

Kvalitetsudvalget

Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan - Sikkerhed

Afrapportering til regionsrådet
November 2012

Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet af rapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden af rapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

Behandlingen skal være sikker

Arbejdet med at forebygge utilsigtede hændelser og gøre behandlingen sikker baseres på fire gennemgående indsatsområder

- Reduktion af uventet død
- Reduktion af skader
- Reduktion af infektioner
- Udvikling af sikkerhedskulturen

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

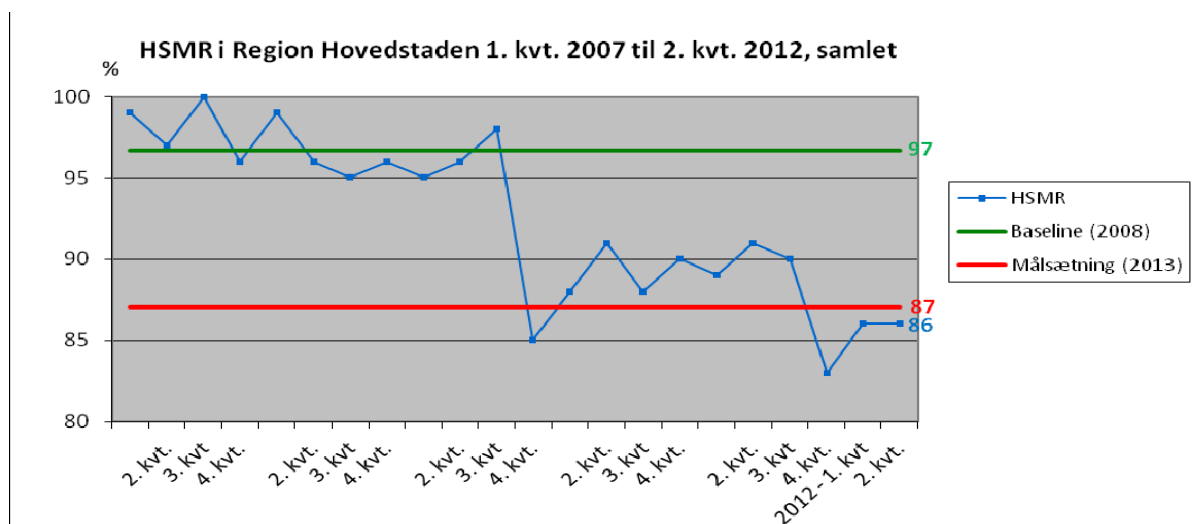
- Dødelighed reduceres med 10 % - målt ved hospitalsstandardiserede mortalitetsrater
- Forekomst af skader reduceres med 25 % - målt ved Global Trigger Tool
- Forekomst af hospitalserhvervede infektioner reduceres med 50 %
- Rapporteringer af utilsigtede hændelser fra praksissektoren stiger

Målsætning: Reduktion af dødelighed med 10 %, målt ved HSMR (Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater)

Dødeligheden opgøres ved hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR), som opgøres kvartalsvis for hospitalerne og på regionsniveau. HSMR er antallet af dødsfald som procent af det forventede antal dødsfald beregnet ud fra landsgennemsnittet. I beregningen af det forventede antal dødsfald indgår diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde (akut eller planlagt), civilstand og øvrige sygdomme for patienter, der har været indlagt i perioden.

Udgangspunktet for beregningen er HSMR på landsplan for 2008, som er standardiseret til indeks 100. Da Region Hovedstaden i 2008 lå lavere end landsgennemsnittet, er baseline for Region Hovedstaden 97. Målsætningen er således opnået, når HSMR for 2013 er 10 % lavere end baseline, dvs. 87. I 2. kvartal 2012 var HSMR for Region Hovedstaden 86. Den samlede HSMR for de seneste fire kvartaler er ligeledes 86. Målsætningen om en reduktion på 10 % er således nået.

I andet kvartal 2012 var der i alt i regionen 1796 dødsfald, som indgår i beregningen af HSMR. Det forventede antal dødsfald var 2077, hvilket giver en HSMR på 86.



Figur 1: HSMR Region Hovedstaden 2007 - 2012

HMSR for de enkelte hospitaler

Når man ser på de enkelte hospitalers HMSR, skal det understreges, at specialesammensætning, visitationsregler, aktivitet og andre faktorer, som ikke har noget at gøre med behandlingskvaliteten, har stor betydning for HMSR. Forskelle i HMSR mellem forskellige hospitaler afspejler således ikke nødvendigvis kvalitetsforskelle. Tilsvarende kan flytning af specialer mellem hospitaler, ændring af optageområder og ændring af visitationsregler påvirke HMSR i både positiv og negativ retning. HMSR er derfor ikke velegnet til sammenligning mellem hospitaler, men kan bruges til at se på udviklingen på det enkelte hospital over tid med de ovenfor anførte forbehold. I bilag 1 ses HMSR for de enkelte hospitaler.

Målsætning: Skader reduceres med 25 %

Forekomsten af patientskader måles i Region Hovedstaden ved metoden Global Trigger Tool (GTT). Ved metoden udtrækkes journaler fra 20 tilfældigt udvalgte patienter på hospitalet hver måned og gennemgås af et team på to-tre personer, typisk læger og sygeplejersker med forskellig klinisk baggrund. Teamet identificerer forekomsten af triggere (markører) under behandlingsforløbet, fx blodtransfusion, genindlæggelse eller infektion. Hvis der findes en trigger i journalen vurderes det efterfølgende, om patienten er blevet skadet under indlæggelsen.

Det har vist sig, at der er en række begrænsninger ved Global Trigger Tool metoden. Der kan således være betydelig variation mellem antallet af triggere forskellige teammedlemmer finder. Valide målinger kræver et stabilt team og løbende drøftelser af vurderingerne. Derudover er antallet af fundne triggere og skader afhængig af andre faktorer såsom teamets erfaring og den sundhedsfaglige dokumentation i journalerne. Ofte ses en stigning i antal fundne skader i den første periode efter metoden er taget i brug, formodentligt som udtryk for at teamet bliver bedre til at identificere triggere. Det kræver derfor systematiske målinger over ca. 12 måneder at etablere en baseline, og dette skal helst være efter at teamet har anvendt metoden i mindst ½ år.

Derudover kan organisatoriske ændringer og ændringer af patientsammensætningen medføre ændringer af resultaterne. Dette betyder, at organisatoriske ændringer undervejs kan medføre, at man ikke sikkert kan afgøre, om en ændring i antallet af skader skyldes en kvalitetsændring. Endeligt medtages kun skader, som er resultatet af aktive handlinger, dvs. skader der skyldes, at noget er glemt eller overset kan

ikke findes ved GTT. Visse typer kvalitetsforbedringer fx ved bedre håndtering af blodprøvesvar, vil således ikke kunne registreres ved GTT.

Hospitalerne i regionen er alle opstartet med GTT og har stort set alle etableret en baseline. Hospitalerne i regionen rapporterer generelt om metodemæssige og organisatoriske udfordringer med GTT. Hospitalerne har opstartet arbejdet med GTT på forskellige tidspunkter, og for nogle er der undervejs sket ændringer i sammensætning af teams. Antallet af målinger varierer derfor for de forskellige hospitaler. Da GTT er en ny metode, har der skullet skabes konsensus om vurderingerne. Derudover er der for flere af hospitalerne sket organisatoriske ændringer og sammenlægninger i løbet af perioden, som har medført, at det har været nødvendigt at etablere en ny baseline.

Samlet er baseline i Region Hovedstaden i gennemsnit 44 (median 39), men med stor variation såvel mellem de enkelte målinger på det enkelte hospital samt mellem hospitalerne. GTT-metoden indeholder ikke justeringer for sammensætning af patientgrundlaget eller andre faktorer, som kan påvirke forekomsten af triggere og skader. Det er derfor ikke meningsfuldt at sammenligne hospitalernes resultater på tværs. Baseline for det enkelte hospital anvendes som udgangspunkt for registrering af ændringer i skadehyppighed på hospitalet og som udgangspunkt for læring om skademønstre.

Der er i regionen etableret et netværk for hospitalernes Global Trigger Tool Reviewteam, der mødes ca. to gange årligt. I samarbejde med netværket arbejdes på fortsat udvikling af anvendelsen af metoden samt kvalitetssikring af fortolkningen af resultaterne.

.

Målsætning: Hospitalserhvervede infektioner reduceres med 50 %

En væsentlig del af de skader, som påføres patienter på hospitalerne, er infektioner, som i vid udstrækning kan forebygges. Det er derfor et mål i kvalitetshandlingsplanen at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner med 50 % i perioden 2010-2013.

Baggrund

8-10 % af patienterne erhverver infektion i forbindelse med deres indlæggelse. Ved infektioner forlænges indlæggelse gennemsnitligt med 11 dage. På landsplan svarer det til en anslået ekstraudgift på 2 mia. kr. i Danmark eller 600-700 mill. kr. i Region Hovedstaden

Et vigtigt skridt i realiseringen af målsætningen i kvalitetshandlingsplanen har været at etablere et samlet overblik over forekomsten af infektioner, herunder at få fastlagt, hvilke infektioner der måles på, hvilke afdelinger der indgår, hvilke opgørelsesmetoder der anvendes samt at definere et udgangspunkt (baseline) for de enkelte områder.

Projektet blev påbegyndt i 2011. Der er udvalgt følgende otte indsatsområder, som hver har en arbejdsgruppe med en formand:

1. Bakteriæmi/sepsis (bakterier i blodet)
2. Respirator associerede pneumonier (lungeinfektioner hos patienter i respirator)
3. Infektioner relateret til centralt venekateter (CVK)
4. Postoperative sårinfektioner
5. Methicillin-resistente Staphylococcus Aureus, MRSA (multiresistente bakterier)
6. Clostridium difficile
7. Antibiotika forbrug og resistensovervågning, herunder ESBL (multiresistente bakterier)
8. Urinvejsinfektioner

For hvert indsatsområde er nu opstillet kriterier for registrering, baseline, mål for indsatsen, handleplan mv. En mere præcis beskrivelse af kommissorier og handleplaner og tiltag til reduktion af infektioner på de enkelte områder tillige med en beskrivelse af projektets organisation er tilgængelige på: <http://regi-intranet.regionh.dk/menu/Kvalitet+og+patienter/Halvering+af+infektioner/>

Denne hjemmeside vil løbende blive opdateret i takt med projektet udvikler sig.

I 2012 er ansat 3 akademiske medarbejdere på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Herlev Hospital. Deres opgaver omfatter bla.:

- Dataindsamling
- Koordinering på tværs af indsatsområder
- Formidling af data

Inden for de enkelte indsatsområder er der primært arbejdet med afdækning af egnede datakilder til fælles regional overvågning og etablering af adgang til disse.

De fleste af indsatsområderne har haft mulighed for at benytte eksisterende datakilder, som kliniske eller administrative IT-systemer og databaser eller landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser til overvågningen. På nuværende tidspunkt har 7 af 8 indsatsområder leveret de første data fra hele eller dele af det område, der ønskes overvåget. En nærmere drøftelse og bearbejdning af data i arbejdsgrupperne, de Sundhedsfaglige Råd og "Task Force" er imidlertid endnu ikke foretaget for alle indsatsområder ligesom et ensrettet format for afrapportering på tværs af indsatsområder endnu ikke er endeligt fastlagt.

Status for de enkelte områder er følgende:

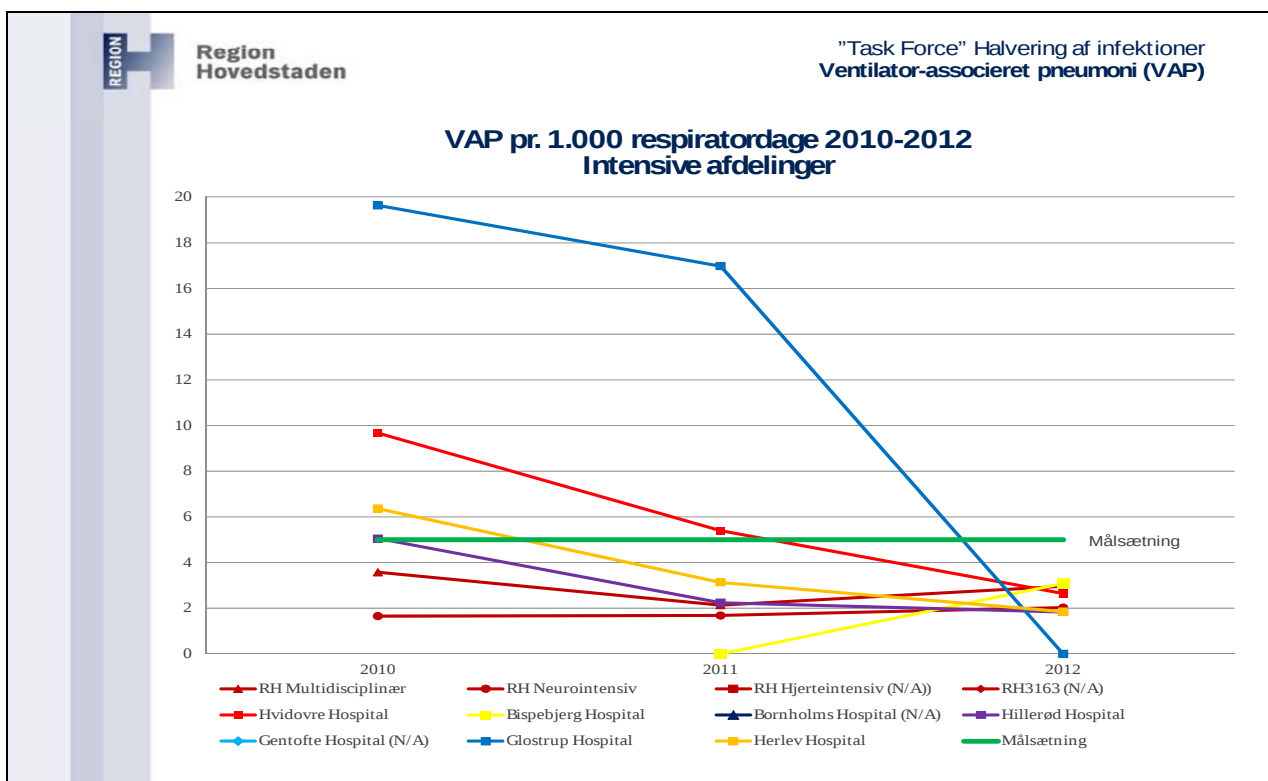
Status:

1. Bakteriæmi/sepsis (bakterier i blodet)

Alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden indgår i overvågningen af hospitalserhvervede bakteriæmier. Overvågningen sker på baggrund af centrale udtræk af prøvesvar fra de mikrobiologiske databaser samkørt med udtræk af data på indlæggelser fra Landspatientregistret. Bakteriæmier opgøres som infektioner pr. 10.000 sengedage pr. hospital. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

2. Respirator associerede pneumonier (VAP) (lungeinfektioner hos patienter i respirator)

Antallet af VAP overvåges på alle afdelinger, der har respiratorbehandlede patienter, dvs. alle intensive afdelinger og nogle få specialafsnit. For de afdelinger, der har CIS (Critical Illness System) sker registreringen via dette system, mens de øvrige afdelinger laver en manuel indberetning. Medio 2012 har 8 af 11 afdelinger leveret data, mens de øvrige er ved at implementere registreringsformen. VAP opgøres som VAP pr. 1.000 respiratordage. Registrering af respiratordage for den ene afdeling er endnu ikke implementeret, hvorfor nedenstående diagram kun indeholder data fra 7 afdelinger.



Figur 2: Antal VAP pr. 1000 sengedage på intensiv afdelinger i Region Hovedstaden 2010 – medio 2012

De viste afdelinger ligger i 2012 under det fastsatte mål om <5 VAP pr. 1.000 respiratordage. Fire afdelinger har mere end halveret forekomsten siden 2010. Fælles for disse afdelinger er, at de har arbejdet målrettet med implementeringen af elementerne i Respiratorpakken fra Projekt Patientsikkert Sygehus og Operation Life. De øvrige afdelinger har haft en stabil lav forekomst.

3. Infektioner relateret til centralt venekateter (CVK)

CVK-relaterede infektioner skal overvåges på alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden. Overvågningen af disse kan ikke ske tilstrækkeligt validt baseret på allerede eksisterende datakilder. Der skal derfor udvikles en valid elektronisk registreringsform. Man ønsker at registreringen kan foregå via fælles regional elektronisk CVK-plejeplan udviklet i KISO-skabelonen og arbejdsgruppen er i dialog med aktører, der kan afklare hvilke specifikationer dette kræver. Hvis en fælles elektronisk plejeplan udvikles, vil udtræk af de nødvendige data være mulig. En tidsplan for dette er afhængig af den tekniske løsning af den elektroniske plejeplan.

4. Postoperative sårinfektioner

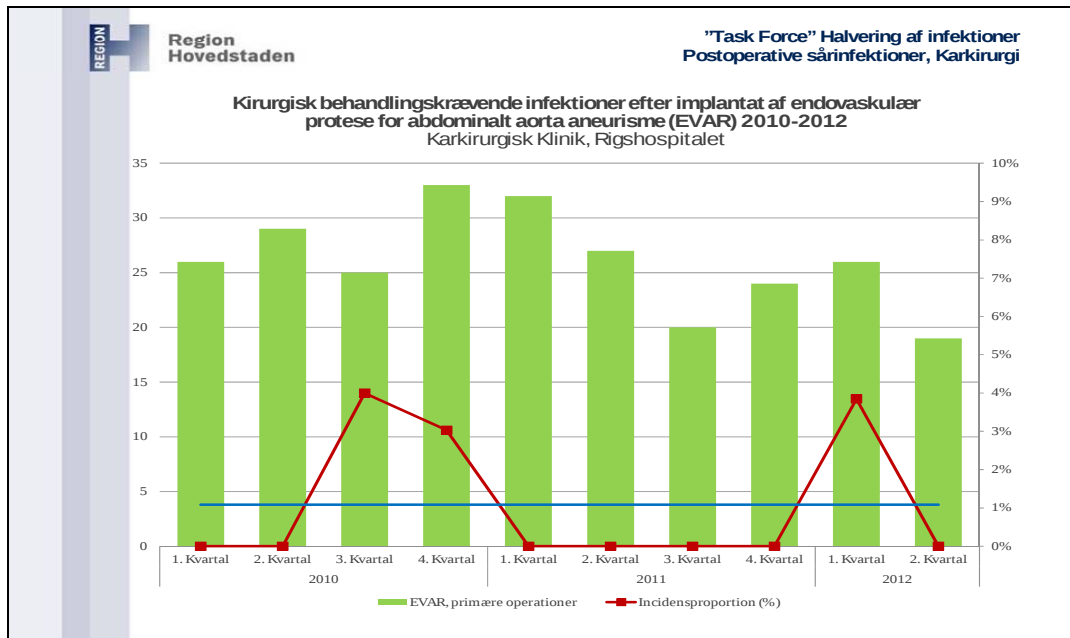
De postoperative sårinfektioner overvåges inden for 3 specialer: Ortopædkirurgi, Karkirurgi, Gynækologi, hvor der for hvert område er valgt en operationstype. Postoperative sårinfektioner opgøres som andelen af primære operationer, der kompliceres af en kirurgisk behandlingskrævende postoperativ sårinfektion.

Ortopædkirurgiske postoperative sårinfektioner efter indsættelse af kunstigt hofte- eller knæled følges via Domus-systemet, der automatisk kobler reoperationer sammen med primære operationer på baggrund af operationskodning og tidsmæssig sammenhæng. Alle ortopædkirurgiske afdelinger i Region Hovedstaden undtagen Bornholms Hospital og Rigshospitalet anvender pr. 1. september 2012 Domus til registrering af ortopædkirurgiske postoperative sårinfektioner. Der arbejdes på en fuldstændig dækning af Region Hovedstaden.

Data fra de afdelinger, der anvender Domus forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

Karkirurgiske postoperative sårinfektioner efter endovaskulær protese for abdominalt aorta aneurisme (EVAR) følges gennem den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase "Landsregistret Karbase".

Karkirurgisk klinik på Rigshospitalet er eneste karkirurgiske afdeling i Region Hovedstaden. Opgørelse af kirurgisk behandlingskrævende postoperative sårinfektioner efter EVAR frem til 2. kvartal 2012 fremgår af nedenstående figur:



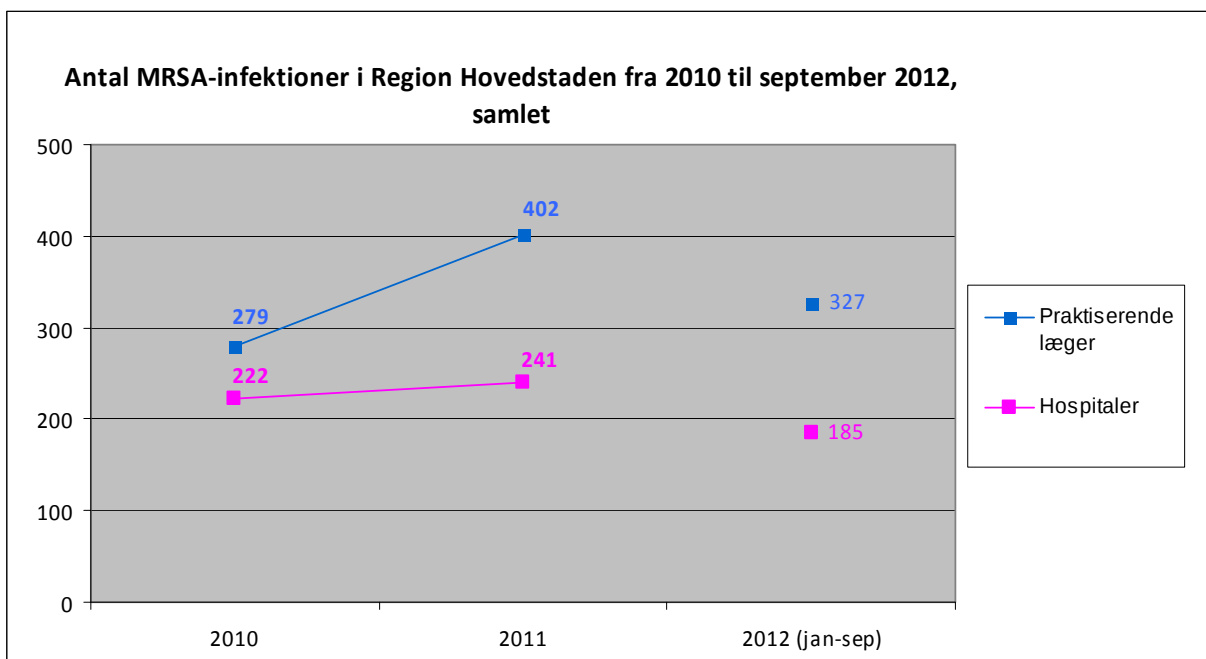
Figur 3: Antal karkirurgiske operationer (EVAR) og andel kirurgisk behandlingskrævende infektioner på Karkirurgisk klinik Rigshospitalet 2010 – medio 2012.

I perioden er der i alt lavet 269 primære EVAR-operationer - mellem 19 og 33 pr. kvartal. Andelen af kirurgisk behandlingskrævende sårinfektioner er for hele perioden 1,1 % (den blå streg i figur 3) og årligt mellem 0 og 2 %. Målsætningen for indsatsområdet er < 2 % kirurgisk behandlingskrævende sårinfektioner.

Gynækologiske postoperative sårinfektioner efter hysterektomi (fjernelse af livmoder) gennem den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase Dansk Hysterektomi Database. Denne database gennemgår i 2012 en strukturændring med bl.a.sammenlægning med Dansk Hysteroskopi Database og den nye databasen (DHH) skal implementeres i Analyseportalen. Der afventes en tidsplan for dette, hvilket betyder, at der først kan ske en rapportering fra denne i løbet af 2013.

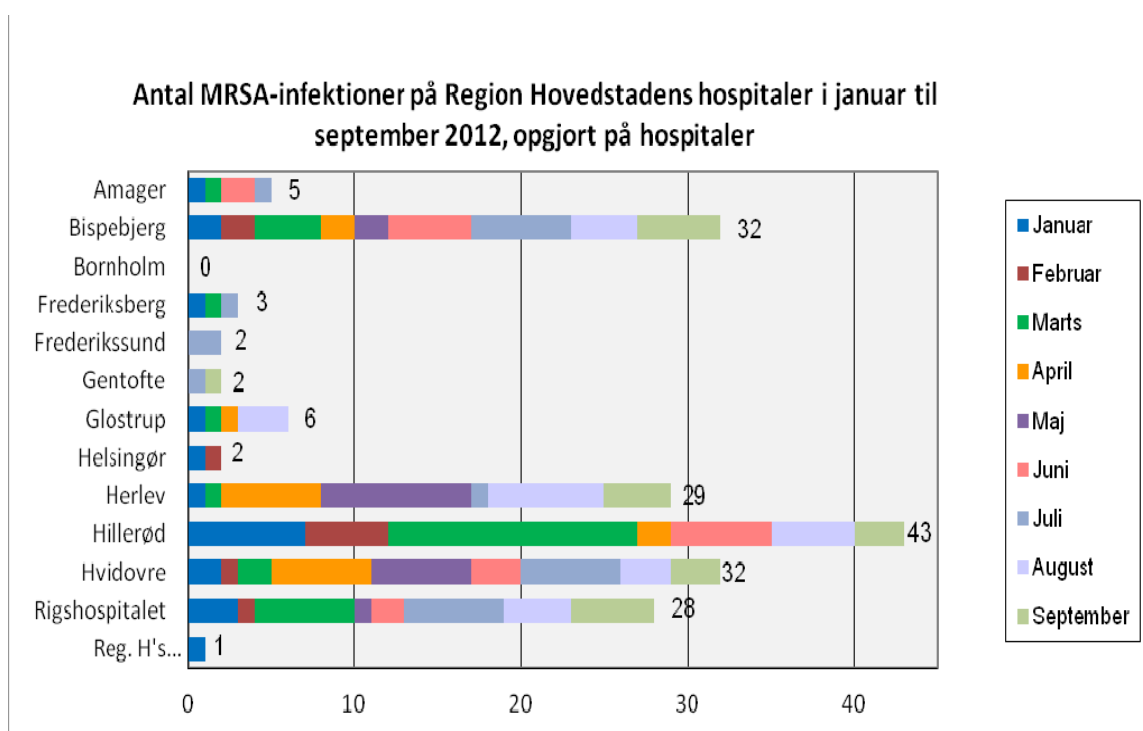
5. Methicillin-resistente *Staphylococcus Aureus*, MRSA (multiresistente bakterier)

MRSA overvåges for alle borgere i Region Hovedstaden. Dette sker som laboratorieovervågning af alle prøver fra hospitaler og praktiserende læger. Data samles hos MRSA VidenCenter på Hvidovre Hospital. Fra 2010 til 2011 skete der en stigning i MRSA-infektioner i både praksis- og hospitalssektor. I dette års første halvdel har praksis- og hospitalssektoren haft henholdsvis 274 og 164 tilfælde.



Figur 4: Antal nye MRSA infektioner i Region Hovedstaden 2010 - 2012

For de enkelte hospitaler ses der store udsving for årets første tre kvartaler. Mens Hillerød Hospital har haft 43 MRSA-infektioner, har Bornholm, RHP, Frederikssund og Gentofte hospitaler haft hhv 0,1 og 2.

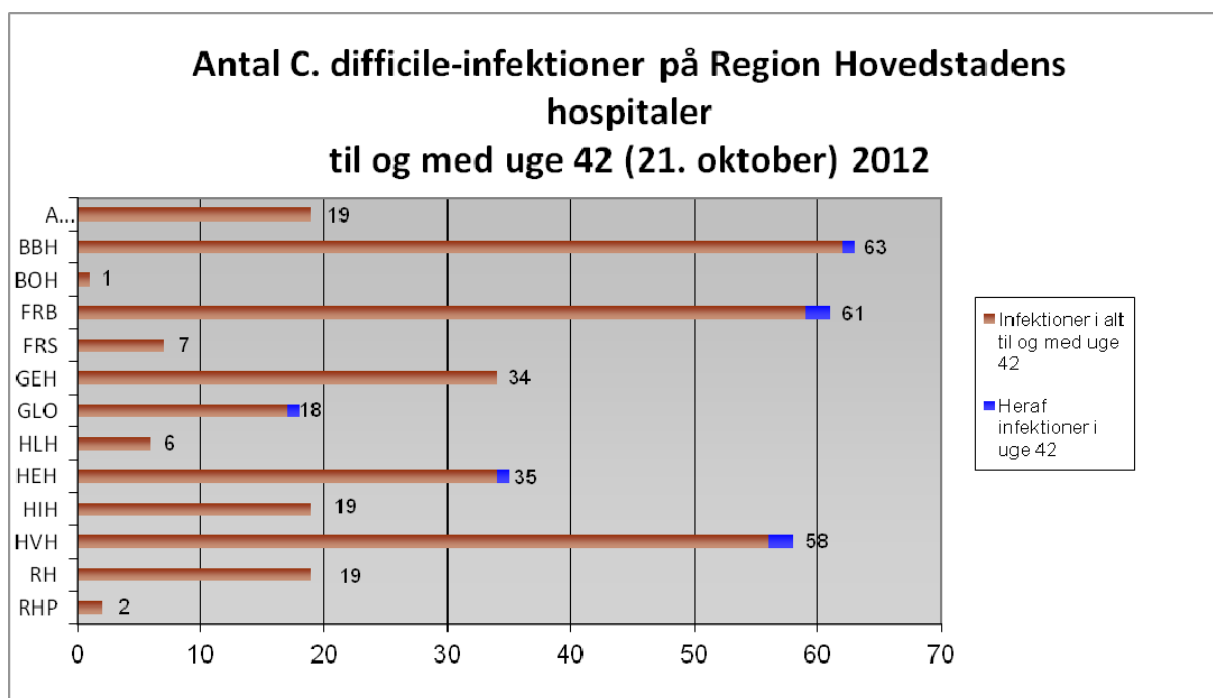


Figur 5: Antal MRSA infektioner på Region Hovedstadens hospitaler 2012

6. Clostridium difficile

Bakterien **Clostridium Difficile CD027** har givet alvorlige problemer på hospitalerne i en lang række lande og har i de senere år udgjort et voksende problem i Danmark. Infektion med Clostridium difficile er den hyppigste årsag til, at patienter får diarré i løbet af en indlæggelse på hospitalet, og det kan være farligt for ældre og skrøbelige patienter.

Forekomsten af Clostridium Difficile følges tæt i regionen med udarbejdelse af ugentlige opgørelser.



Figur 6: Antal infektioner med Clostridium Difficile CD027 på Region Hovedstadens hospitaler 2012

Efter en kraftig stigning i forekomsten af Clostridium Difficile CD 027 på regionens hospitaler i 2009 iværksattes en række initiativer med henblik på at knække den stigende kurve:

- Regional overvågning af CD027 blev iværksat foråret 2009
- Desinficerende rengøring med et klorholdigt middel på isolationsstuer (klor dræber sporer)
- Regional infektionshygiejnisk vejledning vedrørende patienter med maveinfektion er udarbejdet
- ERFA-gruppe for Clostridium difficile er oprettet
- Gratis vancomycin til alle patienter med Clostridium difficile.
- Regional behandlingsvejledning for patienter med C.difficile infektion er udarbejdet
- Anskaffelse af Glosair, en maskine der forstøver hydrogen peroxid med sølvkationer og desinficerer
- ”Task Force” overvåger hospitalserhvervede infektioner i hovedstadsregionen med det erklærede formål at halvere antallet indenfor 4 år.

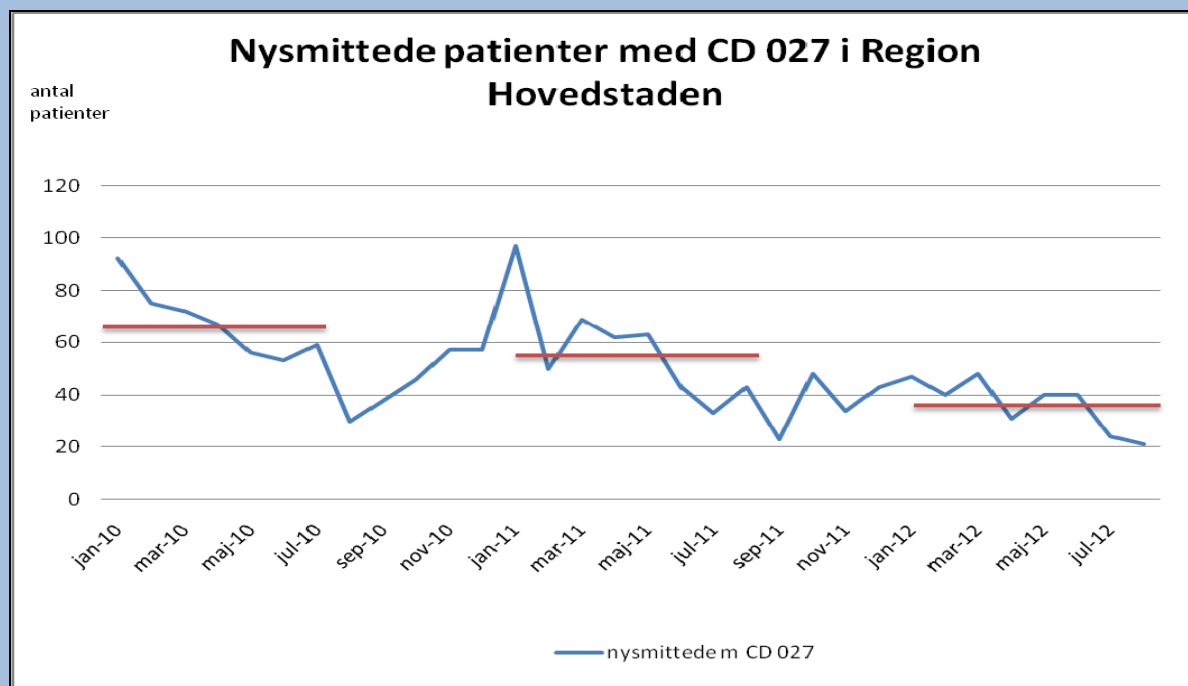
Behandling uden for hospitalet

Op mod 40 procent af CD027- patienter får tilbagefald flere uger eller måneder efter det første diarretilfælde, og mange af dem er derfor derhjemme, når det sker. I Region Hovedstaden er der derfor etableret fem ambulatorier, som behandler patienter med Clostridium difficile henvist af praktiserende læge.

Gratis medicin i særlige ambulatorier

Ambulatorierne findes på Bispebjerg, Bornholm, Herlev, Hillerød og Hvidovre Hospitaler. Her bliver patienterne vurderet af specialister på området og får udleveret medicinen Vancomycin gratis.

Resultatet af den målrettede indsats viser sig nu. Det gennemsnitlige antal nysmittede i årets første 8 måneder er faldet fra 63 i 2010 til 36 i 2012.



Figur 7: antal nysmittede patienter med Clostridium Difficile CD027 i Region Hovedstaden jan 2010 – aug 2012

7. Antibiotika forbrug og resistensovervågning, herunder ESBL (multiresistente bakterier)

Antibiotikaforbruget på hospitalerne overvåges ved udtræk fra Region Hovedstadens Apotek, der indkøber, distribuerer og registrerer alt forbrug af antibiotika på Region Hovedstadens hospitaler.

Antibiotikaforbruget opgøres i DDD (WHO's definerede døgndoser).

Resistensovervågningen sker som laboratorieovervågning af de hyppigste og mest klinisk betydende bakterier og antibiotikagrupper. Resistensen opgøres som andelen af resistente isolater.

Antibiotikaforbrug og resistensudvikling analyseres sammen så eventuelle stigninger i resistens som følge af forbrugsmønstret identificeres. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

8. Urinvejsinfektioner

Urinvejsinfektioner opgøres på alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden. Overvågningen sker på baggrund af centrale udtræk af prøvesvar fra de mikrobiologiske databaser samkørt med data på indlæggelser Landspatientregistret. . Urinvejsinfektioner opgøres som infektioner pr. 1000 sengedage. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

Målsætning: Rapporteringer af utilsigtede hændelser fra praksissektoren stiger

Praksissektoren blev inddraget i patientsikkerhedsarbejdet fra september 2010 via en udvidelse af Sundhedsloven, som herefter pålægger praksissektoren at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Formålet med indrapporteringerne er gennem åbenhed og læring at forbedre sikkerhedskulturen og dermed forebygge utilsigtede hændelser. En stigning i antallet af rapporteringer vurderes således som udtryk for udvikling af en moden sikkerhedskultur med fokus på læring og kontinuerlig udvikling af kvalitet og sikkerhed.

Nedenstående figur viser antallet af rapporteringer i DPSD om praksissektoren. Praksissektoren inkluderer alle ydere deri herunder almen praksis, speciallæger, vagtlæger, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer, psykologer og apoteker. Det drejer sig om hændelser, der er fundet sted i den angivne sektor. Hændelserne er ofte rapporteret i den sektor, hvor de fandt sted, men kan også være rapporteret i en anden sektor.



Figur 8: Antal rapporteringer af utilsigtede hændelser i praksissektoren i Region Hovedstaden 1. juni 2011 – 29. august 2012

Rapporteringerne fra og om praksissektoren stiger (se figur), og der er øget interesse for læring af de utilsigtede hændelser. Alvorlige hændelser sker ofte på tværs af kommuner, praksis og hospitaler, hvorfor der også er stigende efterspørgsel på mere omfattende årsagsanalyser imellem sektorerne. Analysearbejdet giver bl.a. grundlag for igangsætning af specifikke indsatser, som fx indsats for den akutte patient i almen praksis og vagtlægeregi samt indsats for optimering af arbejdsgange ifm. parakliniske undersøgelser. Derudover er fokus nu også på i højere grad at inddrage speciallægepraksis

Regionale initiativer i forhold til dødelighed, skader og infektioner

Der er iværksat en række tværgående initiativer på området, som har til formål at fremme sikkerhed i behandlingen. Flere af initiativerne er eller planlægges at blive udbredt nationalt.

- **Undervisning i brug af GTT.** Der er gennemført undervisning i brugen af GTT og etableret et regionalt netværk, der løbende drøfter metoden og herunder vurdering og fortolkning af resultaterne.
- **Early Warning Score.** Der er indført en fælles regional model for observation og indsats i forhold til pludselige ændringer i patienternes tilstand, således at der tidligt kan handles på tegn på forværring.
- **Mobilt Akut Team** er et eksperthold, der med minutters varsel hvor som helst på hospitalet kan yde akut livreddende behandling til patienter, som har udviklet eller er ved at udvikle en livstruende tilstand.
- **Mortalitetsanalyser.** Et antal journaler på patienter, der er døde under indlæggelse, gennemgås af et team af seniore læger og drøftes efterfølgende med personalet med henblik på identifikation af sikkerhedsbrist og læring.
- **Audit af hjertestop.** Der er gennemført analyse af 74 hjertestop på 11 hospitaler i regionen og identificeret en række temaer, hvor der er potentiale for forbedringer. Det er efterfølgende besluttet, at der gennemføres analyse af alle hjertestop på hospitaler i regionen.
- **Sikker kirurgi** er en procedure, som gennemføres i forbindelse med kirurgi, og som sikrer at de nødvendige sikkerhedstjek foretages samt fremmer kommunikationen i forløbet.

- **Blodmanagement.** Formålet med indsatsen er at sikre en rationel anvendelse af blodtransfusioner på hospitalerne, således at der leves op til Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
- **Medicinhandlingsplan.** Der er iværksat en række initiativer til styrkelse af den faglige rådgivning i forhold til rationel medicinanvendelse. Initiativerne er rettet imod hospitaler, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og tværsektoriel koordinering.
- **Infektionshandlingsplan,** se ovenfor.
- **Indsats mod tryksår.** Det er på tværs af regionerne besluttet at gennemføre en indsats til forebyggelse af tryksår med den målsætning at tryksår opstået under indlæggelse er elimineret i 2014. Indsatsen opstartes i 2012 med en kortlægning af forekomsten af tryksår og etablering af en baseline.

Kvalitetsudvalgets bemærkninger

Kvalitetsudvalget glæder sig over at handlingsplanens målsætning for reduktion i HSMR er opnået. Udvalget forventer, at der arbejdes videre med henblik på yderligere reduktioner, som det fremgår af nationale målsætninger.

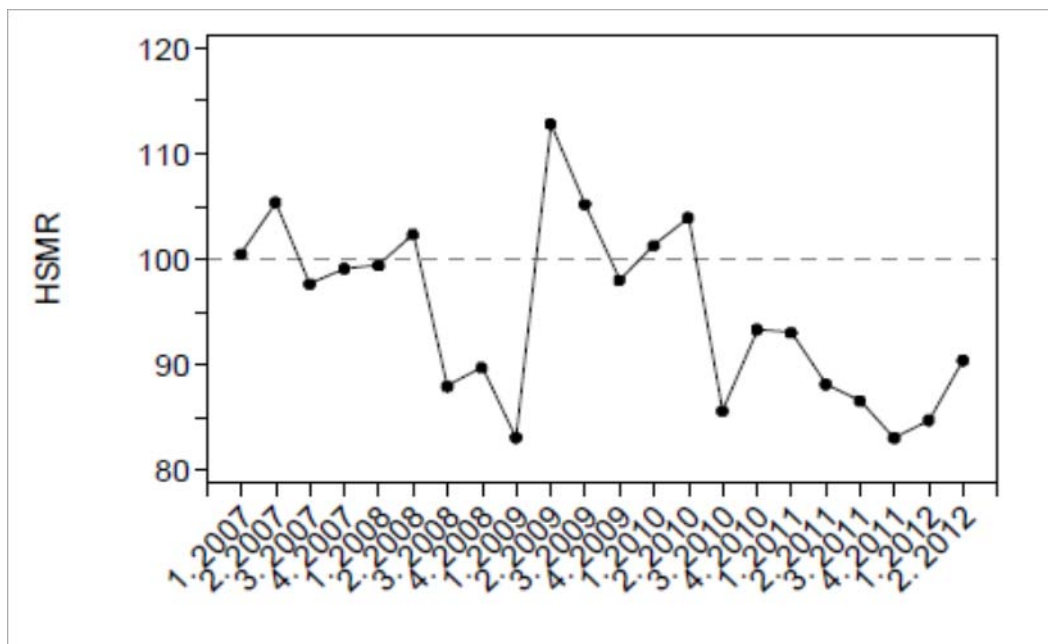
Kvalitetsudvalget konstaterer, at den systematiske måling af skader kræver en stor implementeringsindsats og at metoden ikke er velegnet til sammenligning mellem hospitaler. Metoden giver viden om skadesmønstre og styrker fokus internt på det enkelte hospital

Kvalitetsudvalget finder resultaterne af indsatsen i forhold til Clostridium Difficile tilfredsstillende og ser frem til at få data for de øvrige indsatsområder.

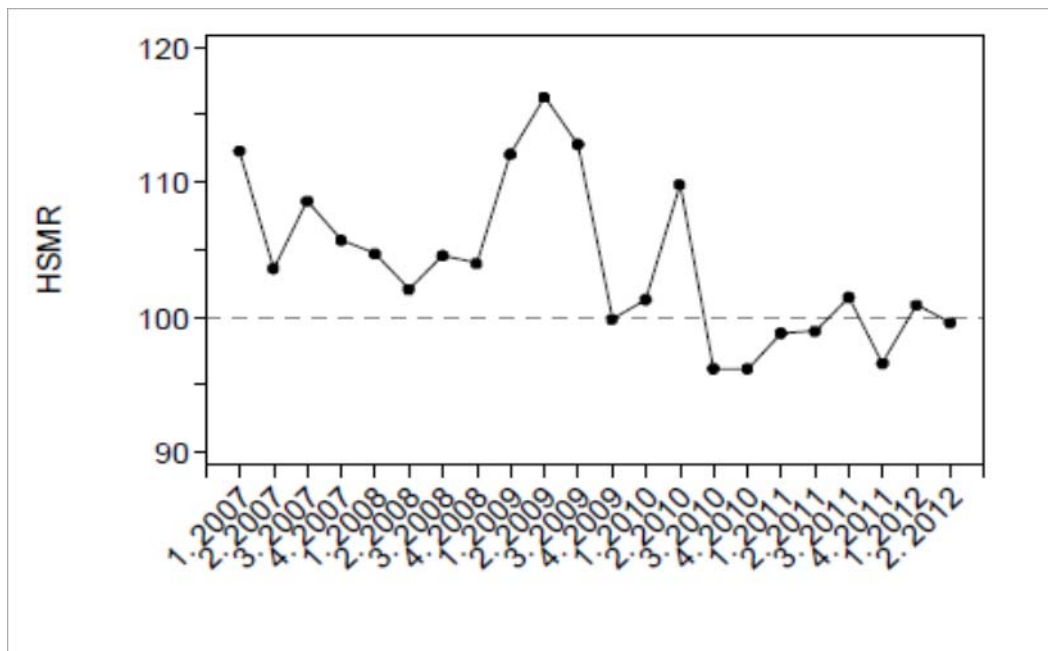
Kvalitetsudvalget følger udviklingen af rapporteringer af utilsigtede hændelser i praksissektoren med henblik på udvikling af en moden sikkerhedskultur.

Bilag 1 HSMR for hospitaler i Region Hovedstaden

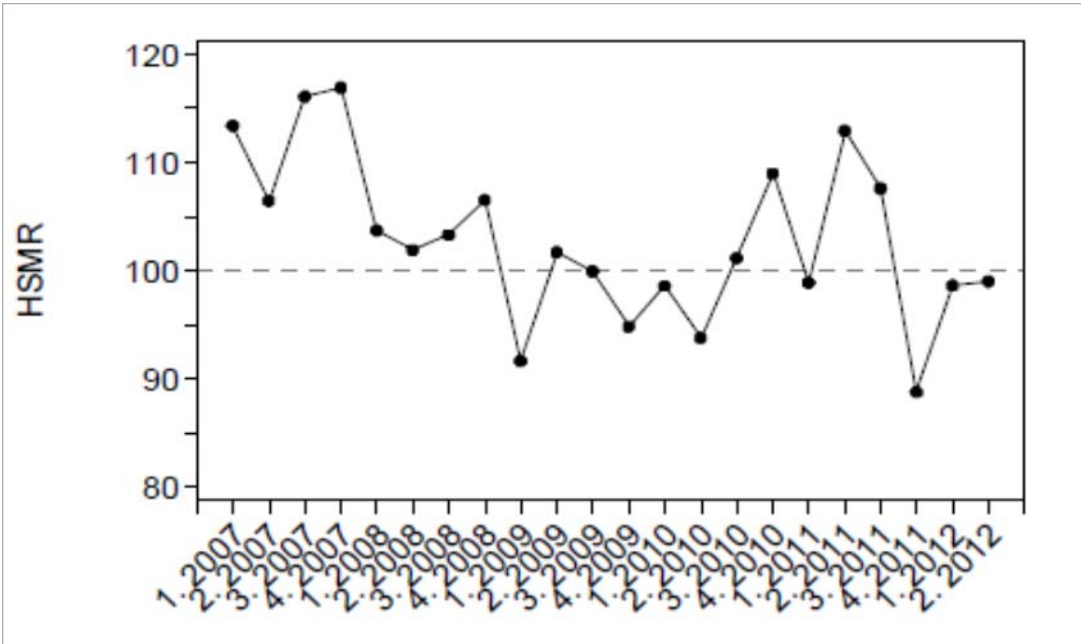
Amager Hospital



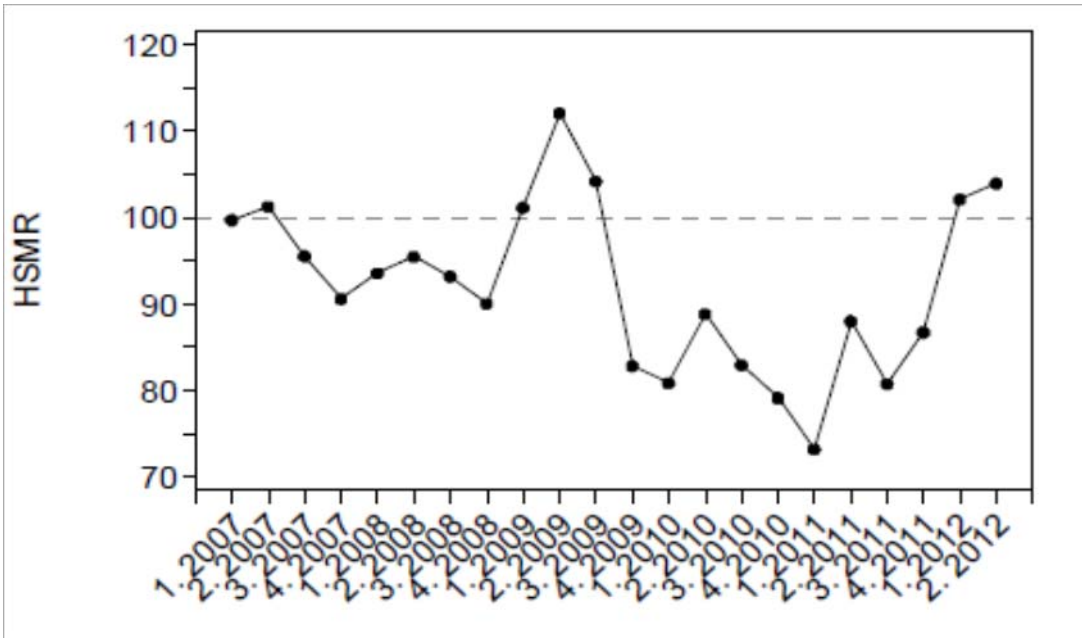
Bispebjerg Hospital



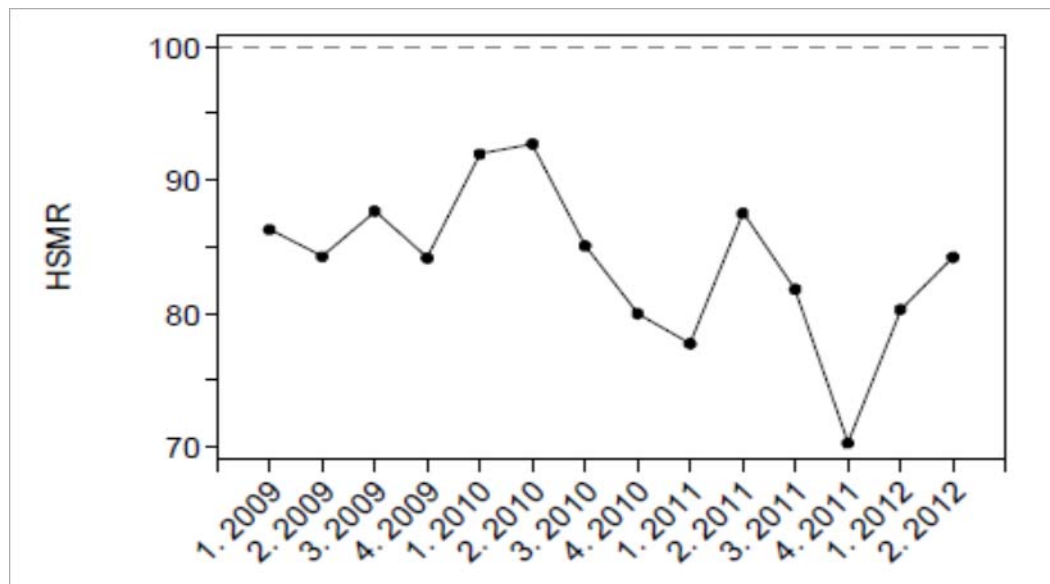
Bornholms Hospital



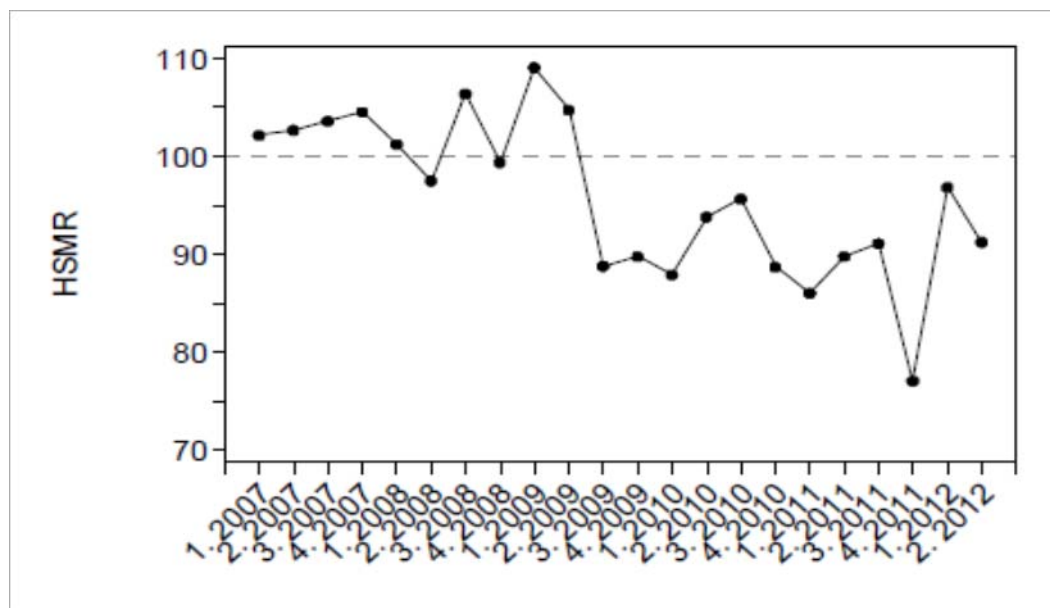
Frederiksberg Hospital



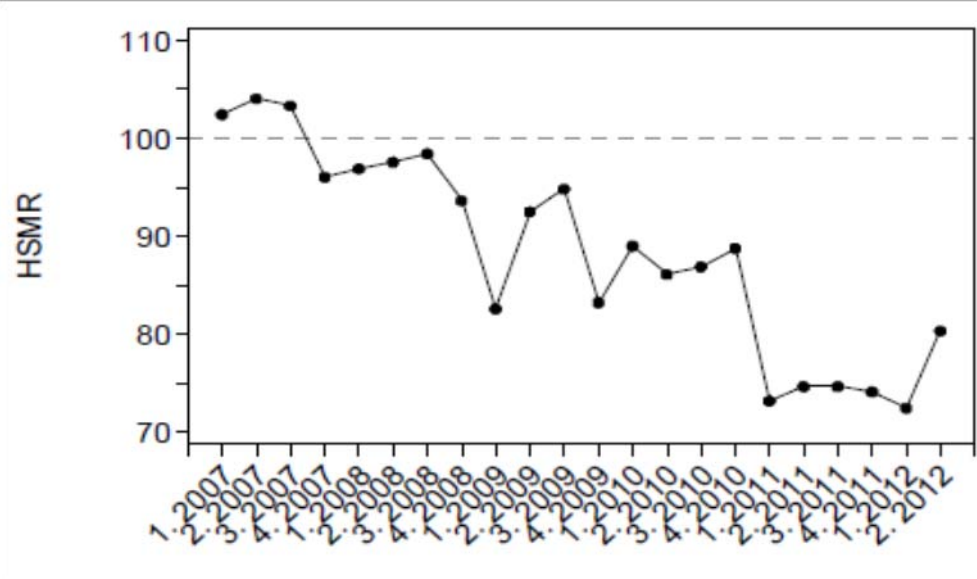
Frederikssund Hospital



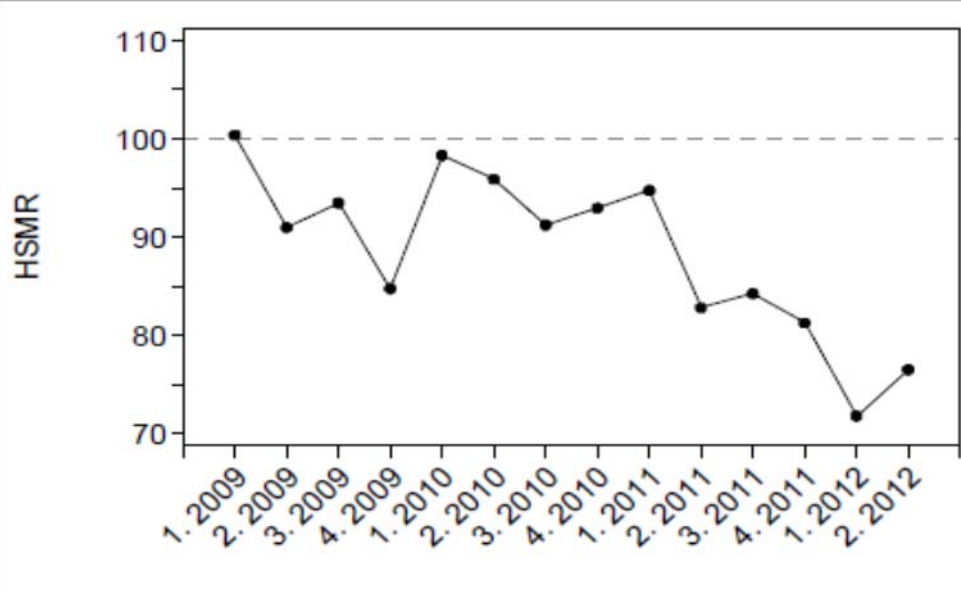
Gentofte Hospital



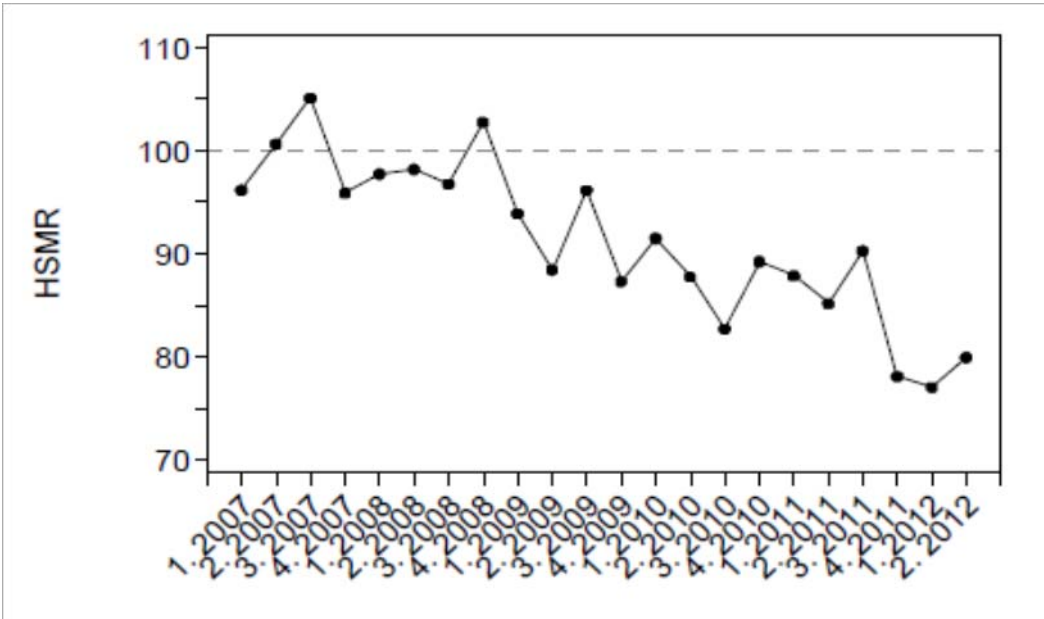
Glostrup Hospital



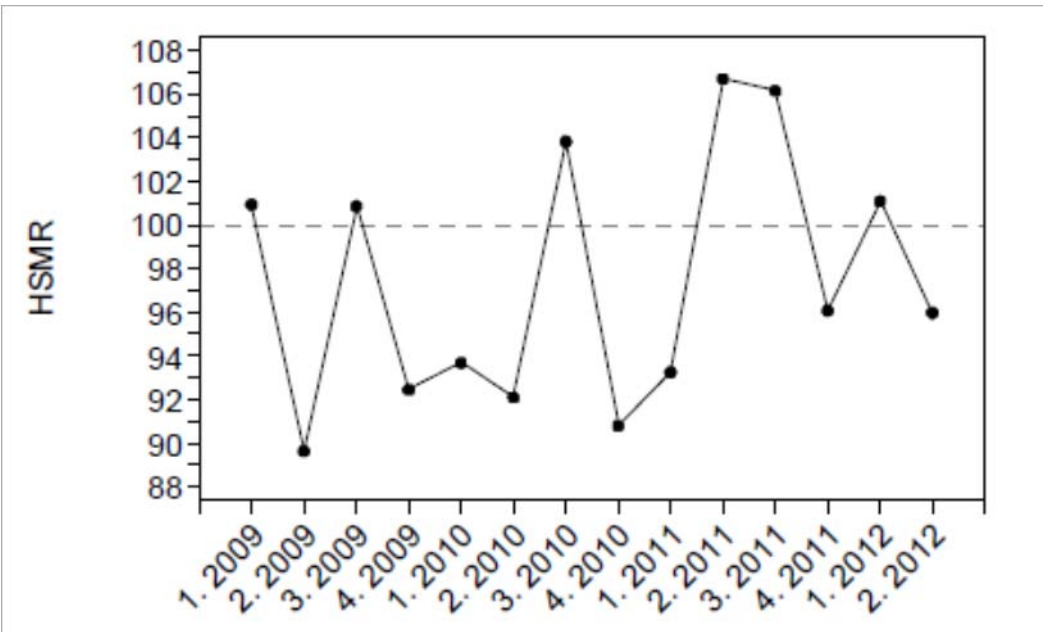
Helsingør Hospital



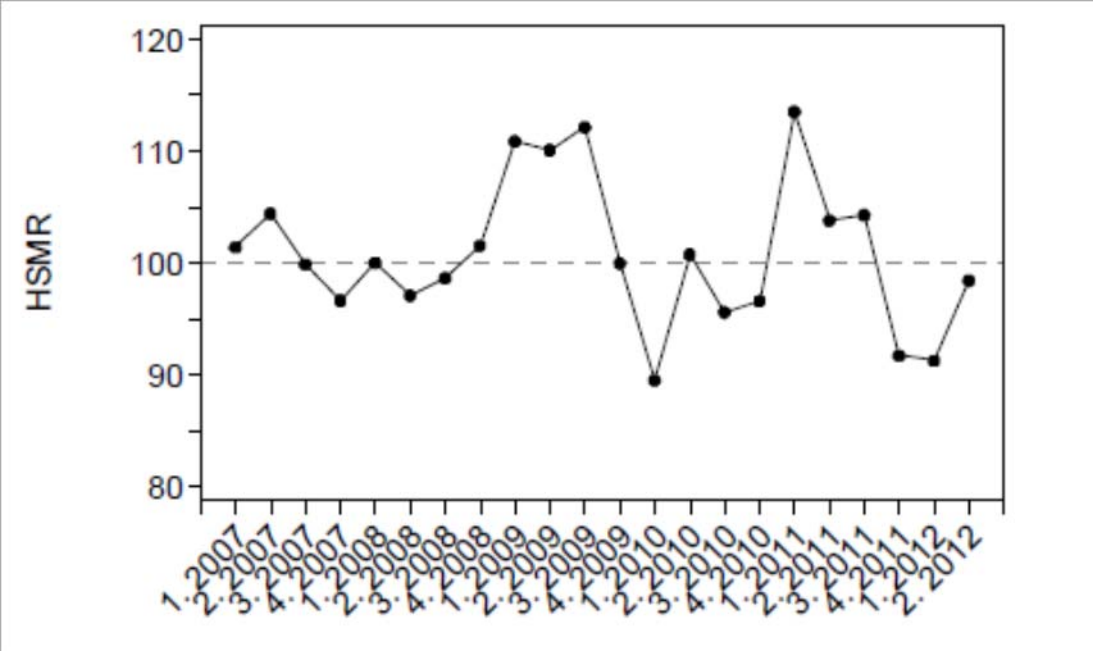
Herlev Hospital



Hillerød Hospital



Hvidovre Hospital



Rigshospitalet

