

## Rigshospitalets Kvalitetsråd

# Kvalitetsberetning 2010

REGION



Rigshospitalets Kvalitetsberetning 2010  
Kvalitetsrådet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
[www.rigshospitalet.dk](http://www.rigshospitalet.dk)

Redaktion:  
Kvalitetssekretariatet  
Afsnit 3354  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
Tel.: +45 3545 8583  
[www.rigshospitalet.dk](http://www.rigshospitalet.dk)

December 2011

## **Indholdsfortegnelse**

1. Kvalitetsudvikling – og organisering.....	4
2. Rigshospitalets monitoreringsplan .....	6
Anæstesi og sedering u. anæst. medvirken.....	6
Beredskab .....	7
Samlet vurdering .....	7
Eksternt udstyr .....	8
Ernæring .....	9
Hjertestopundervisning.....	13
Hygiejne .....	14
Infektionshygiejne.....	15
Patientsikkerhed.....	19
Patientsikkerhedsmål 1 .....	23
Patientsikkerhedsmål 2 .....	24
Patientsikkerhedsmål 3 .....	26
Patientsikkerhedsmål 4 .....	27
Patientsikkerhedsmål 5 .....	28
Patientsikkerhedsmål 6 .....	29
Rengøring .....	30
Smertebehandling .....	32
Tilgængelighed af journaler .....	34
Transfusionsdata – fejlmærkning / UTH .....	35
Transfusionskomplikationer, årligt komponentforbrug og kassation .....	36
Ventetid til MR scanning.....	37
Ventetid PET/CT scanning .....	38
3. Bilag 1 .....	39
Kvalitetsorganisationens mødeaktiviteter.....	39
Aktiviteter i centre og klinikker i 2010.....	39
Audit .....	39
Afvikling af patienttracere i 2010 .....	40
Bygningsgennemgang .....	41
Uanmeldt MOCK november 2010 .....	43
Indlæg på ISQua Konference 2010 .....	45

## Forord

Rigshospitalets Kvalitetsråd har i en årrække udarbejdet en årlig kvalitetsberetning, der afspejler de indsats- og udviklingsområder, som Rigshospitalets kvalitetsorganisation har udpeget til kvalitetsudvikling.

### 1. Kvalitetsudvikling – og organisering

1. I 2010 var der et ønske om at fokusere kvalitetsorganisationens arbejde, således at Kvalitetsrådet fik mere plads til at arbejde med kvalitetsudvikling på et mere strategisk grundlag end tidligere. En arbejdsgruppe blev nedsat med det formål at fremkomme med forslag til kvalitetsorganisationens fremtidige funktion og arbejdsmetode. Det har bl.a. betydet at:
  - Kvalitetsudvalgets mandat blev ændret, og reorganiseret pr. 1. september 2010. Mødehyppighed er fortsat 11 møder årligt samt et årligt temamøde.
  - I forhold til komiteer og udvalg blev det besluttet, at de udvalg der har en person for centerledelsen som formand fortsat referer til Kvalitetsrådet. Dette gælder således for sårudvalget, rengøringsudvalget og ernæringskomiteen.
  - Lægemeddelkomiteen referer til den lægelige direktør, Infektionshygiejnisk Udvalg til direktionen, ITA-gruppen og hjertestopudvalget referer til kvalitetsudvalget.
  
2. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som skulle arbejde med en metode, der som udgangspunkt skulle fokusere indsatsen i forhold til områder med potentiale for kvalitetsforbedringer. For at frigøre resurser til projektet, var det en overordnet tanke, at klinikernes deltagelse i at levere data til kvalitetsorganisationen skulle reduceres til et minimum, og således alene omfatte data for to til tre indsatsområder. Kvalitetsrådet besluttede derfor at iværksætte "Projekt Gennembrudsklinik", som fik 12 måneder til at arbejde med målopfyldelse indenfor to til tre områder, hvor der ledelsesmæssigt prioriteret var behov for kvalitetsforbedringer:
  - 10 klinikker blev udvalgt til at deltage i projektet.
  - Der skulle udarbejdes en projektbeskrivelse bl.a. med udvælgelse af to – tre områder til kvalitetsforbedring, fastsættelse af kvalitetsmål, indikatorer og plan for implementering.
  - Deltagerne blev i projektperioden fritaget for en række dataindsamlinger – bl.a. journalaudit.
  - Centerledelserne skulle rapportere klinikernes resultater tre gange til Kvalitetsrådet under projektperioden.
  - Udviklingsafdelingen skulle have en rolle som facilitatorer og levere metode og input til processen.
  - Projektet afsluttes i juni 2011 og evalueres i august 2011
  
4. Kvalitetsplanen 2009-2011 blev revurderet, og Kvalitetsrådet besluttede, at Kvalitetsplanens gyldighedsperiode skulle udvides til udgangen af 2012, idet det var ønsket, at koncentrere indsats for kvalitetsudvikling mod at opnå såvel international akkreditering ved Joint Commission International såvel som national akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel.
  
5. Region Hovedstaden vedtog den regionale kvalitetspolitik og handlingsplan for 2010-2013, som bygger på fire grundlæggende værdier:
  - Behandlingen skal være sikker for patienterne
  - Patienten skal være i centrum
  - Behandlingen skal være effektiv
  - Der skal være lighed i regionens tilbud om behandling

## **Læsevejledning**

Kvalitetsplanens monitoreringsplan giver et overblik over data, der rapporteres til og behandles i kvalitetsorganisationen. Side 6 til 38 præsenterer disse data.

Bilag 1 viser kvalitetsorganisationens mødeaktiviteter samt afviklede aktiviteter, der har haft til formål at understøtte hospitalets kvalitetsudvikling i centre og klinikker.

## 2. Rigshospitalets monitoreringsplan

### Anæstesi og sedering u. anæst. medvirken

<b>Emne*</b>	Anæstesi og sedering u. anæst. medvirken
<b>Dato*</b>	januar 2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	85%
<b>Indikatorer*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Præoperativ diagnose</li><li>▪ ASA klassifikation</li><li>▪ indikation for planlagt procedure</li><li>▪ Gennemført Time-Out</li></ul>
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Journalaudit x 2 årlig lukkede journaler
<b>Data over tid*</b>	nov 2009- nov 2010
<b>Dataanalyse*</b>	Der ses for alle indikatorer tilfredsstillende resultater, specielt bemærkes det, at Time-Out proceduren viser stabil fremgang.
<b>Handleplan *</b>	Der iværksættes ikke yderligere for nuværende. Data overvåges fortsat mhp at sikre fastholdelse af kvalitetsniveau
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Klinikledelser
<b>Kvalitetsrådets beslutning</b>	Analyse og handleplan er taget til efterretning

## Beredskab

<b>Emne*</b>	Test af Beredskabsplan
<b>Dato*</b>	Marts 2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	(skal ikke udfyldes)
<b>Indikatorer*</b>	Test af Beredskabsplan
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Øvelser</li> <li>▪ Test af hændelser, der aktiverer beredskab</li> </ul>
<b>Data over tid*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er afholdt en øvelse 15. september 2010 – flyulykke Kbh Lufthavn</li> <li>▪ 1 beredskabshændelse – busulykke på Bornholm</li> </ul>
<b>Dataanalyse*</b>	<p>Beredskabsøvelse: Øvelsen blev afholdt 15. september 2010 og omhandlede følgende områder: Flyulykke i Københavns Lufthavn</p> <p>Trin 1 beredskabshændelse 21. juli 2010: Busulykke på Bornholm:</p> <p><b>Samlet vurdering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beredskabet virkede og fungerede i store træk helt efter hensigten</li> <li>▪ Beredskabet var (fraset alarmeringsfasen) begunstiget med lang tid til ankomst af første patient</li> <li>▪ Ulykken skete lige efter 11.00, men AMK Region Hovedstaden modtog først meldingen mere end 45 min senere fra Vagtcentralen</li> <li>▪ Der skal være plads til improvisation – fx at sende akutlægehelikopter til Bornholm med anæstesilæge og anæstesisygeplejersker</li> <li>▪ Personalet løftede opgaven i et imponerende tværfagligt samarbejde</li> <li>▪ Erfaringerne kan anvendes til at styrke den nye beredskabsplan</li> </ul>
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Beredskabsledelsen, center og klinikledelser

## Eksternt udstyr

<b>Emne*</b>	Kvalitetssikring af eksternt udstyr (ABL)
<b>Dato*</b>	05.marts 2011
<b>Indikatorer*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følges proceduren beskrevet i PVI : Decentralt laboratoriemedicinsk analyse- og måleudstyr - Kvalitetssikring for anskaffelse af decentralt klinisk biokemisk udstyr?</li> <li>• Produces alle resultater (syre/base) på RH ud fra et ensartet kvalitetsniveau?</li> <li>• Er personalet trænet i brug af udstyret?</li> <li>• Er der kendskab til ovenstående PVI?</li> <li>• Er udstyret registreret i databasen hos Medikoteknisk afd.?</li> </ul>
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Intern audit
<b>Data over tid*</b>	Intern audit. 2008-09-12 v. Lene V. Jespersen, Kvalitetskoordinator, KB 3011
<b>Handleplan *</b>	<p>Der har været nedsat en arbejdsgruppe bestående af Direktionen ved den lægefaglige direktør, klinikere fra alle relevante centre, DIA centerledelse og Klinisk biokemisk afdeling. Arbejdsgruppens opgave var at revidere de tre vejledninger på området samt udarbejde plan for vejledningernes implementering. De tre vejledninger er foreslået erstattet af vejledningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decentralt klinisk biokemisk analyse- og måleudstyr – Indkøb og kvalitetssikring.</li> </ul> <p>Vejledningen godkendt af Rigshospitalets Kvalitetsråd 27. april 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau for kvalitetssikring af ABL på Rigshospitalet godkendt af Rigshospitalets Kvalitetsråd 27. april 2009.</li> </ul> <p>Der udestår allokering af ressourcer til denne kvalitetssikring, hvorfor implementeringen ikke er påbegyndt.</p> <p>Der er december 2010 i samarbejde med E-learning enheden på RH, samt øvrige regionale klinisk biokemiske afdelinger, påbegyndt udarbejdelse af E-learning program til recertificering af kompetencer til ABL blodgasudstyr. Dette E-learning kursus forventes klar til brug sommeren 2011.</p>
<b>Analysens konklusion*</b>	<p>Der udestår allokering af ressourcer til KB 3011. Af Kvalitetsrådsmøde 31-1 2011 fremgår det:</p> <p>”Kvalitetssikring af ABL’erne har tidligere været behandlet i kvalitetsrådet. Der er nu udarbejdet et økonomisk overslag for, hvad kvalitetssikring af disse vil koste, - ca. 50.000 kr./ABL’er, svarende til 600.000 kr./årlig, Sagen er til behandling i ØPA, og der forventes afklaring herfra”</p>

## Ernæring

<b>Emne*</b>	Handlingsplaner for ernæringsindsatsen på Rigshospitalet
<b>Dato*</b>	1. kvartal 2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	85%
<b>Indikatorer*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Om patienten er ernæringscreenet (dokumenteret) indenfor 24 timer</li> <li>Om der er iværksat ernæringsterapi (dokumenteret) hos risikopatienter</li> <li>Om kostformen er dokumenteret.</li> </ol>
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Audit – efterår / vinter 2009/ 2010
<b>Data over tid*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>RH: 62%    ABD: 77%    FIN: 52%    HJE: 92%    HOC: 50% JMC: 38%    NEU: 58%</li> <li>RH: 61%    ABD: 75%    FIN: 39%    HJE: 87%    HOC: 33% JMC: 14%    NEU: 56%</li> <li>RH: 64%    ABD: 71%    FIN: 61%    HJE: 83%    HOC: 74% JMC: 30%    NEU: 87%</li> </ol>
<b>Dataanalyse*</b>	Ernæringsaudit på Rigshospitalet maj 2009 viste nedgang for alle centre, på nær Hjertecentret som lå højere end mål % på to ud af tre målbare parametre.
<b>Handleplan *</b>	<p>Det blev derfor besluttet på Rigshospitalet, at der skulle en ekstraordinær indsats til for at løfte kvaliteten på dette område. Ud over den indsats der allerede blev gjort, bad Rigshospitalets Ernæringskomite hvert center udarbejde en handlingsplan, og det var utvetydigt, at det er et ledelsesansvar, at resultaterne bliver forbedret.</p> <p>Ernæringskomité var naturligvis indstillet på, at der skulle være plads til individuelle handlingsplaner i hvert center og hver klinik.</p> <p>Nedenfor ses planer der blev udarbejdet lokalt i centrene og klinikkerne. De enkelte centres planer beskriver både tværgående og lokale tiltag, idet nogle klinikker har valgt at arbejde mere intensivt med specifikke områder end andre klinikker.</p>
<b>Analysens konklusion*</b>	
<b>Resultater efter handlingsplanerne er iværksat</b>	
November 2009	
<ol style="list-style-type: none"> <li>RH: 69%    ABD: 81%    FIN: 70%    HJE: 91%    HOC: 56%    JMC: 62%    NEU: 65%</li> <li>RH: 60%    ABD: 75%    FIN: 62%    HJE: 92%    HOC: 24%    JMC: 30%    NEU: 78%</li> <li>RH: 68%    ABD: 84%    FIN: 73%    HJE: 79%    HOC: 68 %    JMC: 44%    NEU: 68%</li> </ol>	
Maj 2010	
<ol style="list-style-type: none"> <li>RH: 69%    ABD: 73%    FIN: 54%    HJE: 92%    HOC: 73%    JMC: 71%    NEU: 53%</li> <li>RH: 71%    ABD: 58%    FIN: 50%    HJE: 96%    HOC: 67%    JMC: 64%    NEU: 87%</li> <li>RH: 76%    ABD: 80%    FIN: 62%    HJE: 80%    HOC: 92%    JMC: 59%    NEU: 85%</li> </ol>	
November 2010	
<ol style="list-style-type: none"> <li>RH: 73%    ABD: 68%    FIN: 78%    HJE: 85%    HOC: 75%    JMC:100%    NEU: 62%</li> <li>RH: 68%    ABD: 71%    FIN: 67%    HJE: 80%    HOC: 93%    JMC:100 %    NEU: 33%</li> <li>RH: 72%    ABD: 73%    FIN: 77%    HJE: 97%    HOC: 85%    JMC: 10%    NEU: 60%</li> </ol>	



Handlingsplaner for ernæringsindsatsen på Rigshospitalet

Center:	Aktivitet:	Aktivitet:	Aktivitet:	Aktivitet:	Aktivitet:
<b>Abdominalcentret</b>	Alle klinikker skærper opmærksomheden vedr. ernæring og ledelsen sikre at ernæringsopgaven løses som beskrevet i politikken. Aktiv støtte til ernæringsnøglepersonerne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinikernes nøglepersoner gennemfører halvårslige audit i egen klinik og i tæt samarbejde m. ledelsen</li> <li>▪ Audit analyseres på klinikniveau og evt. tiltag iværksættes.</li> </ul>	I introduktionen indgår undervisning i ernæring som et fast punkt	Alle klinikker deltager i Nutrition Day in Europe 2010 (årlig tilbagevendende international tværsindsundersøgelse af ernæringsindsatsen i egen klinik)	
<b>Finsencentret</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Øget fokus og efterspørgsel fra ledelsen. Afd. sygepl. er ansvarlig for at spørge ind til ernæringsområdet ved bl.a. konferencer.</li> <li>▪ Ledere og nøglepersoner foretager stikprøver hver 14. dag mhp. screening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ud over intro. til centret, undervises <b>alle</b> nyanstatte sygepl. i eget afsnit/klinik, ud fra konkrete cases fra afsnittet.</li> <li>▪ I grundkurserne indgår ernæring.</li> <li>▪ Supplerende undervisning til nøglepersoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En klinik afholder i uge 48 en temauge med overskriften <i>"Mad, mennesker, måltid og motivation"</i></li> <li>▪ En klinik påklister på ernæringskemaet deskriptiv label til at lette scoring af patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gentagne audit som analyseres af ledere og nøglepersoner og evt. justeringer/tiltag besluttet.</li> <li>▪ Screening indgår i tjeklister/statusark for modtagelse af patienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medinddragelse af patienterne, gennem velkomstpjecerne, ud fra filosofien om at jo mere man informere patienten om emnet, jo mere efterspørger patienter det. Derfor oplysning om screening og ugentlig vejning</li> <li>▪ Hvor det er muligt kan patienter selv føre tavle med screening /rescreening</li> </ul>

<b>Center:</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Aktivitet:</b>
<b>Hjertecentret</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intro. af nyansatte i alle afsnit – modul ernæring</li> <li>▪ Trin 1-undervisning for nyansatte sygeplejersker</li> </ul>	Vejledning/supervision/undervisning og refleksion relateret til observation og pleje af den konkrete patient samt dokumentation heraf	Dokumentere/synliggøre ernæringscreening og ernæringsplan på patientoversigten (tavle)	Interne audit	
<b>HovedOrtoCentret</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrukser og retningslinier revideres</li> <li>▪ Der udarbejdes i samarbejde m. klinikledelserne funktionsbeskrivelser for nøglepersoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyansat personale undervises i ernæring på introkurset i HOC.</li> <li>▪ Nyt personale introducere af nøglepersoner til ernæringspolitik og ernæringscreening i hver klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernæring og ernærings-screening synliggøres på patienttavler.</li> <li>▪ Udarbejdet ernæringsmapper og patientkategorier for scoring af sværhedsgrad for sygdom.</li> </ul>	Alle afsnit og amb. udfører audit på ca. 20 journaler x 4 årligt. Resultater drøftes på personalemøder og ernæringsgruppemøder.	
<b>Juliane Marie Centret</b>	Pædiatri: Udarbejdelse af evt. supplerende specialespecifikke ernæringsindikatorer, som vil indgå i de regionale journalaudit fra maj 2010				
<b>Neurocentret</b>	Udpegning af nøglepersoner i alle klinikker	Undervisning for alle personalegrupper (introduktion, screening, rescreening og audit	Alle klinikker indarbejder øget fokus på ernærings-screening og rescreening	Audit hver mdr. frem til feb. 2010 – resultaterne drøftes på kvalitetsrådsmøderne i NEU	

## Hjertestopundervisning

<b>Emne*</b>	Hjertestop data
<b>Dato*</b>	14-2-2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	85%
<b>Indikatorer*</b>	85 procent af alle ansatte skal have gyldigt hjertestopkursus
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Andel af ansatte med patientkontakt, der har gennemført kursus indenfor de sidste 2 år
<b>Data over tid*</b>	Kursus portalen tager stilling til kursus indenfor sidste 2 år
<b>Dataanalyse*</b>	Målet på 85 procent ikke opnået
<b>Handleplan *</b>	Decentrale hjertestopkurser, afdelinger kan bestille kurser når det passer afdelingens program. Data fremlægges på kvalitetsudvalgsmøder ca. hvert 3 måned. Afdelingerne har selv ansvar for at sætte personalet på kursus. I forbindelse med mus samtale skal hjertestopkursus fremlægges. Forbedring af data fra kursus portalen.
<b>Analysens konklusion*</b>	Hjertestop kurserne skal vægtes bedre af afdeling, der skal gives plads til at ansatte tager på kursus, også i en travl hverdag. Afdelingerne skal selv monitorerer hvorvidt de opfylder kravet på 85 procent og opfordre personale der mangler kursus.
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Centerledelser og hjertestopkoordinator
<b>Kvalitetsrådets beslutning</b>	<p><b>31. maj 2010 Behandling:</b> for at opnå større andel af personale med gyldig hjertestopkursus er der opstillet ændringsforslag i forhold til nuværende praksis. Overordnet på to områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kurserne tilbydes i lokalt i centrene</li> <li>- tidsforbruget for den enkelte kursist optimeres</li> </ul> <p>For de enkelte kurser gælder:</p> <p><u>Basalt hjertestop kursus:</u> tilbydes i klinikkerne, er øget til 2 timer. Kan rediceres til 1½ time ved 6 deltagere. Her kan der være 2 parallelle sessioner i centrene. Tilbydes onsdag og torsdag mellem 8-16</p> <p><u>Børne- og voksenkursus</u> bliver et kombineret kursus, og kan afvikles på 3½ time. Tilbydes onsdag og torsdag mellem 8-16</p> <p><u>Intermediærkursus:</u> 3 timers varighed. Kan foregår lokalt under forudsætning af et passende lokale herunder ilt (transportabelt), sug (transportabelt), seng, projektor m.m. Tilbydes hver onsdag og torsdag mellem 8:00 – 16:00 til grupper på max 16.</p> <p><u>Avanceret kursus:</u> ved at reducere antallet til maks. 7 deltagere kan dette kursus reduceres til 4 timer. Kan ikke foregå i lokalt</p> <p><u>Ikke klinisk personale:</u> her skal der etableres et kort kursus for alle nyansatte enten lokalt eller tværgående</p> <p><b>Beslutning:</b> ændringerne i hjertestopuddannelserne godkendes. Undtaget er proces for ikke klinisk personale, dette sendes til AnneMette Risak mhp videre behandling i direktionen. Kvalitetssekretariatet sørger for information om ændringer og tilbud sendes ud i de enkelte centre.</p>

## Hygiejne

<b>Emne</b>	Hygiejne
<b>Dato</b>	17.05.2010
<b>Kvalitetsmål (fastsat af Kvalitetsrådet)</b>	Årlig validering
<b>Indikatorer</b>	Validering af tunnelvasker
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Tunnelvaskeren synes ikke at eksistere i Standard 2451-13. Følgende kvalitetskontrol foretages d.d. i henhold til Kvalitetshåndbog for Sterilcentral RH 2005: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daglig kontrol af filtre og riste</li> <li>• Rengøring 1. gang ugentlig</li> <li>• 2. gange årlig kontrol af doseringspumpe med henblik på korrekt sæbe- og afspændingsmiddel.</li> </ul>
<b>Data over tid</b>	Der er ikke foretaget revalidering
<b>Dataanalyse</b>	Der er aldrig foretaget validering/revalidering af tunnelvaskeren.
<b>Handleplan</b>	Revalidering 1. gang årligt. Det er målet, at forebyggende vedligeholdelse ligeledes skal foretages 1. gang årligt. Der skal findes budget til fremtidige revalideringer.

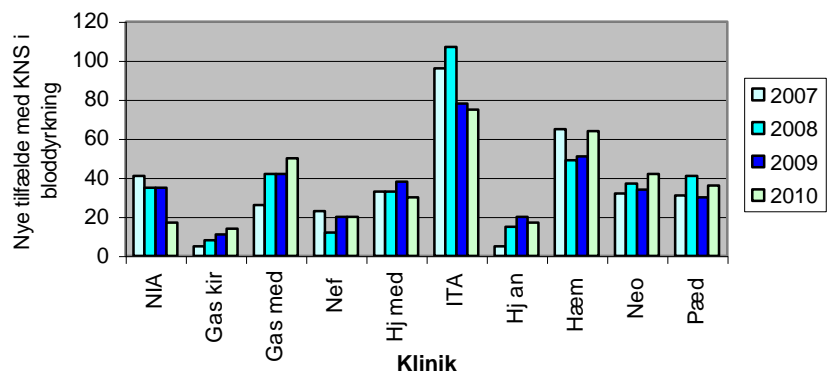
<b>Emne</b>	Hygiejne
<b>Dato</b>	17.05.2010
<b>Kvalitetsmål (fastsat af Kvalitetsrådet)</b>	Årlig validering
<b>Indikatorer</b>	Validering af tørreskab
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Følgende kvalitetsovervågning foretages d.d. i henhold til gældende Standard 2451-13: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rengøring 1. gang ugentlig</li> </ul>
<b>Data over tid</b>	Der er ikke foretaget revalidering
<b>Dataanalyse</b>	Der er aldrig foretaget validering/revalidering af tørreskabet.
<b>Handleplan</b>	Revalidering 1. gang årlig inklusiv kalibrering af temperatur termostaten. Der skal findes budget til fremtidige revalideringer.

<b>Emne</b>	Hygiejne
<b>Dato</b>	17.05.2010
<b>Kvalitetsmål (fastsat af Kvalitetsrådet)</b>	Årlig validering
<b>Indikatorer</b>	Validering af ultralydsrenser
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Følgende kvalitetsovervågning foretages d.d. i henhold til gældende Standard 2451-13: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der udføres daglig kontrol og rengøring af ultralydsrenser</li> </ul>
<b>Data over tid</b>	Der er ikke foretaget revalidering
<b>Dataanalyse</b>	Der er aldrig foretaget validering/revalidering af ultralydsrenseren. Med udgangspunkt i en tidligere risikoanalyse (dato ?) foretaget af maskinafdelingen, er det besluttet, at der ikke foretages regelmæssig forebyggende vedligeholdelse på apparaturet. Det er ikke, hvad gældende Standard anbefaler.
<b>Handleplan</b>	Revalidering 1. gang årligt i henhold til gældende Standard. Det er målet, at forebyggende vedligeholdelse ligeledes skal foretages 1. gang årligt. Der skal findes budget til fremtidige revalideringer.

## Infektionshygiejne

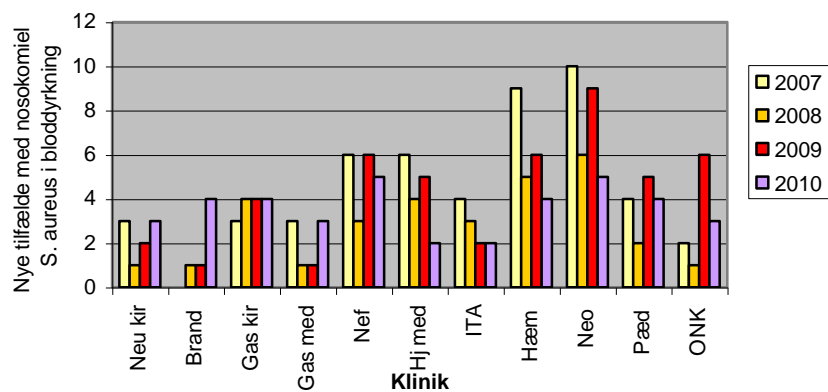
<b>Emne*</b>	<b><i>Kontaminationer og infektioner relateret til intravaskulære katetre.</i></b>																																
<b>Dato*</b>	20.02.2011																																
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	En reduktion over 4 år på 50% i infektioner/kontaminationer med koagulase negative stafylokokker (KNS) i bloddyrkninger																																
<b>Indikatorer*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Koagulase negative stafylokokker (KNS), <i>S. aureus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. maltophilia</i> og <i>Acinetobacter</i> spp. i bloddyrkninger.</li> <li>2) Hospitalserhvervede blodbårne infektioner med <i>S. aureus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. maltophilia</i> og <i>Acinetobacter</i> spp.</li> <li>3) Positive bloddyrkninger trukket på centrale venekatetre (CVK).</li> </ol>																																
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det totale antal bloddyrkninger med <i>S. aureus</i>, KNS og vandbakterier (<i>P. aeruginosa</i>, <i>Acinetobacter</i> spp., <i>S. maltophilia</i>) opgøres for Rigshospitalet og for de enkelte klinikker.</li> <li>2) Hospitalserhvervede blodbårne infektioner med <i>S. aureus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. maltophilia</i> og <i>Acinetobacter</i> spp. opgøres ved at sammenholde ovenstående data med det patientadministrative system.</li> <li>3) Det totale antal positive bloddyrkninger trukket på CVK er opgjort for de enkelte klinikker.</li> </ol>																																
<b>Data over tid*</b>	<p>KNS er ofte hospitalshvervede kateterrelaterede kontaminationer/infektioner eller de forekommer hos patienter med langtidsliggende intravaskulære katetre.</p> <div data-bbox="513 1041 1380 1489" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>Incidensproportion af patients med <i>Staphylococcus aureus</i> og koagulase negative stafylokokker (KNS) i bloddyrkning 2004-2010</b></p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Estimated data from the chart</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>KNS (%)</th> <th>S. aureus (%)</th> <th>S. aureus -nosokomial (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004</td> <td>8.5</td> <td>2.5</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>7.5</td> <td>2.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>7.5</td> <td>2.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>6.5</td> <td>2.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>7.0</td> <td>1.5</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>6.0</td> <td>2.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>6.0</td> <td>2.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Det er relativt få klinikker der har mange patienter med KNS i bloddyrkninger (&gt;12 patienter pr. år).</p>	År	KNS (%)	S. aureus (%)	S. aureus -nosokomial (%)	2004	8.5	2.5	1.0	2005	7.5	2.0	1.0	2006	7.5	2.0	1.0	2007	6.5	2.0	1.0	2008	7.0	1.5	0.5	2009	6.0	2.0	1.0	2010	6.0	2.0	1.0
År	KNS (%)	S. aureus (%)	S. aureus -nosokomial (%)																														
2004	8.5	2.5	1.0																														
2005	7.5	2.0	1.0																														
2006	7.5	2.0	1.0																														
2007	6.5	2.0	1.0																														
2008	7.0	1.5	0.5																														
2009	6.0	2.0	1.0																														
2010	6.0	2.0	1.0																														

**Totalt antal patienter med koagulase negative stafylokokker (KNS) i bloddyrkning 2007-2010**



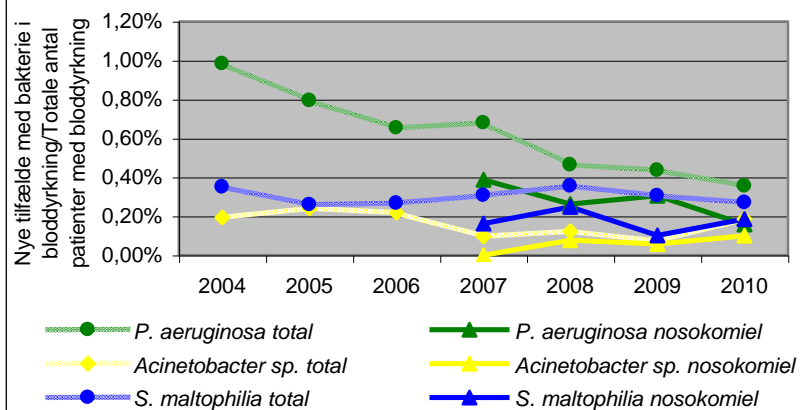
Der er en betydelig variation i antallet af patienter med nosokomielle (hospitalserhvervede) blodbårne *S. aureus* infektioner fra år til år, men ingen klinikker har haft over 5 tilfælde i 2010.

**Patienter med nosokomielle blodbårne *Staphylococcus aureus*-infektioner 2007-2010**

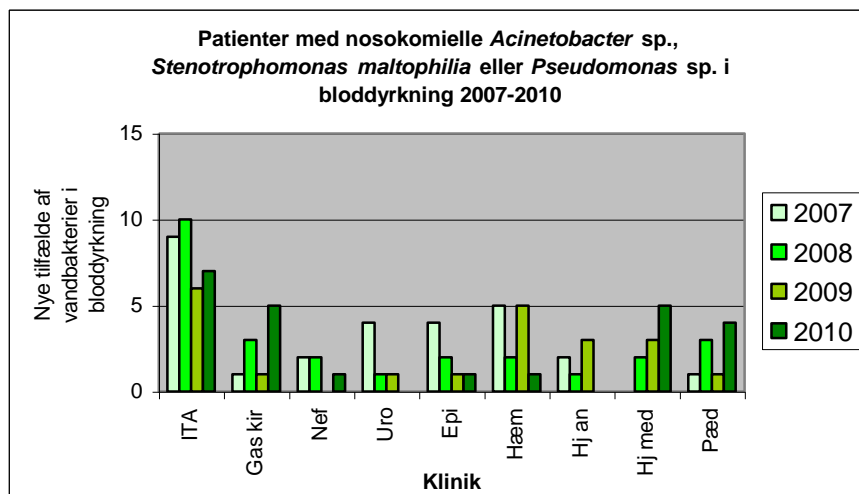


En række vandbakterier kan sættes i forbindelse med infektioner relateret til intravaskulære katetre. De hyppigst forekommende af disse er *P. aeruginosa*, *S. maltophilia* og *Acinetobacter* arter.

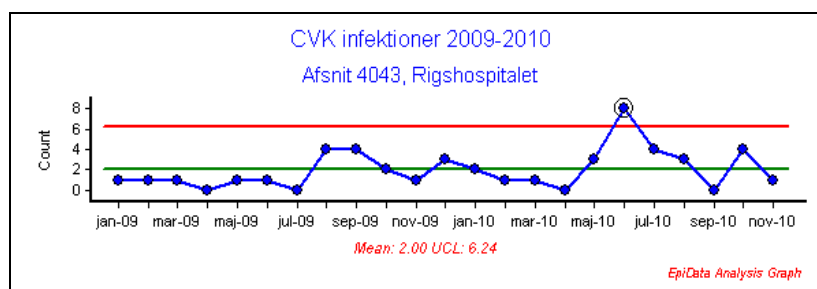
**Incidensproportion af patienter med *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* species and *Stenotrophomonas maltophilia* i bloddyrkning 2004-2010**



Antallet af patienter med hospitalserhvervede blodbårne infektioner forårsaget af *P. aeruginosa*, *S. maltophilia* eller *Acinetobacter* spp. i bloddyrkninger fra 2007 til 2010, fordelt på klinikker.

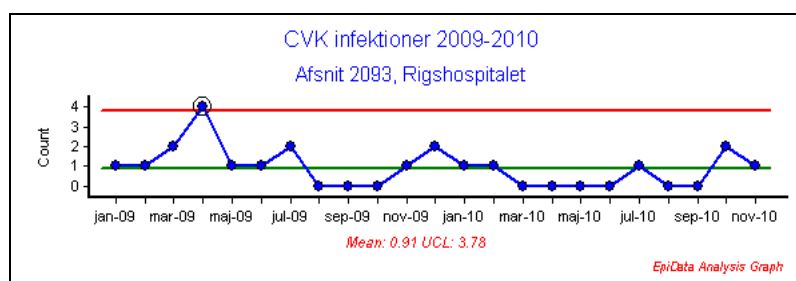


Hæmatologisk klinik 4043 kontaktede Infektionshygiejnisk Enhed da de havde observeret et stigende antal positive bloddyrkninger trukket på centrale venekatetre (CVK). Som det fremgår af nedenstående kontrolkort var der en stigning i positive bloddyrkninger fra april til juni 2010.



Efter at man blev opmærksom på problemet blev der gjort en vellykket indsats for at reducere antallet af positive bloddyrkninger.

Et andet eksempel på kontrolkort for positive bloddyrkninger trukket på CVK i 2009 og 2010 i NIA 2093, hvor der ikke har været problemer for nyligt.



**Dataanalyse\***

Fra 2004 til 2009 faldt incidensen af bloddyrkninger med KNS mere end 25%. Det første fald tilskrives de regelmæssige håndhygiejnepagner, der har været på Rigshospitalet siden 2001. Indførelse af CVK pakken kan også have været en medvirkende årsag til dette sidste fald fra 2008 til 2009. Der er ikke et tilsvarende fald i inciden-

	<p>sen af bloddyrkninger med <i>S. aureus</i> formentlig som følge af at en større andel af disse er primære infektioner.</p> <p>Incidensen af hospitalserhvervede blodbårne infektioner med <i>S. aureus</i> er faldet ca. 20% fra 2007 til 2010 og udgør nu under halvdelen af alle patienter med <i>S. aureus</i> i bloddyrkninger.</p> <p>Det er få klinikker, der har mange patienter med KNS i bloddyrkninger (&gt;12 patienter pr. år). Enkelte klinikker (ITA og NIA) har haft markante fald i antallet af patienter med KNS i bloddyrkninger, mens de fleste andre klinikker har et konstant eller let stigende antal patienter med KNS i bloddyrkninger.</p> <p>Incidensen af <i>P. aeruginosa</i> i bloddyrkninger har været konstant faldende siden 2004 som følge af den overvågning og de målrettede interventioner, der er foretaget omkring drikkevand og bruservand. Incidensen af hospitalserhvervede infektioner falder parallelt med faldet i det totale antal infektioner for de sidste 4 år og at over halvdelen nu skyldes infektioner patienterne kommer med hjemmefra. Ved tilbage estimering betyder det at der har været en reduktion på 75% i incidensen af hospitalserhvervede bloddyrkninger med <i>P. aeruginosa</i>, mens infektioner patienterne indlægges med stort set har været konstant.</p> <p>Der er ikke en tilsvarende reduktion i incidensen af <i>S. maltophilia</i> og <i>Acinetobacter</i> spp. Det er fortsat er 0,1-0,2% hospitalserhvervede infektioner med vandbakterier, hvilket i forhold til Rigshospitalets patientklientel er et lavt niveau.</p> <p>Det er kun nogle få klinikker der har mere end en enkelt patient med hospitalserhvervede blodbårne infektioner med disse bakterier om året.</p>
<p><b>Handleplan *</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Udarbejdelse af detaljeret projektplan, der indeholder a) monitorering af infektioner relateret til intravaskulære katetre/evt. mikroorganismer, b) audit af anlæggelse og pleje af intravaskulære katetre.</li> <li>2) Udvælgelse af afsnit med mange akutte intravaskulære katetre.</li> <li>3) Pilotprojekt i et afsnit (tentativt ITA 4131).</li> <li>4) Undersøgelse af hvad intensiv database, CIS kan bruges til.</li> <li>5) Overvågning af incidensen af KNS i den mikrobiologiske database MADS.</li> </ol>
<p><b>Analysens konklusion*</b></p>	<p>Der er fortsat en stor del af de positive bloddyrkninger der kan relateres til hospitalserhvervede infektioner relateret til brug af intravaskulære katetre. Koagulase negative stafylokokker er den hyppigste årsag hertil og det anses for muligt at reducere antallet af infektioner/kontaminationer med koagulase negative stafylokokker i bloddyrkninger med 50% over 4 år.</p>

Uddrag fra Dialogaftale 2010:

Over de kommende fire år er det målet at opnå halvering af hospitalsinfektioner

- 1) Post operative sårinfektioner..
- 2) Pneumonier (VAP)
- 3) Gastroenteritis.
- 4) Urinvejsinfektioner.
- 5) Infektioner relateret til intravaskulære katetre

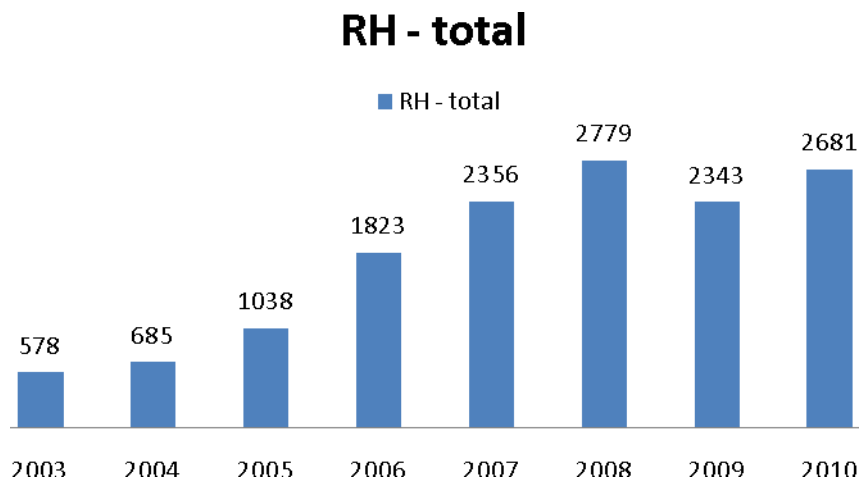
#### Udvalgt indsatsområde

Klinikker, der har mere end 2 infektioner pr. måned relateret til intravaskulære katetre er omfattet af planen for halvering af hospitalsinfektioner. Der gennemføres audit med efterfølgende plan for reduktion af infektioner. Pt. er 10 klinikker omfattet af planen, der forventes afsluttet medio 2011

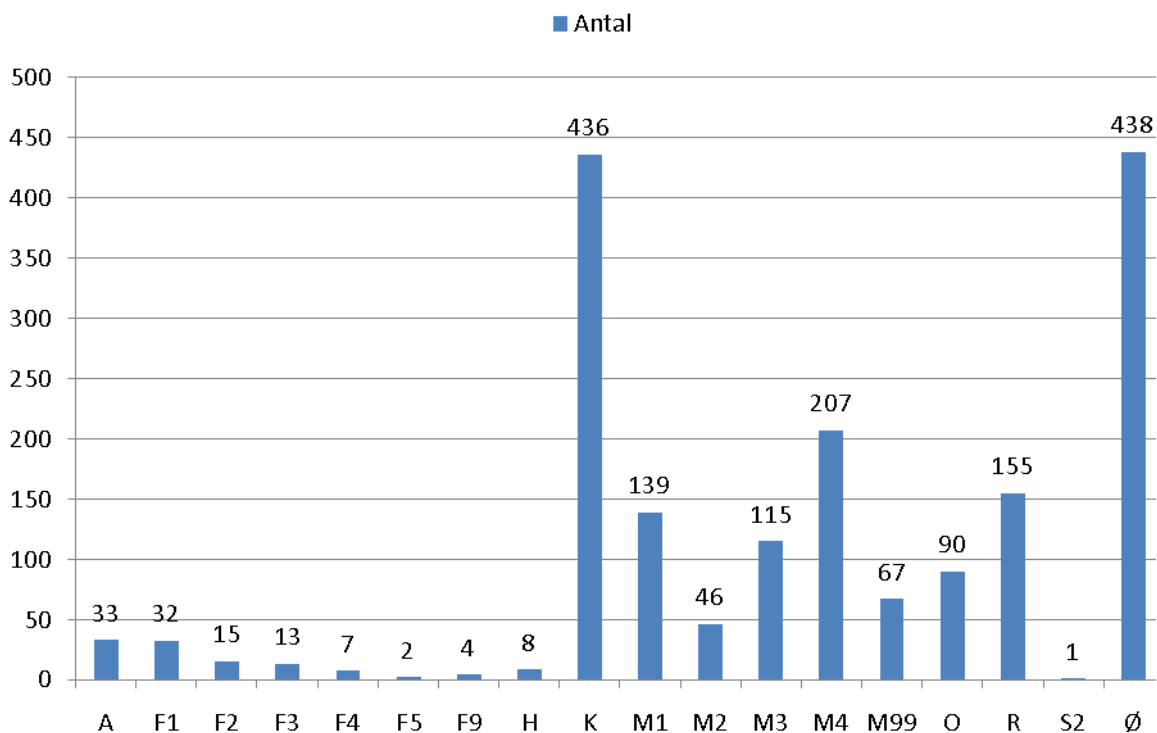
## Patientsikkerhed

### Antal rapporterede hændelser:

I 2010 ses en stigning af rapporteringer på 14 % i forhold til antal rapporteringer i 2009.

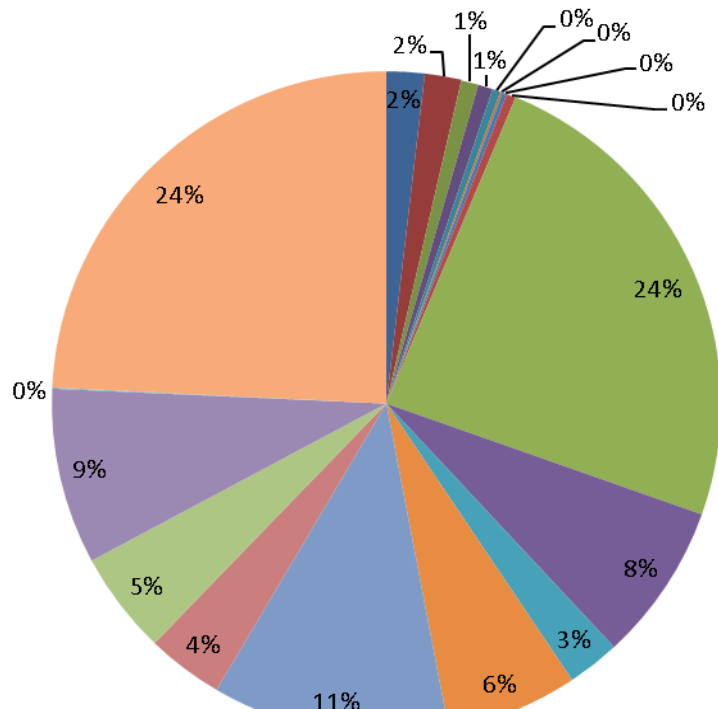


### Hændelsesklassifikation



## Hændelsesklassifikation

A ■ F1 ■ F2 ■ F3 ■ F4 ■ F5 ■ F9 ■ H ■ K ■ M1 ■ M2 ■ M3 ■ M4 ■ M99 ■ O ■ R ■ S2 ■ Ø



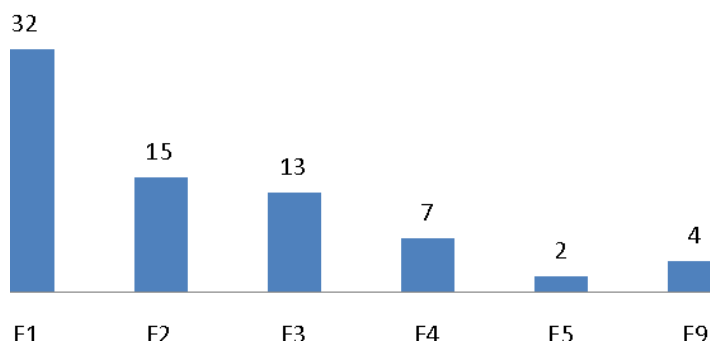
### Definitioner:

A: Anæstesi; F1: Faldet skete på sygestuen; F2: Faldet skete på et toilet/badeværelse; F3: Faldet skete på fællesareal; F4: Faldet skete på gangareal; F5: Faldet skete uden for afdelingen; F9: Faldet skete andet sted; H: Hjertestop/uventet dødsfald; K: Kontinuitetsbrud; M1: Medicinordination; M2: Dokumentation; M3: Medicindispensering; M4: Medicinadministration; M99: Anden medicineringshændelse; O: Operativt/invasivt indgreb; R: Forveksling/fejlkommunikation; S2: Selvmordsforsøg; Ø: Øvrige hændelser

### Faldhændelser:

Der er rapporteret 73 faldhændelser, der fordeler sig som illustreret i nedenstående graf:

## Faldhændelser



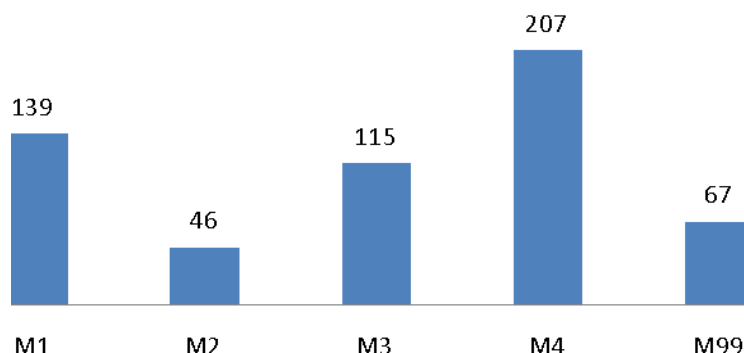
### Definitioner:

F1: Faldet skete på sygestuen; F2: Faldet skete på et toilet/badeværelse; F3: Faldet skete på fællesareal; F4: Faldet skete på gangareal; F5: Faldet skete uden for afdelingen; F9: Faldet skete andet sted.

### Medicineringshændelser:

Der er rapporteret 574 medicineringshændelser, der fordeler sig som illustreret i nedenstående graf:

## Medicineringshændelser



Definitioner:

M1: Medicinordination; M2: Dokumentation; M3: Medicindispensering; M4: Medicinadministration; M99: Anden medicineringshændelse.

Desuden er der rapporteret:

- 33 hændelser med klassifikation A: Anæstesi;
- 8 hændelser med klassifikation H: Hjertestop/uventet dødsfald;
- 436 hændelser med klassifikation K: Kontinuitetsbrud;
- 90 hændelser med klassifikation O: Operativt/invasivt indgreb;
- 155 hændelser med klassifikation R: Forveksling/fejlkommunikation;
- 1 hændelse med klassifikation S2: Selvmordsforsøg;
- 438 hændelser med klassifikation Ø: Øvrige hændelser

### Nærhændelser:

I de afsluttede data er 90 hændelser klassificeret som nærhændelser.

### Alvorlige hændelser:

Ud af 2681 hændelser er 26 hændelser scoret til SAC 3:

- Der er fundet grundlag for 20 kerneårsagsanalyser,
- hvoraf der er gennemført 11 kerneårsagsanalyser,
- 6 analyser er afslået fra center/klinikledelse, da analyser ikke ville bringe ny læring
- 2 analyser er overgået til regionale analyser
- 1 analyse er stadig i proces.

### Kerneårsagsanalyse:

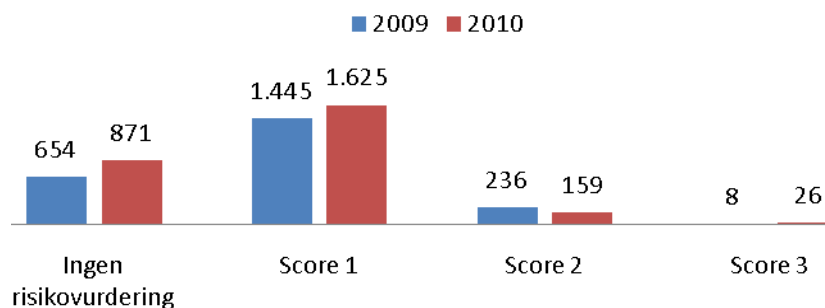
- Forsinket erkendelse af ændret biopsisvar
- Bolus af K+
- Rumperet ekstrauterin graviditet
- Hjertestop
- Thyreoidearesection
- Ødemudvikling i hjernen efter strålebehandling
- Dødsfald efter faldhændelse på gaden
- Sen erkendelse af ændret biopsisvar
- Karkirurgisk – fjernelse af sheat
- Rhesusimmuniseret barn dør
- Maturt barn dør

### Regionale kerneårsagsanalyser 2010

- Forsinket diagnostik og behandling af blødning i hjernen

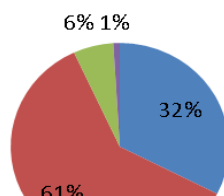
- Dødsfald efter sen opdagelse af meningistis
- Intrakraniel blødning efter fald hos patient i AK behandling
- Udspring fra vindue

## Risikovurdering



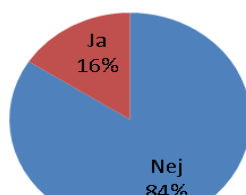
## Scoring

Ingen risikovurdering ■ Score 1 ■ Score 2 ■ Score 3



**Anonyme rapporteringer** andrager 426 hændelser svarende til 16 % af total. Der planlægges til målrettet indsats i klinikker med høj andel af anonyme rapporteringer.

## Anonyme hændelser



## Patientsikkerhedsmål 1

<b>Emne</b>	<b>Korrekt identifikation af patienter</b>																																																
<b>Dato</b>	Februar 2011																																																
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	Korrekt identifikation af patient = 90% (opfyldt nov. 2007) Delmål handleplan for de 6 patientsikkerhedsmål 2007 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 % december 2007</li> <li>• 90 % februar 2008</li> </ul>																																																
<b>Indikatorer</b>	<p><b>2007/2008</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan identificeres en patient? (viden hos personale om korrekt identifikation – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> <li>• Hvornår identificeres en patient? (viden hos personale om korrekt identifikation – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> <li>• Har patienten armbånd på? (Observation – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> <li>• Hvis nej, dokumentation i journal for fravalg: (Journalaudit – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> </ul> <p><b>2009-06</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er prøvemateriale korrekt mærket? (Observation – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> <li>• Har patienten armbånd på? (Observation – stikprøve ved afsnitsbesøg/tracere)</li> </ul> <p><b>2009-12</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDA-id medicinadministration</li> </ul> <p><b>2011-01</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiv de 2 informationer, der skal indhentes for at patienten er korrekt identificeret</li> <li>• Giv 3 situationer / processer, der kræver, at du identificerer patienten?</li> <li>• Har patienten armbånd på?</li> </ul>																																																
<b>Kvalitetsovervågning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnitsbesøg nov. 2008 til jan. 2008</li> <li>• Opfølgingsafsnitsbesøg maj/juni 2009</li> <li>• Medicintracer dec. 2009</li> <li>• Afsnitsbesøg jan/feb. 2011</li> <li>• Kvalitetsråd og –udvalg</li> </ul>																																																
<b>Data over tid</b>	<p style="text-align: center;"><b>Mål 1: korrekt identifikation</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Mål 1: korrekt identifikation</caption> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Hvordan identificeres en patient?</th> <th>Hvornår identificeres en patient?</th> <th>Har patienten armbånd på ?</th> <th>Hvis nej, dokumentation i journal af fravalg</th> <th>Er prøvemateriale korrekt (navn, CPR, afdeling, og dato) mærket? (prøver opbevaret i afdelingens køleskab)?</th> <th>Angiv de 2 informationer, der skal indhentes for at patienten er korrekt identificeret</th> <th>Giv 3 situationer / processer, der kræver, at du identificerer patienten?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007-11</td> <td>95%</td> <td>95%</td> <td>75%</td> <td>30%</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2007-12</td> <td>95%</td> <td>95%</td> <td>75%</td> <td>15%</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2008-01</td> <td>95%</td> <td>95%</td> <td>75%</td> <td>10%</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2009-06</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>85%</td> <td>-</td> <td>90%</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2011-01</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>85%</td> <td>-</td> <td>95%</td> <td>95%</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Hvordan identificeres en patient?	Hvornår identificeres en patient?	Har patienten armbånd på ?	Hvis nej, dokumentation i journal af fravalg	Er prøvemateriale korrekt (navn, CPR, afdeling, og dato) mærket? (prøver opbevaret i afdelingens køleskab)?	Angiv de 2 informationer, der skal indhentes for at patienten er korrekt identificeret	Giv 3 situationer / processer, der kræver, at du identificerer patienten?	2007-11	95%	95%	75%	30%	-	-	-	2007-12	95%	95%	75%	15%	-	-	-	2008-01	95%	95%	75%	10%	-	-	-	2009-06	-	-	85%	-	90%	-	-	2011-01	-	-	85%	-	95%	95%	95%
Tidspunkt	Hvordan identificeres en patient?	Hvornår identificeres en patient?	Har patienten armbånd på ?	Hvis nej, dokumentation i journal af fravalg	Er prøvemateriale korrekt (navn, CPR, afdeling, og dato) mærket? (prøver opbevaret i afdelingens køleskab)?	Angiv de 2 informationer, der skal indhentes for at patienten er korrekt identificeret	Giv 3 situationer / processer, der kræver, at du identificerer patienten?																																										
2007-11	95%	95%	75%	30%	-	-	-																																										
2007-12	95%	95%	75%	15%	-	-	-																																										
2008-01	95%	95%	75%	10%	-	-	-																																										
2009-06	-	-	85%	-	90%	-	-																																										
2011-01	-	-	85%	-	95%	95%	95%																																										

## Patientsikkerhedsmål 2

<b>Emne</b>	<b>Sikker kommunikation</b>																																																
<b>Dato</b>	Februar 2011																																																
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	Korrekt anvendelse af principperne for sikker kommunikation = 85 % januar 2008 Delmål 2007 = 60%																																																
<b>Indikatorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer ? Interview med 5 medarbejdere pr. afsnit.</li> <li>- Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer ? Interview med 5 medarbejdere pr. afsnit</li> <li>- Anvendes "skriv ned og læs op" blokke ? Interview med 5 medarbejdere pr. afsnit.</li> <li>- Ved telefonisk afgivelse af svar. Modtageren læste uopfordret følgende oplysninger op (2011-02-17) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>o Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>o Svar - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>o Bad KB modtager gentage? - observation</li> </ul> </li> </ul>																																																
<b>Kvalitetsovervågning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afsnitsbesøg 2007-11 til 2008-01</li> <li>- Afsnitsbesøg 2009-06</li> <li>- Medicinracere efterår 2009</li> <li>- Patientracere forår 2010</li> <li>- DIA observation februar 2011</li> </ul>																																																
<b>Data over tid</b>	<p style="text-align: center;"><b>Patientsikkerhedsmål 2 - Forbedring af kommunikation</b></p> <table border="1"> <caption>Data from Patientsikkerhedsmål 2 - Forbedring af kommunikation</caption> <thead> <tr> <th>Observationstidspunkt</th> <th>Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer?</th> <th>Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer (modtager skriver besked ned og genlæser denne for afsender, og bekræfter korrekt besked).</th> <th>Anvendes "skriv ned og læs op" blokke?</th> <th>Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret</th> <th>Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret</th> <th>Svar - observation modtager gentog uopfordret</th> <th>Bad KB modtager gentage? - observation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007-11</td> <td>75%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2007-12</td> <td>85%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2008-01</td> <td>85%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2009-06</td> <td></td> <td>75%</td> <td>45%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2011-02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35%</td> <td>35%</td> <td>75%</td> <td>65%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer?</li> <li>■ Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer (modtager skriver besked ned og genlæser denne for afsender, og bekræfter korrekt besked).</li> <li>■ Anvendes "skriv ned og læs op" blokke?</li> <li>□ Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>■ Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>■ Svar - observation modtager gentog uopfordret</li> <li>■ Bad KB modtager gentage? - observation</li> </ul>	Observationstidspunkt	Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer?	Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer (modtager skriver besked ned og genlæser denne for afsender, og bekræfter korrekt besked).	Anvendes "skriv ned og læs op" blokke?	Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret	Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret	Svar - observation modtager gentog uopfordret	Bad KB modtager gentage? - observation	2007-11	75%							2007-12	85%							2008-01	85%							2009-06		75%	45%					2011-02				35%	35%	75%	65%
Observationstidspunkt	Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer?	Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer (modtager skriver besked ned og genlæser denne for afsender, og bekræfter korrekt besked).	Anvendes "skriv ned og læs op" blokke?	Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret	Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret	Svar - observation modtager gentog uopfordret	Bad KB modtager gentage? - observation																																										
2007-11	75%																																																
2007-12	85%																																																
2008-01	85%																																																
2009-06		75%	45%																																														
2011-02				35%	35%	75%	65%																																										

<b>Data over tid</b>	<p><b>2007-11 til 2008-01</b>  Hvordan modtager du telefonisk besked om prøvesvar og ordinationer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2007-11: 74%</li> <li>• 2007-12: 89%</li> <li>• 2008-01: 91%</li> </ul> <p><b>2009-06:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anvendes "sikker kommunikation" i forbindelse med telefoniske beskeder og prøvesvar og ordinationer? (afsender giver besked, modtager skriver besked ned og genlæser denne for afsender, og bekræfter korrekt besked). 75%</li> <li>• Anvendes "skriv ned og læs op" blokke? 45%</li> </ul> <p><b>2011-02</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientens navn. - observation modtager gentog uopfordret: 37%</li> <li>• Patientens cpr-nr. - observation modtager gentog uopfordret: 38%</li> <li>• Svar - observation modtager gentog uopfordret: 77%</li> <li>• Bad KB modtager gentage? – observation: 66%</li> </ul>
----------------------	---

### Patientsikkerhedsmål 3

<b>Emne</b>	<b>Højriskolægemidler</b>																		
<b>Dato</b>																			
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	100% Opfyldt 2011-01																		
<b>Indikatorer</b>	<p>2007/2008: Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?</p> <p>2009: K+?. (45 afsnitsbesøg mhp. dialog og kvalitativ afrapportering. Ingen bemærkninger scores som opfyldt, ligesom ja til K+ og tilladelse.)</p> <p>2011: Har afsnittet tilladelse til at opbevare koncentrerede elektrolytter (K+, Addiphos, Mg)?</p>																		
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Fokuserede afsnitsbesøg Kvalitetsråd og -udvalg																		
<b>Data over tid</b>	<p style="text-align: center;"><b>Patientsikkerhedsmål 3 - Forbedring af sikkerheden omkring højriskopræparater</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Patientsikkerhedsmål 3 - Forbedring af sikkerheden omkring højriskopræparater</caption> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Procent</th> <th>Indikator</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007-11</td> <td>~70%</td> <td>Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?</td> </tr> <tr> <td>2007-12</td> <td>~85%</td> <td>Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?</td> </tr> <tr> <td>2008-01</td> <td>~95%</td> <td>Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?</td> </tr> <tr> <td>2009-12</td> <td>~90%</td> <td>K+: Ingen bemærkninger eller tilladelse</td> </tr> <tr> <td>2011-02</td> <td>100%</td> <td>K+, Addiphos, Mg: Ingen bemærkninger eller tilladelse</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Procent	Indikator	2007-11	~70%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?	2007-12	~85%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?	2008-01	~95%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?	2009-12	~90%	K+: Ingen bemærkninger eller tilladelse	2011-02	100%	K+, Addiphos, Mg: Ingen bemærkninger eller tilladelse
Tidspunkt	Procent	Indikator																	
2007-11	~70%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?																	
2007-12	~85%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?																	
2008-01	~95%	Findes hypertone K blandinger i afsnittet ? Hvis ja foreligger skriftlig tilladelse?																	
2009-12	~90%	K+: Ingen bemærkninger eller tilladelse																	
2011-02	100%	K+, Addiphos, Mg: Ingen bemærkninger eller tilladelse																	

## Patientsikkerhedsmål 4

<b>Emne</b>	<b>Sikker kirurgi</b>																		
<b>Dato</b>	Februar 2011																		
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	90% - mål opfyldt 2010-05																		
<b>Indikatorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er time out dokumenteret?</li> </ul>																		
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Journalaudit (både afsnitsbesøg og faste obligatoriske regionale audits) Kvalitetsråd og -udvalg																		
<b>Data over tid</b>	<p>Line graph showing the percentage of time out documented over time. The y-axis is labeled 'Procent' and ranges from 0% to 100%. The x-axis is labeled 'Tid' and shows dates from 2007-11 to 2010-11. A red horizontal line is drawn at 90%. The data points are: 2007-11 (52%), 2007-12 (44%), 2008-01 (55%), 2008-11 (74%), 2009-05 (77%), 2009-11 (89%), 2010-05 (90%), 2010-11 (97%).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tid</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007-11</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>2007-12</td> <td>44%</td> </tr> <tr> <td>2008-01</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>2008-11</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>2009-05</td> <td>77%</td> </tr> <tr> <td>2009-11</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>2010-05</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>2010-11</td> <td>97%</td> </tr> </tbody> </table>	Tid	Procent	2007-11	52%	2007-12	44%	2008-01	55%	2008-11	74%	2009-05	77%	2009-11	89%	2010-05	90%	2010-11	97%
Tid	Procent																		
2007-11	52%																		
2007-12	44%																		
2008-01	55%																		
2008-11	74%																		
2009-05	77%																		
2009-11	89%																		
2010-05	90%																		
2010-11	97%																		

## Patientsikkerhedsmål 5

<b>Emne</b>	<b>Reduktion af hospitalspådragede infektioner</b>																																																	
<b>Dato</b>	Februar 2011																																																	
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	100 % ultimo januar 2008																																																	
<b>Indikatorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedspersonaler i uniformer ikke bærer smykker eller ure på arme- ne</li> <li>• Sundhedspersonale bærer kortærmet uniform</li> </ul> Observation af de 5 første sundhedspersonaler i uniform mødt på besøg i afsnit																																																	
<b>Kvalitetsovervågning</b>	Afsnitsbesøg Hygiejneaudits Kvalitetsråd og -udvalg																																																	
<b>Data over tid</b>	<p style="text-align: center;"><b>P</b>Patientsikkerhedsmål 5 - Reduktion af hospitalspådragede infektioner</p> <p>The chart displays the following data points (approximate values):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dato</th> <th>Er personalets hænder/håndled fri af smykker, ur eller ringe ?</th> <th>Bærer personalet korte ærmer ?</th> <th>Håndhygiejne før patientkontakt</th> <th>Håndhygiejne efter patientkontakt</th> <th>Håndhygiejne forud for anlæggelse eller håndtering af CVK</th> <th>Har du gennemført e-learning for håndhygiejne i 2010?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007-11</td> <td>82%</td> <td>84%</td> <td>84%</td> <td>84%</td> <td>84%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>2007-12</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>2008-01</td> <td>89%</td> <td>92%</td> <td>92%</td> <td>92%</td> <td>92%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>2009-06</td> <td>90%</td> <td>98%</td> <td>98%</td> <td>98%</td> <td>98%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>2010-06</td> <td>85%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>2011-02</td> <td>87%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>64%</td> </tr> </tbody> </table>	Dato	Er personalets hænder/håndled fri af smykker, ur eller ringe ?	Bærer personalet korte ærmer ?	Håndhygiejne før patientkontakt	Håndhygiejne efter patientkontakt	Håndhygiejne forud for anlæggelse eller håndtering af CVK	Har du gennemført e-learning for håndhygiejne i 2010?	2007-11	82%	84%	84%	84%	84%	64%	2007-12	86%	86%	86%	86%	86%	64%	2008-01	89%	92%	92%	92%	92%	64%	2009-06	90%	98%	98%	98%	98%	64%	2010-06	85%	94%	94%	94%	94%	64%	2011-02	87%	94%	94%	94%	94%	64%
Dato	Er personalets hænder/håndled fri af smykker, ur eller ringe ?	Bærer personalet korte ærmer ?	Håndhygiejne før patientkontakt	Håndhygiejne efter patientkontakt	Håndhygiejne forud for anlæggelse eller håndtering af CVK	Har du gennemført e-learning for håndhygiejne i 2010?																																												
2007-11	82%	84%	84%	84%	84%	64%																																												
2007-12	86%	86%	86%	86%	86%	64%																																												
2008-01	89%	92%	92%	92%	92%	64%																																												
2009-06	90%	98%	98%	98%	98%	64%																																												
2010-06	85%	94%	94%	94%	94%	64%																																												
2011-02	87%	94%	94%	94%	94%	64%																																												

## Patientsikkerhedsmål 6

<b>Emne</b>	<b>Faldforebyggelse</b>																						
<b>Dato</b>	Februar 2011																						
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	85% af alle patienter er faldscreenet Delmål jf. handleplan okt. 2007 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % ultimo oktober 2007</li> <li>• 50 % ultimo dec. 2007</li> <li>• 70 % medio januar 2008</li> </ul>																						
<b>Indikatorer</b>	<p>Fokuserede afsnitsbesøg 2011-01</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der foretaget faldscreening inden for 24 timer efter indlæggelsen?</li> </ul> <p>RegionH journalaudit indlagte 2008-2010</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen).</li> </ul> <p>Fokuserede afsnitsbesøg maj/juni 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?</li> </ul> <p>Afsnitsbesøg nov/dec 2007 og jan 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det i journalen (VIPS) dokumenteret at patienten er faldscreenet?</li> </ul>																						
<b>Kvalitetsovervågning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RegionH journalaudit indlagte</li> <li>• Fokuserede afsnitsbesøg/</li> <li>• Tracers</li> <li>• Kvalitetsråd og Kvalitetsudvalg</li> </ul>																						
<b>Data over tid</b>	<p style="text-align: center;"><b>Patientsikkerhedsmål 6 - Fald</b></p> <table border="1"> <caption>Patientsikkerhedsmål 6 - Fald Data</caption> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>Er det i journalen (VIPS) dokumenteret at patienten er faldscreenet?</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>Er der foretaget faldscreening indenfor 24 timer e. indlæggelsen?</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>61%</td> </tr> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)</td> <td>83%</td> </tr> </tbody> </table> <p> <span style="color: purple;">■</span> Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)  <span style="color: orange;">■</span> Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?  <span style="color: green;">■</span> Er det i journalen (VIPS) dokumenteret at patienten er faldscreenet?  <span style="color: blue;">■</span> Er der foretaget faldscreening indenfor 24 timer e. indlæggelsen? </p>	Indikator	Procent	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	23%	Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?	19%	Er det i journalen (VIPS) dokumenteret at patienten er faldscreenet?	32%	Er der foretaget faldscreening indenfor 24 timer e. indlæggelsen?	60%	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	65%	Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?	49%	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	60%	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	61%	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	74%	Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	83%
Indikator	Procent																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	23%																						
Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?	19%																						
Er det i journalen (VIPS) dokumenteret at patienten er faldscreenet?	32%																						
Er der foretaget faldscreening indenfor 24 timer e. indlæggelsen?	60%																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	65%																						
Omfatter den indledende vurdering en faldscreening af patienten?	49%																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	60%																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	61%																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	74%																						
Er der i journalen taget stilling til, om patienten er i risiko for at falde? (Hvis patienten ikke er selvhjulpnen)	83%																						

## Rengøring

<b>Emne</b>	<b>Overvågning af kontrakter - Rengøring</b>
<b>Dato</b>	24.02.2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	Opfyldelse af kontrakter
<b>Indikatorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Kvalitet efter endt rengøring</b></li> <li>▪ <b>Reklamationer</b></li> </ul>
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Kvalitet efter endt rengøring, vurderes ved hjælp af stikprøvekontrol på 1130 tilfældigt udvalgte lokaler pr. kvartal.</b></li> <li>▪ <b>Reklamationer fra afsnit, patienter og pårørende.</b></li> </ul>
<b>Data over tid*</b>	Rengøringskontrakterne blev fornyet pr. den 2. januar 2008. To selskaber, hhv. ISS Facility Services A/S og Sodexo A/S varetager rengøringen på Rigshospitalet. De to firmaer deler cirka rengøringsopgaven lige. Kontrakten er opdelt i 4 delaftaler, hvor ISS Facility Services A/S varetager delaftale 1 og 4 og Sodexo A/S varetager delaftale 2 og 3.
<b>Dataanalyse*</b>	<p><b><u>Kvalitetsvurdering efter endt rengøring ved hjælp af stikprøvekontrol:</u></b></p> <p><b>ISS Facility Services A/S</b> Alle stikprøveperioder fra 2008 til 2010 er afvist på delaftale 1. På delaftale 4 er nogle stikprøveperioder godkendt, dog er den størstedelen afvist, hvilket afspejler en svingende kvalitet.</p> <p><b>Sodexo A/S</b> Langt den største del af stikprøveperioderne fra 2008 til 2010 er afvist på både delaftale 2 og 3.</p> <p><b><u>Reklamationer:</u></b> Det vurderes at 20 reklamationer eller herunder pr. måned, er acceptabelt. Både ISS Facility Services A/S og Sodexo A/S har i perioden 2008 til 2010 i gennemsnit haft cirka 27 reklamationer pr. måned og ligger over det acceptable niveau.</p>
<b>Handleplan *</b>	<p>Der henvises til handling og prioriteringsmatrice april 2010 samt til ressourcetilførsel.</p> <p>Der afholdes månedlige møder mellem driftsorganisationen og RH, hvor udviklingen i stikprøverne og reklamationerne drøftes. Rengøringsselskaberne skal udlede mønstre og tendenser og iværksætte forebyggende tiltag, hvor sådanne identificeres.</p> <p>Desuden idømmes der bod, såfremt stikprøven kasseres.</p> <p>Med hensyn til reklamationer følger vores controllere løbende op på håndteringen heraf.</p>
<b>Analysens konklusion*</b>	Der er utilfredshed med opgaveudførelsen på delaftale 1,

	<p>2, 3 og til dels på delaftale 4.  I 2009 blev der udført ekstern audit på Rigshospitalet, hvor 17,14 % af i alt 70 lokaler blev godkendt. Da der igen i 2010 var ekstern audit blev 80 % af 70 lokaler godkendt, hvilket viser en markant forbedring i rengøringskvaliteten på Rigshospitalet.</p> <p>Rigshospitalets egne stikprøvekontroller viser ikke den samme positive udvikling af rengøringskvaliteten som ved de eksterne kontroller. Det lader umiddelbart ikke til at tiltag i forbindelse med afvikling af problemfelter har nogen effekt hos hverken ISS Facility Services A/S eller Sodexo A/S.</p>
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Servicecenter Lars Buhl
<b>Kvalitetsrådets beslutning</b>	Taget til efterretning

## Smertebehandling

<b>Emne*</b>	<b>Tværsnitsundersøgelse over den postoperative smertebehandling på Rigshospitalet</b>
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	85%
<b>Indikatorer*</b>	<p>Enhed for Akut Smertebehandling og Palliation har i vedlagte tværsnitsundersøgelse beskrevet den postoperative smertebehandling på RH.</p> <p>I undersøgelsen indgik patienter fra alle anæstesiologiske og kirurgiske klinikker.</p> <p><b>Undersøgelsen havde til formål at afdække væsentlige indsatsområder for det videre arbejde med udvikling, forskning og kvalitetssikring af den postoperative smertebehandling på RH.</b></p>
<b>Data over tid*</b>	<p><b><u>Af væsentlige fund kan nævnes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienternes smertebehandling med non-opioide analgetika blev hos 15-53 % af patienterne ikke givet i en sufficient døgndækkende behandling igennem de første 3 postoperative døgn.</li> <li>• Oxycodon blev brugt hos ca. 1/3 af patienterne. Dette præparat er ikke bedre, men dyrere at bruge end morfin, som i stedet bør være førstevalgs opioid i postoperativ smertebehandling.</li> <li>• Der fandtes et relativt højt opioidforbrug hos 30-40 % af patienterne. Dette kan medvirke til forlænget indlæggelses tid og komplicerende bivirkninger.</li> <li>• Dokumentering af den postoperative smertescore er yderst mangelfuld. I de første 3 postoperative døgn forelå ikke en smertescore i hvile for 55-84 % og under mobilisation for 80-89 % af patienterne.</li> <li>• Af de smertescorede patienter oplevede 27 % moderate til svære postoperative smerter i det postoperative forløb.</li> <li>• Behandling af postoperativ kvalme og opkast er ikke ensartet og få klinikker har/kender til PVI for behandling af dette. Prævalensen af postoperativ kvalme var mindst ca. 20 % igennem de første 3 postoperative døgn.</li> <li>• I de skriftlige patientinformationer om smertebehandling indeholdt kun ca. 1/3 oplysninger med relevante mål for behandlingen for patienten, hvilket er nødvendigt for at sikre et optimalt postoperativt forløb.</li> </ul>
<b>Dataanalyse*</b>	<p>I undersøgelsen fandtes et betydeligt potentiale for forbedring på flere områder med fokus på optimerede smertebehandlingsregimer på procedurespecifik basis.</p> <p>Dette arbejde bør foregå i et tværgående, tværfagligt samarbejde mellem Enhed for Akut Smertebehandling og Palliation, de enkelte anæstesiologiske og kirurgiske klinikker, UFU samt Enhed for Kirurgisk Pato-fysiologi.</p> <p>I dette arbejde vil kvalitetsudvikling, undervisning og dokumentation indgå som essentielle elementer.</p>
<b>Handleplan *</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forslag til procedure-specifikke smerte- og kvalme behandlingsregimer udarbejdes (2010- primo 2011)</li> <li>• Implementering og audit af ovenstående</li> <li>• Vidensdeling: (2010 + 2011)</li> <li>• Postoperativt Smerteseminar på RH september 2010</li> <li>• Undervisningsturné hos kirurgiske og anæstesiologiske klinikker med præsentation af resultater fra aktuelle Tværsnitsundersøgelse + samt fra igangværende Tværsnits-undersøgelse af smerteproblemer hos 1 uges patienter på POTA (2010)</li> <li>• Undervisning i Postoperativ smertebehandling i fast track context.</li> <li>• Medvirken til revision af vejledning i akut postoperativ smertebehandling og brug af analgetika</li> </ul>

*Etablering af:*

- Netværk af sygeplejerske smerte-nøglepersoner i alle centre/kirurgiske klinikker
- Netværk af anæstesiologiske og kirurgiske læge-gate-keepers

## Tilgængelighed af journaler

<b>Emne*</b>	Tilgængelighed af journaler
<b>Dato*</b>	2. kvartal 2010
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	100%
<b>Indikatorer*</b>	journal tilgængelig på patientens opholdssted
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	1 journal gennemgået pr. afsnit
<b>Data over tid*</b>	data indsamlet ved 200 afsnitsbesøg
<b>Dataanalyse*</b>	Målopfyldelsen var 100%
<b>Handleplan *</b>	Fortsat opmærksomhed
<b>Analysens konklusion*</b>	Målopfyldelsen er taget til efterretning

## Transfusionsdata – fejlmærkning / UTH

<b>Emne*</b>	Blodbank – fejlmærkning af blodprøver / UTH		
<b>Dato*</b>	10.februar 2011		
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	0		
<b>Indikatorer*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekvisition ikke underskrevet</li> <li>2. Prøve/rekvisition fejlmærket</li> <li>3. Prøver til blodtype og BAS-test ikke taget korrekt</li> <li>4. Rekvisition og prøve mærket med hver sin patient data <sup>1</sup></li> <li>5. Forkert patientidentifikation (prøve taget på forkert patient) <sup>1</sup></li> </ol>		
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Blodbankens afvigerapporter		
<b>Data over tid*</b>	Data for 2008 og 2009 for afdelingerne på Rigshospitalet		
		2008	2009
	Rekvisition ikke underskrevet	451	759 *
	Prøve/Rekvisition fejlmærket	437	1835 *
	Prøver til blodtype og BAS-test ikke taget korrekt	130	99
	Rekvisition og prøve mærket med hver sin patient data <sup>1</sup>	65	71
	Forkert patientidentifikation (prøve taget på forkert patient) <sup>1</sup>	25	13
		17	5
	<sup>1</sup> Indberettet som UTH		
	* Labka (KBAs' nye IT system) taget i brug juni 2009		
<b>Dataanalyse*</b>	<p>Pga nye rekvisitioner til det nye IT system, herunder nye labels med strekcode, glemmes ofte blodbankens ekstra etikette. Dette forhold blev tydeliggjort i undervisning i forbindelse med det ny system, og der blev uddelt informationssedler til samtlige bioanalytikere og samtlige sengeafsnit. Da der alligevel var en høj forekomst af fejlmærkninger, blev sagen forelagt i det rådgivende kvalitetsudvalg, og det besluttende kvalitetsudvalg, vedlagt beregninger som viste at denne fejlrate koster årsværk, da blodprøverne må tages om ved fejlmærkning. I 1. kvartal 2010 foretoges en grundig undersøgelse af fejlene, herunder hvem er årsag til fejl, og denne gennemgang blev sendt til det rådgivende kvalitetsudvalg mhp videre handling i forhold til afdelingerne. Gennemgangen viste bl.a. at fejlene begås når prøver tages af andre personalegrupper end bioanalytikere. Dette støttes af at samme type og forekomst af fejl er elimineret på Frederiksberg og Bispebjerg hospitaler ved at alle prøver tages af bioanalytikere.</p>		
<b>Handleplan *</b>	Blodbanken er efter 1. kvartal 2010 ophørt med at fremstille og rundsende systematiske data på fejlene for alle afdelinger, men de enkelte afdelinger kan fortsat få udarbejdet egne data ved henvendelse til blodbanken.		
<b>Analysens konklusion*</b>	Der henvises til den grundige sags gennemgang og tidligere behandling af sagen i 2010. Det anbefales at kvalitetsudvalget tager stilling til evt. handling, enten i fht at afdelingerne retter op på egen fejl, alternativt at lade bioanalytikere tage alle prøver til blodbanken.		

## Transfusionskomplikationer, årligt komponentforbrug og kassation

<b>Emne*</b>	Blodbank – transfusionskomplikationer og årligt komponentforbrug
<b>Dato*</b>	10. februar 2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	
<b>Indikatorer*</b>	1.Forekomst af transfusionskomplikationer 2.Forbrug af blodkomponenter (SAGM, FFP og TK) 3.Kassationsprocent
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Blodbankens data fra internt IT system (Blodflødet)
<b>Data over tid*</b>	Se vedhæftet skema "transfusionsdata"
<b>Dataanalyse*</b>	Se vedhæftet skemas kommentar
<b>Analysens konklusion*</b>	Der ses et fald i forbruget af SAGM, i øvrigt ingen væsentlige ændringer i indikatorerne
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Blodbanken
<b>Kvalitetsrådets beslutning</b>	Data er taget til efterretning

## Ventetid til MR scanning

<b>Emne*</b>	Ventetid til MR scanning																																												
<b>Dato*</b>	7.marts 2011																																												
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	Overholdelse af ventetidsgaranti																																												
<b>Indikatorer*</b>	Ventetid for MR scanning til indlagte patienter																																												
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Opgørelse af ventetid hver uge																																												
<b>Data over tid*</b>	<p style="text-align: center;"><b>Ventetid MR-skanning 2009-2010 indlagte patienter</b></p> <table border="1"> <caption>Estimated data from the line graph</caption> <thead> <tr> <th>Dato</th> <th>Ventetid (dage)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>05-01-2009</td><td>45</td></tr> <tr><td>09-02-2009</td><td>38</td></tr> <tr><td>03-03-2009</td><td>48</td></tr> <tr><td>14-04-2009</td><td>30</td></tr> <tr><td>22-06-2009</td><td>78</td></tr> <tr><td>31-08-2009</td><td>38</td></tr> <tr><td>28-09-2009</td><td>25</td></tr> <tr><td>02-11-2009</td><td>15</td></tr> <tr><td>07-12-2009</td><td>35</td></tr> <tr><td>11-01-2010</td><td>25</td></tr> <tr><td>22-02-2010</td><td>50</td></tr> <tr><td>22-03-2010</td><td>55</td></tr> <tr><td>10-05-2010</td><td>105</td></tr> <tr><td>14-06-2010</td><td>100</td></tr> <tr><td>23-08-2010</td><td>42</td></tr> <tr><td>13-09-2010</td><td>18</td></tr> <tr><td>04-10-2010</td><td>25</td></tr> <tr><td>01-11-2010</td><td>18</td></tr> <tr><td>22-11-2010</td><td>15</td></tr> <tr><td>13-12-2010</td><td>15</td></tr> <tr><td>10-01-2011</td><td>10</td></tr> </tbody> </table>	Dato	Ventetid (dage)	05-01-2009	45	09-02-2009	38	03-03-2009	48	14-04-2009	30	22-06-2009	78	31-08-2009	38	28-09-2009	25	02-11-2009	15	07-12-2009	35	11-01-2010	25	22-02-2010	50	22-03-2010	55	10-05-2010	105	14-06-2010	100	23-08-2010	42	13-09-2010	18	04-10-2010	25	01-11-2010	18	22-11-2010	15	13-12-2010	15	10-01-2011	10
Dato	Ventetid (dage)																																												
05-01-2009	45																																												
09-02-2009	38																																												
03-03-2009	48																																												
14-04-2009	30																																												
22-06-2009	78																																												
31-08-2009	38																																												
28-09-2009	25																																												
02-11-2009	15																																												
07-12-2009	35																																												
11-01-2010	25																																												
22-02-2010	50																																												
22-03-2010	55																																												
10-05-2010	105																																												
14-06-2010	100																																												
23-08-2010	42																																												
13-09-2010	18																																												
04-10-2010	25																																												
01-11-2010	18																																												
22-11-2010	15																																												
13-12-2010	15																																												
10-01-2011	10																																												
<b>Dataanalyse*</b>	Der er stort udsving i ventetiderne de sidste to år, men i det sidste kvartal er der en stabilisering til under 20 dage.																																												
<b>Handleplan *</b>	Efterspørgslen på MR-skanninger har været i stor tilvækst de sidste 10 år og i forbindelse med hospitalsplan og specialevejledning er der kommet en yderligere højtspecialiseret patientgruppe til behandling på Rigshospitalet. Det store udsving i ventetiderne er delvist begrundet af forskellige tiltag såsom effektiviseringer og afvikling af ventetidspuklen efter strejken i 2008, gennem aftenarbejde til efteråret 2009. Herefter er der opbygget en ny ventetidspukkel, delvis begrundet af stigende antal patienter og begrænsning til at få sendt patienter i byen. Den hurtige nedgang i ventetiderne til sommerferien 2010 er pga. indsat aftenarbejde frem til 1. oktober 2010. Derefter kom den 5. MR-skanner i drift, hvilket også viser sig positivt i ventetidsopgørelsen. Der er nedsat forskellige projekter, dels partnerskab for flow for at dialog med henvissende afdeling aftale kapacitetsmanglens effekter. Der diskuteres aftenarbejde, sende flere patienter til andre hospitaler m.v.																																												
<b>Analysens konklusion*</b>	Der er fortsat kapacitetsproblem vedr. MR scanning men en klar trend til nedgang i ventetiderne de sidste måneder. Følges via ledelsessystemet																																												

## Ventetid PET/CT scanning

<b>Emne*</b>	Dokumentation af vente tid PET/CT-scanning
<b>Dato*</b>	november 2010 til januar 2011
<b>Kvalitetsmål</b> (fastsat af Kvalitetsrådet)	At overholde ventetider for pakke forløb og nyhenviste patienter
<b>Indikatorer*</b>	<p>Antal dage fra henvisning til undersøgelse (PET/CT-scanning):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyhenvisning til cancerudredning</li> <li>▪ Nyhenvisning til cancerudredning i "pakkeforløb"</li> <li>▪ Planlagt onkologisk kontrol</li> </ul>
<b>Kvalitetsovervågning*</b>	Månedlige udtræk fra RIS-systemet
<b>Data over tid*</b>	2009-10 – 2010-11
<b>Dataanalyse*</b>	<p><b>1: Nyhenvisning til cancerudredning</b></p> <p>The graph displays two data series: 'PET' (dark green line with diamond markers) and 'Gns. PET' (light green horizontal line). The y-axis represents the average number of days from referral to examination, ranging from 0.0 to 70.0. The x-axis represents the referral year-month, from 2009-10 to 2010-11. The 'Gns. PET' line is constant at approximately 11.5 days. The 'PET' line shows significant fluctuations, with a major peak in 2010-3 reaching approximately 22 days, and a low point in 2010-5 at approximately 7 days. Other values for PET are generally between 8 and 15 days.</p>
<b>Handleplan *</b>	At fastholde målopfyldelse
<b>Analysens konklusion*</b>	Siden maj 2010 er kvalitetssmålet overholdt.
<b>Ansvarlig for opfølgning</b>	Klinikledelsen
<b>Kvalitetsrådets beslutning</b>	Data taget til efterretning – ved skred i målopfyldelse underrettes ledelsessystemet

### **3. Bilag 1**

#### **Kvalitetsorganisationens mødeaktiviteter**

Kvalitetsrådet har afholdt møder

Kvalitetsudvalget har afholdt møder

Infektionshygiejnisk udvalg har afholdt møder

- Ernæringskomiteen har afholdt tre møder
- Sårudvalget har afholdt fire møder

Ad hoc Arbejdsgrupper:

- Medicin Task Force gruppe
- Opfølgning på medicintracer i POTA

#### **Aktiviteter i centre og klinikker i 2010**

##### **Audit**

- Intensiv afsnit: 5
- Opvågningsafsnit: 6
- Journalaudit: 2 årlige
- Kontaktpersonordning 4 årlige

Der er gennemført otte patientsikkerhedsrunder

## Afvikling af patienttracere i 2010

Kvalitetssekretariatet og centrenes kvalitetskoordinatorer har i juni 2010 gennemført 7 patienttracere omhandlende følgende forløb:

- Obstetrisk patient
- Thoraxkirurgisk patient
- Neurokirurgisk opvågningspatient
- Pt. med lungecancer
- Pt., der modtager ambulant kemoterapi
- Traumepatient
- Ambulant diabetespatient

Der er for hvert forløb udarbejdet en rapport med anbefalinger, der adresserer de områder, der afviger fra tværgående PVI'er.

Data fra journalaudit, LUP og NIP, hvor relevant var medbragt som understøtning for gennemgang af patientens journal.

## Konklusion

Der er generelt stor spredning i fundene afhængigt af det enkelte patientforløb.

Imidlertid er der en række fund, som relaterer sig til mangelfuld eller manglende dokumentation af:

- Vurdering af patienten tx. indledende sygeplejevurdering, ernæringscreening, smertevurdering, Cave, MRSA screening – kort sagt gamle kendinge, der generelt omhandler implementering af PVI for Journalføring.
- Medicinering er et andet område, som på trods af Kvalitetsrådets prioritering af området fortsat skaber problemer, herunder korrekt anvendelse af EPM, implementering af stregkodescannere og medicinafstemning.

I to tilfælde har Kvalitetssekretariatet bragt problemstillinger videre mhp. at afklare proces for indsatser for områderne

1. Den første problemstilling omhandler apotekets levering af kemoterapi, hvor der på trods af analyse af området i 2009 fortsat sker UTH, hvilket underbygges af data indsamlet over en 5 ugers periode.
2. Anden problemstilling er elektroniske lydfiler i MIRSK –operationsbeskrivelse og daglige tilsyn på sengeafsnit som ikke er skrevet. Plejepersonalet er ikke vidende om, at notatet eksisterer, da de ikke har lytteadgang.

## Anbefalinger

For de specifikke fund, som er knyttet til implementering af tværgående vejledninger for medicinering og journalføring anbefales det, at centerledelserne i samarbejde med centrenes kvalitetsorganisationer og kvalitetskoordinatorer drøfter prioritering af indsatsområder og understøtter plan for implementering med anvendelse af data.

Såfremt centrene vurderer det nyttigt, kan Kvalitetssekretariatet deltage i processen efter aftale med kvalitetschef Britt de Cordier.

Områderne vedr. kemoterapi og manglende skrivning af elektroniske lydfiler behandles af hhv. direktion og styregruppe vedr. elektronisk diktering.

## Bygningsgennemgang

Center: JulianeMarieCentret

Dato: 14.06.10

Område	Fund og anbefalinger
Adgang og sikkerhed	<p>Der er fri adgang til afsnittet, - personalet er opmærksom på fremmede personer i afdelingen, vagtens tlf. nummer er ikke kendt <b>Anbefaling:</b> Der kan gives en reminder til personalet om alarmeringsnumre findes på navneskilt</p> <p>Dør til medicinrum står åben <b>Det anbefales,</b> at anden låsemulighed overvejes, - enten en kortlås eller "smæklås", således at døren låser sig automatisk. Automatisk</p>
Brand og evakuering	<p>Der ses flere branddøre, der står åben, - dørene er markeret med "branddør – skal holdes lukkes". Der er ikke magnet på døren. <b>Anbefaling:</b> afdelingen afklarer med RH's brandansvarlige, hvorvidt dette er lovligt. Handleplan fastlægges i samarbejde med servicecentret</p> <p>Der ses senge, kuvøser og andet materiel placeret på gange på sengeafsnit <b>Anbefaling:</b> ovenstående bør fjernes på gang, i givet fald dette ikke er muligt bør disse placeres på samme side af gangen, så der er en sikker flugtvej</p> <p>Afdelingen har ikke afholdt evakueringsøvelser (praktisk eller teoretisk) <b>Anbefaling:</b> afdelingen skal 1 gang årligt afholde en brand- og evakueringsøvelse. Afdelingens arbejdsmiljørepræsentant er i samarbejde med ledelsen ansvarlig herfor, se PVI: <a href="#">årlig brand- og evakueringsøvelse ved arbejdsmiljørepræsentanten</a></p> <p>Det er uvist om afdelingen har en specifik evakueringsplan v. brand <b>Anbefaling:</b> Afdelingen bør vurdere, hvorvidt der er et behov for en sådan</p> <p>Læge har ikke fornyet praktisk brandkursus, sygeplejerske har ikke taget e-learningkursus: tryk brandskole <b>Anbefaling:</b> Den tværfaglige ledelse bør sikre at afdelingens personale har opdaterede kurser, se <a href="#">årlig brand- og evakueringsøvelse ved arbejdsmiljørepræsentanten</a></p> <p>Afdelingen har O<sub>2</sub>-panel til slukning i nødsituationer, det er uklart hvem der skal håndtere disse <b>Der anbefales,</b> at afdelingen tager til kontakt til servicecentret for afklaring af opgaver i forbindelse med O<sub>2</sub>-nødanlæg.</p> <p>Der mangler exitskilte i afdeling 5024 <b>Anbefaling:</b> kvalitetssekretariatet kontakter servicecentret for ophæng korrekt skiltning i klinikken</p>
Farlige stoffer og kemikalier	<p>APV til farlige stoffer findes i hængemappe i skyllerum, denne er ikke opdateret i forhold til 1) tilgængelige stoffer og 2) revisionsdato. <b>Anbefaling:</b> klinikkens arbejdsmiljørepræsentant bør ajourføre APV'ne</p> <p>Rengøringspersonalet er ikke introduceret til håndtering af farlige stoffer ved uheld, <b>Anbefaling:</b> kvalitetssekretariatet kontakter servicecentret for proces for introduktion af disse</p>
Affald	<p>Der er fri adgang for alle til affaldsrum <b>Anbefaling:</b> skilt "kun adgang for personale" bør påsættes dør</p>
Skyllerum	<p>logbog til opvaskemaskine findes i mappe i skyllerum, egenkontrolskemaer er ikke udfyldt <b>Anbefaling:</b> serviceassistenter introduceres til denne funktion, og plan for week-end/helligdage bør udarbejdes og implementeres</p>

<p>Køkkenfunktion/- mælkekøkken</p>	<p>I mælkekøkknet findes egenkontrolprogram, der ikke er implementeret. Ifølge "smiley"rapport er dette en udfordring  <b>Anbefaling:</b> det bør afklares hvorvidt skemaet skal tages i anvendelse, - i bekræftende fald bør det implementeres</p> <p>Der dokumenteres temperatur x 1 ugentlig i mælkekøleskab  <b>Anbefaling:</b> ifølge egenkontrolprogram fra Fødevarerkontrollen</p> <p>Drikkevarer til pårørende står fremme i opholdsområde, det er uvist hvor gammel drikkevarerne er.  <b>Anbefaling:</b> et system for mærkning af drikkevarer bør etableres ( dy-mostrimmel, med tusch på vognen)</p>
<p>Medicoteknik</p>	<p>Der findes ilt-mixer, hvor kontroldataen er overskredet  <b>Anbefaling:</b> afdelingen bør have en proces, der sikrer at apparatur, der skal til periodevis kontrol sendes til medicoteknisk afdeling</p> <p>På kuvøser/sikkerhedsbord findes flere sikkerhedsmærker ( lyserøde), nogle med 2 års interval, andre med 4 års interval; - det er uvist hvilken kontrol der er krævet på disse enheder  <b>Det anbefales</b> af patientsikkerhedsmæssige årsager, at processen for kontrol af enhederne er kendte og korrekt gennemført</p>
<p>Birum</p>	<p>I rum for opbevaring af kuvøser m.m. er det vanskeligt at se, hvilken systematik der er for opbevaring og anvendelse af tingene i rummet. Kuvøser bagerst i rummet er støvede,  <b>Anbefaling:</b> En systematik gældende for rummet og forrummet bør etableres. <i>(Trygfonden har udgivet en lille bog, der bygger på et overordnet princip om, at det er bedre at holde orden frem for at rydde op – omsat til de 5 S'er:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sortér</b></li> <li>2. <b>Sæt i system</b></li> <li>3. <b>Støv af</b></li> <li>4. <b>Standardiser</b></li> <li>5. <b>Selvdisciplin</b></li> </ol> <p>Bogens titel er: Orden og overblik fremmer patientsikkerheden eller der kan tages kontakt til Elisabeth Brøgger fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Enheden for Patientsikkerhed, Hvidovre Hospital).</p>

## Uanmeldt MOCK november 2010

<b>Dato/år</b> 17. November 2010	<b>Institution:</b> Rigshospitalet	<b>Udført i perioden:</b> 1/11-5/11 - 2010
<b>Regionale surveyors:</b>  1. Karine Bech, HVH 2. Karin Lornsen, FBH 3. Ingelise Aarøe, FBH 4. Lajla Vang, BOH 5. Ina Rønberg, RegH  <b>Teamleder:</b> Ina Rønberg	<b>Afdelingsbesøg</b> a. Klinikker i alle centre herunder sengeafsnit i alle afdelinger: b. Ambulatorier c. Operationsafsnit og procedureafsnit d. Opvågning, ITA og semiintensiv e. Laboratorier og billeddiagnostisk afdeling e. Besøg på udefunktioner: GEH: karkirurgi, thoraxkirurgi Barselshotel, Aldersrogade	
	<b>Antal patienttracers: 23</b>  <b>Antal systemtracers: 3</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Laboratorieydelse: Hasteprøve tracer</li><li>• Lægemidler: Anvendelse af PDA, ordination i EPM</li><li>• Infektionshygiejne: Isolation af patienter, patienter med CVK</li></ul>	
	<b>Tværgående sessioner:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ledelsesinterview</li><li>• Interview Hygiejnekomité</li><li>• Interview Lægemiddelkomité</li><li>• Data- informationsstyr. interview</li><li>• Gennemgang af personalesager</li><li>• Dokumentgennemgang</li></ul>	<b>Bygninger:</b>  Gennemgang: Ja Dokumenter: nej

## Indledning

Som forberedelse til akkreditering ved Joint Commission International (JCI) i 2011 udførtes uvarslet Mock Survey på hospitalet ved regionens interne surveyore i perioden 1. – 5. November 2010. Formålet med besøget er at tilvejebringe et udgangspunkt for hospitalets prioritering af forberedelsesarbejdet frem mod JCI akkreditering.

Programmet blev planlagt på baggrund af oplysninger sammenfattet i hospitalets ansøgning om survey ved Joint Commission International. Det overordnede indhold i programmet, er aftalt med hospitalets Kvalitetsstab.

Besøget omfattede ikke alle elementer i et besøg fra JCI, herunder gennemgang af dokumenter vedr. bygninger, interview med ledelser ifm. personalesagsgennemgang samt gennemgang af afsluttede patientjournaler.

De regionale surveyores arbejdsgrundlag er de internationale standarder fra JCI og første version af standarderne fra Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der er meget stor overensstemmelse mellem krav i DDKM og JCI standarder. Der er i alt tale om 430 standarder og i alt ca. 1500 indikatorer/målelige elementer.

I nærværende rapport gengives alene observationer og fund som surveyorne har vurderet *ikke* er i fuld overensstemmelse med standardernes krav og/eller hospitalets eller regionens politikker og vejledninger. Dvs. at de mange velfungerende systemer og processer, som opfylder standardernes krav ikke kommenteres.

Bemærk at rapporten alene anfører hvilke standarder der er berørt og ikke de enkelte målelige elementer.

Der er ikke skelnet mellem væsentlige og mindre væsentlige fund og af beskrivelsen fremgår, hvor nogle synes mere generelle på tværs af hospitalet.

Fund præsenteres generaliseret iht. de 13 temaer som JCI's standarder grupperes i og der er indsat en kolonne som kan anvendes til hospitalets egne kommentarer til internt brug.

Bemærk at alle fund, såvel de der vedrører DDKM som JCI standarder er grupperet i de 13 temaer, som anvendes af JCI.

### **Sammenfatning**

Surveyorne har oplevet en gæstfri organisation, der håndterede det uvarslede besøg roligt og professionelt.

Kendetegn for besøgene i afdelinger og klinikker har været ledernes og medarbejdernes faglige stolthed, engagement, imødekommenhed og åbenhed til at besvare spørgsmål om hospitalets resultater og kvalitetsudvikling.

**Især vil vi fremhæve** følgende områder:

- Fint dataprogram til oversigt for Mediko teknisk udstyr
- Faldscreening af børn
- Fine eksempler på patientinddragelse og patientundervisning
- God organisering af kvalitetsområdet på såvel centralt som lokalt niveau på hospitalet
- Hospitalets kvalitets monitoreringsplan
- Tilstedeværelsen af koncentrerede elektrolytter i sengeafdelinger er effektivt begrænset
- Gode eksempler på sikring af kontinuitet i patientforløbet ved overdragelse af patient fra en afdeling til en anden

**Indsatsområder** vurderes især at være:

- Systematisk anvendelse af PDA og strekkodescanner
- Implementering af EPM i obstetrisk klinik JMC
- Revurdering af patienter efter 30 dage herunder caveoplysninger
- Identifikation af patienter ved to identifikatorer
- Systematisk MRSA screening
- Sygeplejevurdering og oprettelse af plejeplaner ud fra identificerede sygeplejeproblemer

## Indlæg på ISQua Konference 2010

**Implementation of complex, transorganisational and multidisciplinary medication clinical guidelines in a 1200 bed/eight center highly specialised university hospital. Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital - Denmark**

### Authors

Jensen, Hanne, RN, MPQM, Riisberg, Karen, RN, MPH, Leth-Miller, Dinne MSc-Pharm and Søgaard, Anemarie, RN,SD, MI

### Objective

- To map the level of compliance with seven clinical guidelines regarding the medication process and the use of a computerized medication module four months after the clinical guidelines were adopted.
- To evaluate if the system tracer methodology is a useful tool in the implementation process of complex, transorganisational and multidisciplinary clinical guidelines.

### Method

**Quality improvement consultants carried out semi-structured interviews following the system tracer methodology in 45 units out of a total of 198 units in Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, during a period of two months. A semi-structured questionnaire was developed and applied in all visits.**

Nurses, physicians, pharmacists, including the staff involved in logistics and transport of medication participated in the tracers. All visits were planned and scheduled for two hours.

The seven clinical guidelines include the medication process from the arrival of the medication in the hospital, to storage and transportation of medication, prescription of medication, the application and knowledge of the computerized medication system, dispensing and administration of medication, medication waste and medication reconciliation upon discharge of patients.

All units and their leaders received within a week a written report on compliance with the seven clinical guidelines. In the reports all findings were documented, including recommendations for follow-up and improvements.

### Results

The overall finding showed low compliance with the seven clinical guidelines. Already after the initial tracers in 20 units no new findings were generated in the remaining 25 planned visits.

Among the staff members interviewed there were a varying degree of knowledge about the seven new medication clinical guidelines due to:

- Different processes in communication – resulting in range spanning from none to a high degree of knowledge
- Extensive variation in prioritization of implementation of the clinical guidelines

Knowledge about data i.e. for consumption and reports on medication storage were in most cases not known nor taken into consideration in planning of the implementation of the medication clinical guidelines:

- Open vials without date of opening / expiry date
- Clutter
- Too high amounts of stored medication
- Variation between orders in the medical record and the computerized medication module

### Conclusion

System tracer methodology is a useful method to get an overall view of processes undergoing implementation in a big university hospital. The possibility to collect and document timely data is important in order to initiate action plans for implementation – both for the overall hospital achievement as well as the achievement locally in the units. After a proportionally small number of visits in the hospital units (20) the findings were reproducible and the sample size did not need to be extended.

System tracer methodology is a useful but time-consuming tool if all hospital units are to be visited and the tracers cannot stand-alone but will require a follow up visit. System tracers can therefore not be recommended as a tool of first choice when implementing straightforward clinical guidelines.

Further intervention in regards to implementation of the clinical guidelines for the medication processes is pending the outcome and recommendation of the medication task-force/work-shops in February of 2010.