patientsikkerhedsarbejdet på forskellige områder. Der er udarbejdet en retningslinje for indrapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser. Der arbejdes på at implementere dokumentet.

Sammen med Esbjerg Almen deltager jeg som patientsikkerhedsansvarlige i ”scoregruppe”. Score gruppen er sammensat af tværfaglige medarbejdere – gruppen arbejder med at optimere handlingstiltag i forhold til de enkelte hændelsestyper. Målet er; at forbedre patientsikkerhedsarbejdet.

Almenpsykiatrisk afdeling, Vejle.

Udarbejdet af Karen Ottosen

Antal Hændelser	
Indsendte	75
Aktive	0
Score 1	54
Score 2	18
Score 3	1
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	1

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvmordsforsøg	Selvmord	Planlægning/aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
65	1	0	0	0	0	0	9 i alt; 2 ifm ECT 2 ifm reaktion på kritiske prøvesvar 2 ifm manglende dataoverførsel fra lab. til EPJ 3 ifm manglende regelefterlevelse

Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Den overvejende del af de indberettede hændelser stammer fra utilsigtet praksis ifm medicinering.

- Det drejer sig særligt om ordinationsfejl (46) – såvel på præparat som dosis, men især præcise anvisninger på, hvornår og hvordan medicinen skal gives.
- Det drejer sig ligeledes om en del dispenseringsfejl, (12) både når der selv hældes op, men især når en anden har hældt op og medicinen tjekkes før administration.
- Endelig er der administrationsfejl (7) hvor der er givet medicin, som det senere viser sig, at pt. enten slet ikke har ordineret eller som i mellemtiden er blevet seponeret.

De mange ordinationsfejl har været kilde til stor frustration blandt plejepersonalet, idet der bruges uhensigtsmæssig energi på at opklare, hvordan ordinationer er tænkt, **ligesom det udsætter patienter for unødigt risiko, når der af og til må gættes.**

Dilemmaet har været drøftet i afdelingsledelsen og med EPJ koordinatoren, og lægerne er indskærpet at følge retningslinjerne omkring ordination i EPJ. Det er imidlertid ikke enkelt at mestre de tekniske betingelser, der er ved EPJ modulet. Nyansatte læger får derfor efter endt introduktion yderligere oplæring i medicinmodulet, og tilbydes nu desuden, hvad der måtte være nødvendigt af individuel indsats, for at beherske funktionen.

Der er kommet øget fokus på rettidig reaktion på kritiske prøvesvar, og i den forbindelse også på problemer med periodisk manglende dataoverførsel fra laboratoriet til EPJ. Til det første er der udarbejdet en lokal instruks med ansvarsafklaring, det sidste arbejdes der ihærdigt på at løse i samarbejde med klinisk kemisk afdeling og EPJ koordinator.

Haderslev Geronto

Udarbejdet af Inge Gustavsen

Antal Hændelser	
Indsendte	12
Aktive	0
Score 1	11
Score 2	1
Score 3	0
Antal dybdegående analyser (MTO/kærneårsag/London)	0

Fordeling af hændelser på hovedgrupper							
Medicinering	Kommunikation	Selvordsforsøg	Selvord	Planlægning/aflysninger	Samarbejde	Fald	Andet
10						1	1


Hvilke ændringer er der foretaget/planlagt af praksis på baggrund af hændelser:

Handling på baggrund af score 2:

Der er internt i afsnittet i samarbejde med overlægen sat focus på hvordan lignende tilfælde kan forebygges.

Alle utilsigtede hændelser drøftes på personalemøder i sengeafsnittene, hvor adm. oversygeplejerske Yvonne Reinholdt, og undertegnede deltager.

Dette med henblik på at alle orienteres om de hændelser der har været og samtidig får hver enkelt mulighed for at ytre sig om gode ideer og tanker med henblik på om der skal udarbejdes nye instrukser/procedurer.



Dette er til dels sket i 2009 og vi har besluttet, at i 2010 vil have rigtig meget focus på alle aspekter omkring medicinering og handle på det, idet 85 – 90% af vore utilsigtede hændelser omhandler dette.

Undertegnede har påpeget at vores medicinskema ikke opfylder kravene i DDKM. Dette er blevet drøftet på LMU og ledende overlæge Peder Christensen har udfærdiget forslag til nyt medicinskema, som ligger til godkendelse i LMU.

Haderslev den 04. marts 2010.

Kvalitetskoordinator Inge Gustavsén

Bilag 2 - Kvalitet i psykiatrien

Kvalitet i psykiatrien	Mål	Opgøres af	Måle-metode
1. Alle patienter har en navngiven kontaktperson, er direkte involveret i behandling (Sundhedsloven)	90%	Afdeling	Journal-audit
2. Tid for første behandling foreligger senest otte hverdage efter henvisning (Sundhedsloven)	90%	Kvalitets-enhed.	PAS-udtræk
3. Behandling er startet senest to måneder efter henvisning (Sundhedsloven og regionalt krav)	90%	Kvalitets-enhed.	PAS-udtræk
4. Behandlingsplan foreligger senest otte dage efter behandlingsstart (Psykiatriloven)	90%	Afdeling	Journal-audit
5. Epikriser er udsendt senest tre hverdage efter udskrivning (Sundhedsloven)	90%	Kvalitets-enhed.	PAS-udtræk
6. Der gennemføres opfølgningssamtale efter tvangsanvendelse (Psykiatriloven)	100%	Afdeling	Journal-audit
7. Epikriser følger standarden udviklet i psykiatrien (regionalt krav)	90%	Afdeling	Journal-audit
8. Patienterne er som minimum tilfredse med tilbuddet (regionalt krav). Region Syddanmark ønsker tilfredse patienter udtrykt i landsundersøgelserne.	80%	Kvalitets-enhed.	Tilfredsheds undersøgelse i Danmark
9. Pårørende er som minimum tilfredse med tilbuddet (regionalt krav). Region Syddanmark ønsker tilfredse pårørende udtrykt i landsundersøgelserne	70%	Kvalitets-enhed.	Tilfredsheds undersøgelse i Danmark
10. Der er spurgt ind til børn i familier med psykisk syge (regionalt krav). Børn af psykisk syge er særligt udsatte og har behov for bevågenhed.	90%	Afdeling	Journal-audit
11. Børn i familier med psykisk syge er tilbudt opfølgningssamtale (Regionalt krav). I forlængelse af samtalen handler på indhentet viden.	90%	Afdeling	Journal-audit
12. Alle afdelinger deltager og bidrager tilstrækkeligt til databaser (NIP, DIPSY og BupBase) (regionalt krav) Sikring af god datakvalitet	100%	Kvalitets-enhed.	Årsrapport
13. Afdelingerne lever op til NIP indikatorerne (regionalt krav) Synliggørelse af efterlevelse af nationale kvalitetsprojekter	NIP	Kvalitets-enhed.	Årsrapport

Bilag 3 - Kvalitets og servicemål

Kvalitets og servicemål. Opgørelse af journal og PAS audit. 2009.

Tabel 1. Kontaktperson ordning.

Afdeling	1. opgørelse 2009		2. opgørelse 2009		3. opgørelse 2009		4. opgørelse 2009	
	Stationære	Ambulante	Stationære	Ambulante	Stationære	Ambulante	Stationære	Ambulante
B&U Aug.	75%	89%	100%	89%	100%	80%	100%	84%
B&U Kolding	100%	65%	100%	90%	100%	100%	100%	85%
B&U Esbjerg	100%	65%	100%	90%	100%	90%	93%	70%
B&U Odense	50%	80%	100%	35%	100%	60%	85%	61%
Augustenborg	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%	100%
Haderslev (alm.)	83%	100%	83%	100%	83%	100%	94%	100%
Haderslev (geronto)	100%	87%	95%	75%	95%	55%	100%	85%
Kolding	86%	35%	100%	60%	100%	50%	67%	40%
Middelfart	100%	100%	95%	100%	95%	90%	100%	91%
Vejle	90%	100%	100%	90%	100%	95%	100%	100%
Esbjerg	85%	100%	90%	100%	90%	100%	85%	100%
Odense	70%	100%	70%	35%	70%	94%	75%	95%
Svendborg	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%
RSD I alt	89%	86%	94%	82%	94%	85%	91%	85%

Mål: 90% af patienterne skal have en journalført kontaktperson

Tabel 2. Børn i den psykisk syges familie

Afdeling	1. opgørelse 2009		2. opgørelse 2009		3. opgørelse 2009		4. opgørelse 2009	
	Stationære	Ambulante	Stationær	Ambulante	Stationær	Ambulant	Stationær	Ambulant
B&U Aug.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B&U Kolding		100%	72%	89%	56%	81%	95%	100%
B&U Esbjerg	86%	100%	93%	95%	100%	95%	87%	90%
B&U Odense	100%	100%	82%	90%	80%	100%	70%	83%
Augustenborg	85%	85%	90%	75%	95%	85%	95%	100%
Haderslev (alm.)	89%	67%	88%	76%	89%	68%	94%	69%
Kolding	100%	60%	70%	60%	84%	69%	94%	65%
Middelfart	40%	60%	53%	45%	75%	65%	100%	68%
Vejle	90%	94%	60%	82%	90%	70%	79%	80%
Esbjerg	65%	79%	75%	94%	80%	95%	65%	83%
Odense	47%	30%	85%	25%	39%	94%	25%	55%
Svendborg	53%	82%	55%	60%	95%	60%	80%	65%
RSD I alt	75%	80%	75%	74%	80%	82%	79%	79%

Mål: 90% af journaler skal kunne dokumentere, at der er spurgt ind til, om der er børn i den psykisk syges familie.

Tabel 2b. Tilbudt familiesamtale til patienter der har børn.						
Afdeling	2. Opgørelse 2009		3. Opgørelse 2009		4. Opgørelse 2009	
	Stationær	Ambulante	Stationær	Ambulante	Stationær	Ambulante
Augustenborg				29%	70%	69%
Haderslev (alm.)	20%	71%	29%	40%	50%	56%
Kolding			33%	0%	0%	60%
Middelfart			70%	50%	75%	68%
Vejle	25%	33%	20%	40%	40%	44%
Esbjerg	33%	71%	50%	50%	0%	89%
Odense	6%	60%	0%	10%		57%
Svendborg	100%	100%	67%	100%	100%	100%
RSD I alt	27%	65%	45%	45%	61%	65%

Afdelingsresultater skal tages med stor forbehold da stikprøver er meget små.
Mål: 90 %

Tabel 3. Behandlingsplan.				
Afdeling	1. opgørelse 2009	2. opgørelse 2009	3. opgørelse 2009	4. opgørelse 2009
B&U Aug.	100%	83%	100%	100%
B&U Kolding	79%	83%	80%	79%
B&U Esbjerg	87%	76%	82%	76%
B&U Odense	36%	100%	86%	100%
Augustenborg	75%	75%	95%	75%
Haderslev (alm.)	94%	94%	88%	82%
Haderslev (geronto)	100%	90%	100%	95%
Kolding	69%	62%	50%	69%
Middelfart	89%	57%	95%	63%
Vejle	71%	50%	72%	58%
Esbjerg	56%	90%	91%	90%
Odense	95%	93%	94%	100%
Svendborg	100%	100%	100%	95%
RSD I alt*	81* %	80 %	87 %	90 %

Mål: I 90% af journalerne skal der foreligge en behandlingsplan senest 8 dage efter behandlingsstart
* Esbjerg voksen og B&U afdeling trækker data fra PAS, hvilket medfører en stor population, herved vil deres værdier have væsentlig større indflydelse på det samlede resultat. Dette er korrigeret i beregningen, ved at procenten er omregnet til en stikprøve på 20.

tabel 4. Tilbud om opfølgningssamtale efter tvang

Afdeling	1. opgørelse 2009	2. opgørelse 2009	3. opgørelse 2009	4. opgørelse 2009
B&U Aug.	40%	67%	50%	100%
B&U Kolding	67%	43%	83%	100%
B&U Esbjerg	83%	80%	88%	80%
B&U Odense	100%	100%	50%	50%
Augustenborg	15%	65%	20%	71%
Haderslev (alm.)	75%	95%	79%	69%
Haderslev (geronto)	62%	70%	73%	100%
Kolding		23%	54%	69%
Middelfart	60%	53%	83%	86%
Vejle	72%	88%	69%	81%
Esbjerg	65%	53%	60%	83%
Odense	5%	20%	75%	75%
Svendborg	72%	93%	93%	92%
RSD I alt	55%	65%	67%	80%

Lovkrav.

Monitorering af opfølgningssamtale efter tvang i børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger skal tages med stort forbehold, da stikprøven ofte er mellem 0 og 4 journaler.

Tab. 5. Tid for første behandling foreligger senest 8 hverdage efter henvisning.

Afdeling (amb.+stat.)	2 kvartal 08	3 kvartal 08	4 kvartal 08	1 kvartal 09	2 kvartal 09	3 kvartal 09
B&U Aug.	90%	97%	95%	95%	93%	93%
B&U Kolding	23%	31%	42%	66%	73%	71%
B&U Esbjerg	92%	87%		89%	84%	67%
B&U Odense	63%	53%	58%	64%	76%	98%
Augustenborg (alm)	89%	83%	77%	77%	87%	85%
Augustenborg (ger)	86%	89%	82%	87%	85%	99%
Haderslev (alm.)	90%	92%	81%	92%	86%	80%
Haderslev(geronto)	98%	100%	90%	100%	94%	77%
Oligofreni	100%	100%	100%	22%	95%	73%
Kolding (alm)	64%	66%	63%	70%	63%	79%
Middelfart (alm)	92%	97%	93%	85%	91%	97%
Middelfart (ger)	100%	100%	83%	96%	100%	94%
Vejle	45%	56%	78%	94%	91%	56%
Esbjerg	89%	98%		92%	95%	93%
Odense	67%	83%	80%	78%	80%	96%
Svendborg	85%	84%	87%	75%	81%	96%
RSD I alt	76%	80%	75%	83%	84%	83%

Mål 90%

Tab.6 Epikrise er udstedt senest 3 hverdage efter udskrivning						
Afdeling (amb.+stat.)	2 kvartal 08	3 kvartal 08	4 kvartal 08	1 kvartal 09	2 kvartal 09	3 kvartal 09
B&U Aug.	75%	69%	68%	72%	74%	81%
B&U Kolding	62%	38%	53%	60%	53%	45%
B&U Esbjerg	89%	69%		36%	61%	52%
B&U Odense	51%	73%	76%	63%	77%	60%
Augustenborg (alm)	31%	28%	32%	39%	30%	45%
Augustenborg (ger)	100%	92%	81%	86%	100%	83%
Haderslev (alm.)	84%	92%	87%	88%	93%	78%
Haderslev(geronto)	96%	100%	89%	#	86%	83%
Kolding	86%	88%	88%	87%	82%	86%
Middelfart (alm)	82%	76%	79%	80%	91%	83%
Middelfart (ger)	59%	61%	45%	40%	45%	43%
Vejle	62%	74%	63%	88%	93%	94%
Esbjerg	63%	48%		64%	65%	64%
Odense	83%	87%	78%	72%	71%	82%
Svendborg	86%	87%	84%	91%	94%	95%
RSD I alt	74%	58,16%	61%	71%	72%	74,01%

Tab. 7. Behandlingsopstart Stationær afd.						
Afdeling (stat.)	2 kvartal 08	3 kvartal 08	4 kvartal 08	1 kvartal 09	2 kvartal 09	3 kvartal 09
B&U Aug.	100%	100%	100%	100%	100%	0%*
B&U Kolding	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B&U Esbjerg	100%	100%	Ingen data	100%	100%	100%
B&U Odense	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Augustenborg (alm)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Augustenborg (ger)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Haderslev (alm.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Haderslev(geronto)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kolding	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kolding (geronto)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Middelfart (alm)	100%	100%	100%	100%	100%	94%
Vejle	100%	100%	Ingen data	100%	100%	100%
Esbjerg	100%	100%	Ingen data	100%	100%	100%
Odense	96%	93%	82%	100%	100%	100%
Svendborg	88%	99%	100%	100%	100%	100%
B&U RSD I alt	100%	100%	100%	100%	100%	66%
Vok. RSD I alt	96%	99%	75%	100%	100%	99%
Mål 90% får behandlingsopstart senest 2 måneder efter modtagelse af henvisning						
*B&U der var en enkelt (ikke akut) patient og denne havde ventetid på over 2 mdr.						

Tab.4 Behandlingsopstart ambulant afd.						
Afdeling (amb.)	2 kvartal 08	3 kvartal 08	4 kvartal 08	1 kvartal 09	2 kvartal 09	3 kvartal 09
B&U Aug.	89%	78%	94%	69%	94%	95%
B&U Kolding	61%	52%	61%	65%	87%	50%
B&U Esbjerg	79%	77%	Ingen data	88%	78%	66%
B&U Odense	55%	42%	59%	38%	44%	57%
Augustenborg (alm)	93%	77%	90%	80%	83%	95%
Augustenborg (ger)	91%	99%	97%	93%	87%	95%
Haderslev (alm.)	94%	96%	96%	94%	100%	92%
Haderslev(geronto)	100%	95%	77%	56%	97%	89%
Haderslev(oligofreni)	100%	100%	100%	100%	100%	92%
Kolding (alm)	92%	95%	97%	92%	67%	67%
Kolding (geronto)	51%	29%	29%	16%	40%	26%
Middelfart (alm)	100%	100%	94%	95%	93%	100%
Middelfart (ger)	96%	96%	100%	100%	100%	100%
Vejle	64%	52%	94%	99%	97%	68%
Esbjerg	94%	93%	Ingen data	92%	96%	97%
Odense	90%	86%	95%	90%	89%	81%
Svendborg	94%	86%	96%	94%	86%	93%
B&U RSD I alt	69%	66%	75%	68%	77%	69%
Vok. RSD I alt	91%	85%	92%	89%	89%	87%
Mål 90% for behandlingsopstart senest 2 måneder efter modtagelse af henvisning						

Bilag 4 - NIP-skizofreni

	Standard	Standard opfyldt	% opfyldt	Udvikling 2008 til 2009
Indikator: 1a1. Andel patienter med incident skizofreni, der får bedømt psykopatologi af speciallæge	98%	Ja*	96	↑
Indikator: 1a2. Andel patienter med incident skizofreni, der interviewes med diagnostisk instrument	80%	Nej	72	↑
Indikator: 1b. Andel patienter med incident skizofreni, der udredes vedr. kognitiv funktion ved psykolog	50%	Ja	52	↓
Indikator: 1c. Andel patienter med incident skizofreni, der udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver	80%	Ja	86	↑
Indikator: 1d. Andel patienter med incident skizofreni med vanskeligheder ubehandlet psykose på mindre end 6 måneder	50%	Nej	37	↓
Indikator: 2. Andel ambulante patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet	90%	Ja	92	↑
Indikator: 3. Andel ambulante patienter, som har tilknyttet et fast medlem behandlerteamet eller har fået iværksat psykoterapeutisk behandlingsforløb	95%	Ja*	94	↑
Indikator: 4a. Andel patienter, som får ordineret medicinsk antipsykotisk behandling	90%	Ja	95	→
Indikator: 4b. Andel incidente patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som får ordineret SGA	80%	Ja	94	↑
Indikator: 5a. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af bivirkninger	90%	Ja	92	↑
Indikator: 5b. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af neurologiske bivirkninger	90%	Nej	85	↑
Indikator: 5c. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af sedation	90%	Ja*	89	↑
Indikator: 5d. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af vægtøgning	90%	Nej	85	↑
Indikator: 5e. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af seksuelle bivirkninger	90%	Nej	60	↑
Indikator: 5f. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af blodsukker	90%	Nej	68	↑
Indikator: 6i. Andel incidente patienter, hvor pårørende tager imod tilbud om kontakt	90%	Nej	85	↑
Indikator: 6p. Andel prævalente patienter, hvor pårørende tager imod tilbud om kontakt	50%	Ja	59	↑
Indikator: 7a. Andel patienter, der modtager psykoedukation i individuelle forløb	90%	Nej	78	↑
Indikator: 7bi. Andel incidente patienter, der modtager undervisning psykoedukation i et manualiseret forløb	40%	Nej	20	↑
Indikator: 7bp. Andel prævalente patienter, der modtager undervisning psykoedukation i et manualiseret forløb	20%	Nej	9	→
Indikator: 8a. Andel indlagte patienter med GAF _c ≤ 30, der udskrives til social støtteforanstaltning i bolig	90%	Ja	97	↑
Indikator: 8b. Andel indlagte patienter, der udskrives til psykiatrisk efterbehandling	90%	Nej	86	↓
Indikator: 8c. Andel patienter, der udskrives til ambulante behandling i sekundærsektoren, som indenfor 1½ år efter udskrivelsen får udfyldt et årsstatuskema for ambulante patienter	90%	Nej	80	↑
Indikator: 9. Andel udskrevne indlagte patienter, der er undersøgt for selvmordsrisiko forud for udskrivning	90%	Ja*	89	→

Figur 1 NIP skizofreni 2009 Region Syddanmark (Voksne) - data indsamlet i perioden 1. april 2008-31. marts 2009

	Standard	Standard opfyldt	% opfyldt	Udvikling 2008 til 2009
Indikator: 1a1. Andel patienter med incident skizofreni, der får bedømt psykopatologi af speciallæge	98%	Ja*	89	↑
Indikator: 1a2. Andel patienter med incident skizofreni, der interviewes med diagnostisk instrument	80%	Ja	100	↑
Indikator: 1b. Andel patienter med incident skizofreni, der udredes vedr. kognitiv funktion ved psykolog	80%	Ja	89	↑
Indikator: 1c. Andel patienter med incident skizofreni, der udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver	90%	Ja	100	→
Indikator: 1d. Andel patienter med incident skizofreni med varighed ubehandlet psykose på mindre end 6 måneder	50%	Ja*	33	↓
Indikator: 2. Andel ambulante patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet	85%	Ja	89	↑
Indikator: 3. Andel ambulante patienter, som har tilknyttet et fast medlem behandlerteamet eller har fået iværksat psykoterapeutisk behandlingsforløb	95%	Ja*	90	↓
Indikator: 4a. Andel patienter, som får ordineret medicinsk antipsykotisk behandling	90%	Ja	92	↓
Indikator: 4b. Andel incidente patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som får ordineret SGA	80%	Ja	100	→
Indikator: 5a. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af bivirkninger	90%	Ja	100	↑
Indikator: 5b. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af neurologiske bivirkninger	98%	Ja	100	↑
Indikator: 5c. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af sedation	98%	Ja	100	↑
Indikator: 5d. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af vægtøgning	98%	Ja	100	↑
Indikator: 5e. Andel patienter >= 13 år i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af seksuelle bivirkninger	98%	Ja*	90	↑
Indikator: 5f. Andel patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af blodsukker	98%	Nej	50	↑
Indikator: 6. Andel patienter, hvor pårørende tager imod tilbud om kontakt	98%	Ja	100	→
Indikator: 7a. Andel patienter, der modtager psykoekation i individuelle forløb	90%	Ja	91	↑
Indikator: 7bi. Andel incidente patienter, der modtager undervisning psykoekation i et manualiseret forløb	40%	Ja*	11	↓
Indikator: 7bp. Andel prævalente patienter, der modtager undervisning psykoekation i et manualiseret forløb	20%	Ja	50	↑
Indikator: 7ci. Andel incidente patienter / pårørende, der får tilbudt psykoekativ familieintervention	70%	Ja*	56	↓
Indikator: 7cp. Andel prævalente patienter / pårørende, der får tilbudt psykoekativ familieintervention	50%	Ja	50	↑
Indikator: 8a. Andel indlagte patienter med GAPD=5, der udskrives til social støtteforanstaltning i bolig	90%	Ja	100	→
Indikator: 8b. Andel indlagte patienter, der udskrives til psykiatrisk efterbehandling	90%	Ja	100	→
Indikator: 8c. Andel patienter, der udskrives til ambulante behandling i sekundærsektoren, som indenfor 1½ år efter udskrivelsen får udfyldt et årsstatusskema for ambulante patienter	90%	Ja	100	↑
Indikator: 9. Andel udskrevne indlagte patienter, der er undersøgt for selvmordsrisiko forud for udskrivning	90%	Ja	100	→

Figur 2 NIP skizofreni 2009 Region Syddanmark (Børne- og Unge) - data indsamlet i perioden 1. april 2008-31. marts 2009

Psykiatrien i Region Syddanmark
Teglårdsparken 26 . 5500 Middelfart
Tlf. 7664 6000

www.psykiatriensyddanmark.dk

10769 - Region Syddanmark - 07.2010