

Patientsikkerhed

Årsrapport 2021

Marts 2022

Psykiatrien i
Region Syddanmark


Region Syddanmark

Indholdsfortegnelse

Resume.....	3
Indledning.....	4
Utilsigtede hændelser - 2021	4
Læring af alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser.....	5
Emneklassificering af indrapporterede hændelser	6
Selvmord og selvskade	7
Selvmord under indlæggelse.....	7
Selvmord i ambulant regi eller efter udskrivelse fra indlæggelse eller ophold i PAM	8
Selvmordsforebyggelse	9
Medicinering.....	9
Status på initiativer og indsatser for patientsikkerhed 2021	10
Initiativer og indsatser for patientsikkerhed 2022.....	11
Bilag 1: Definition af alvorlighedsgrad	12
Bilag 2: Lokale læringstiltag på baggrund af indrapporterede utilsigtede hændelser 2021	13

Resume

Årsrapporten for patientsikkerhed i Psykiatrien i Region Syddanmark 2021 er udarbejdet med afsæt i rapporterede utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), samt læringspunkter fra dybdegående systematiske analyser. For at styrke den organisatoriske læring, er der vedhæftet forbedringsindsatser fra de enkelte afdelinger i sygehuset, afledt af læring fra de utilsigtede hændelser.

Stillingen som Riskmanager har været vakant siden nov. 2021. og derfor er denne rapport udarbejdet af kvalitetskonsulent Jane Schmidt Jensen

Der er i 2021 indrapporteret 1508 utilsigtede hændelser i Psykiatrien i Region Syddanmark. Mønstre og tendenser af de rapporterede hændelser peger på at:

- Fordelingen inden for emneklassificeringen i DPSD, er lig forrige års fordeling
- Selvmord udgør den største andel af dødelige hændelser.
- Medicineringshændelser udgør som tidligere år, fortsat den største andel af utilsigtede hændelser.

På baggrund af patientsikkerhedsarbejdet i 2021 anbefales følgende patientsikkerhedsindsatser for 2022:

- At arbejdet med at forebygge selvmord og selvmordsforsøg, blandt andet med baggrund i læringsområder identificeret i analyser af utilsigtede hændelser.
- At der igangsættes indsatser der forebygger utilsigtede hændelser med lægemidler.

Indledning

Årsrapporten 2021 er den 12. samlede beskrivelse af patientsikkerheden i Psykiatrien i Region Syddanmark, og indgår som led i sygehusets arbejde med risikostyring og patientsikkerhed. Rapporten bidrager til den fremadrettede proaktive risikostyring med henblik på at identificere, forebygge, reducere, eliminere og kontrollere risici for patienter i sygehuset i form af både de daglige kliniske risikovurderinger og overordnede patientsikkerhedsindsatser.

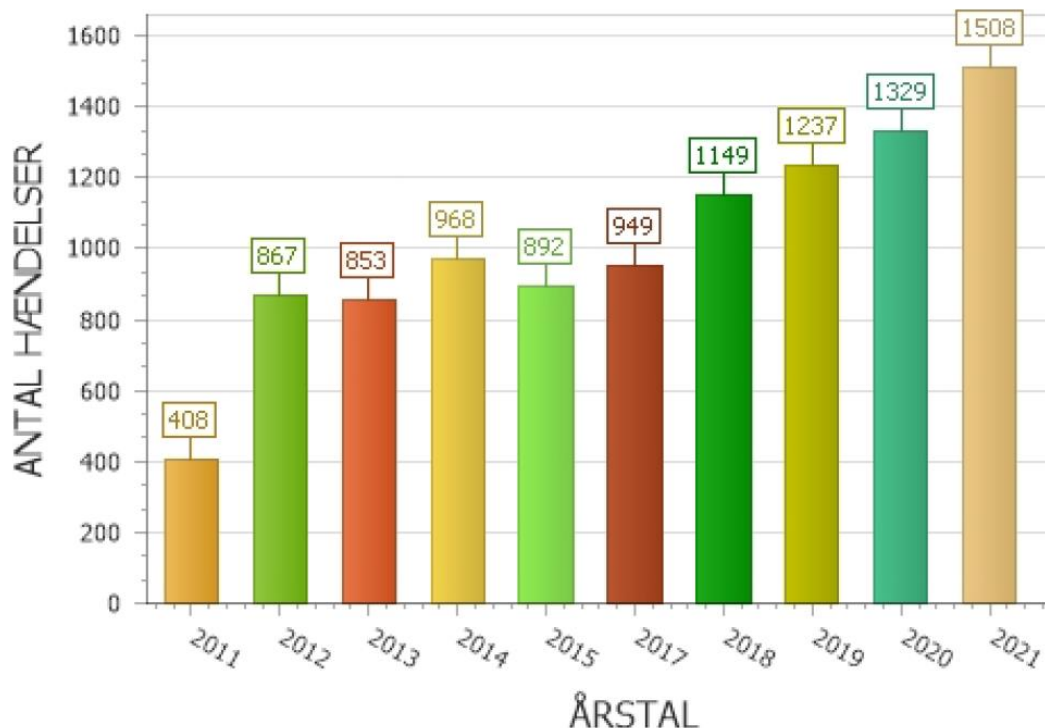
Rapporten bidrager til at understøtte en patientsikkerhedskultur, hvor utilsigtede hændelser anvendes til at skabe organisatorisk læring.

Rapporten tager udgangspunkt i data fra rapporterede utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD) samt viden erfaret fra de dybdegående systematiske analyser. Derudover er der, som tillæg til denne rapport, et udfyldt skema fra hver klinisk afdeling, der beskriver lokale forbedringstiltag på baggrund af læring fra de utilsigtede hændelser i 2021. bilag 2.

Utilsigtede hændelser - 2021

Alle sundhedsprofessionelle er i henhold til sundhedslovens § 198 forpligtet til at indrapportere en utilsigtet hændelse, når en sådan opleves eller opdages. Psykiatrisygehuset anvender indrapporterede utilsigtede hændelser til organisatorisk læring med henblik på fremadrettet at kunne forebygge en lignende hændelse.

I 2021 er der i psykiatrisygehuset samlet indrapporteret 1508 utilsigtede hændelser. I søjlediagrammet ses antal indrapporterede utilsigtede hændelser de seneste ti år.

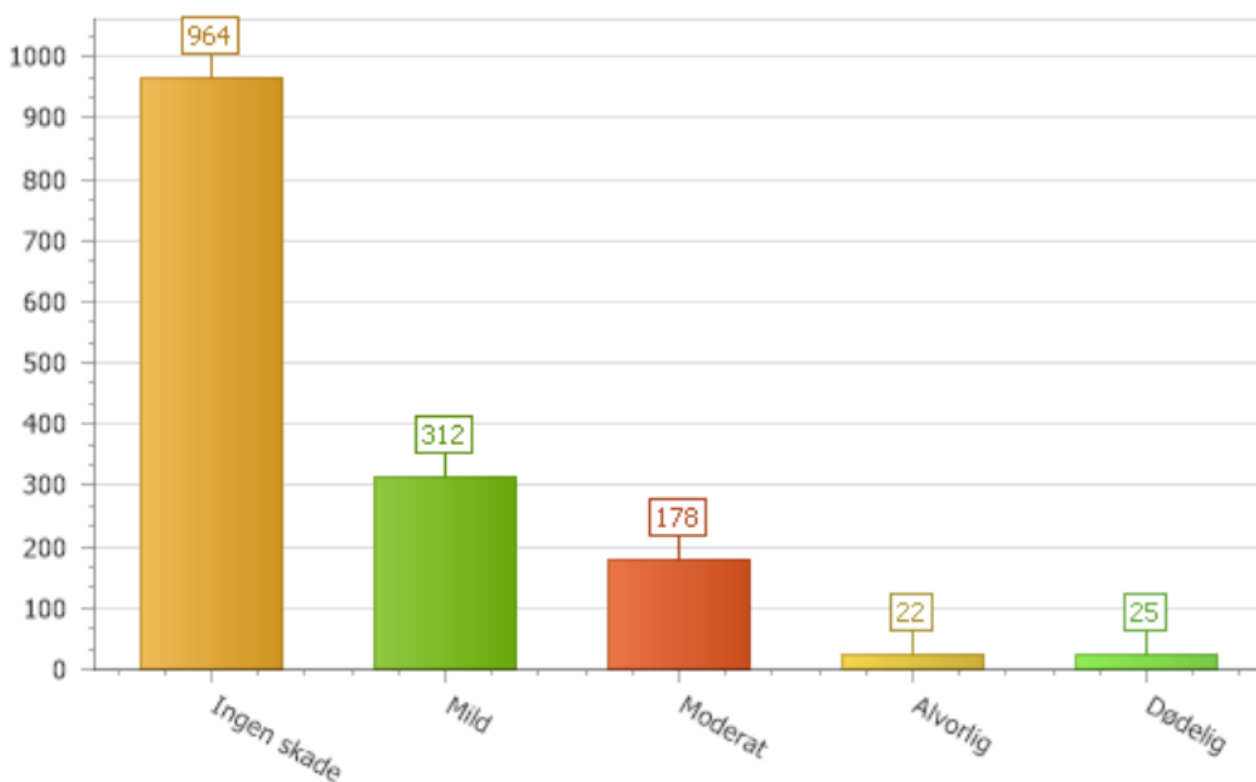


Kilde: DPSD

Antallet af indrapporterede utilsigtede hændelser er sandsynligvis ikke retvisende for det faktiske antal utilsigtede hændelser der forekommer i praksis, men afspejler udelukkende de hændelser der indrapporteres i DPSD. Antallet af indrapporterede utilsigtede hændelser over de sidste fem år er stigende og i 2021 ses det det højeste antal indrapporterede utilsigtede hændelser.

Ved indrapportering af en utilsigtet hændelse bedes rapportøren vurdere hændelsens alvorlighedsgrad¹ i forhold til den faktuelle skade påført patienten. Ved indrapportering vurderes skaden hyppigt i forhold til den potentielle skade og ikke den faktuelle skade. Det er derfor sagsbehandleren på den enkelte afdeling der i sagsbehandlingen af hændelsen skal sikre, at alvorlighedsgraden afspejler den faktuelle skade.

Nedenfor illustreres de indrapporterede utilsigtede hændelser, som de fordeler sig efter alvorlighedsgrad i 2021.



Kilde: DPSD

Læring af alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser

Forebyggelse af dødelige og alvorlige hændelser er et kontinuert indsatsområde i patientsikkerhedsarbejdet i psykiatrisygehuset. Der foretages dybdegående analyser af alle dødelige og alvorlige hændelser som led i sygehusets risikostyring med henblik på organisatorisk læring.

¹ Bilag 1: Definition af alvorlighed

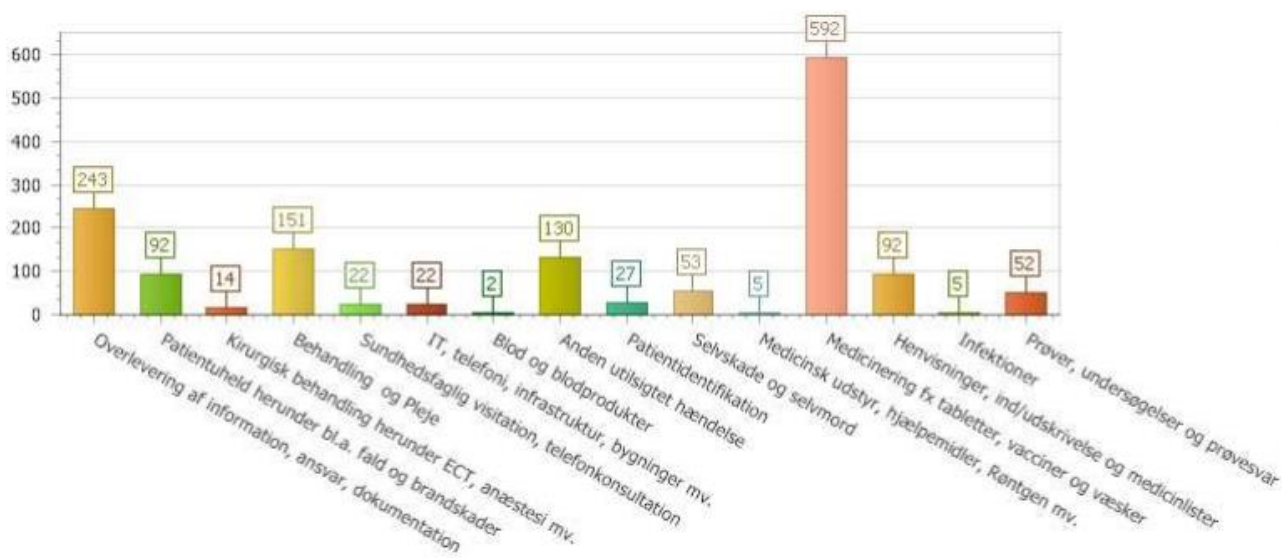
Psykiatrisygehusets struktur for deling af læring fra dødelige og alvorlige utilsigtede hændelser er løbende igennem året foregår blandt andet i sygehusets kvalitetssikringsråd, samt i forum for kvalitetskoordinatorer. Der er ugentlige tavlemøder med deltagelse fra afdelingsledelserne, hvor forgangne uges dødelige UTH, drøftes.

Emneklassificering af indrapporterede hændelser

Alle indrapporterede utilsigtede hændelser klassificeres efter emner i DPSD. En hændelse kan indeholde mere end én DPSD klassifikation, hvorfor antallet af hændelsestyper ikke altid svarer overens med antallet af indrapporterede hændelser.

Derudover skal det holdes for øje, at fordelingen af antallet af indrapporterede utilsigtede hændelser inden for et emne, kan begrundes i rapporteringskulturen og påvirkes af mange forhold som f.eks. særlige fokusområder, organisationsændringer, implementering af ny teknologi eller særlige travle perioder.

Nedenstående graf viser inddelingen af indrapporterede utilsigtede hændelser i DPSD klassifikationer for 2021.



Kilde: DPSD

Fordelingen inden for emneklassificeringen i DPSD af indrapporterede utilsigtede hændelser, er lig forrige års fordeling. Ligesom forrige år udgør utilsigtede hændelser inden for medicinering, herunder væsker, langt størstedelen af de indrapporterede hændelser i psykiatrisygehuset.

I de næste afsnit bliver udvalgte mønstre og tendenser i de utilsigtede hændelser præsenteret.

Selv mord og selvskade

Antallet af registrerede selvmord for indlagte patienter i DPSD kan anvendes som udtryk for det faktuelle antal selvmord, mens antallet af selvmord blandt patienter i et ambulante forløb ikke kan betragtes som et faktisk antal. Rapportering af selvmord blandt ambulante patienter er ikke systematisk, da personalet ikke i alle tilfælde er bekendt med, at det drejer sig om et selvmord. Antallet af selvmord blandt ambulante patienter eller patienter der begår selvmord under 30 dage efter udskrivelse kan derfor reelt være højere.

For at bidrage til øget patientsikkerhed og læring på tværs i psykiatrisygehuset har der siden 2016 været afholdt strukturerede dybdegående analyser af alle selvmordshændelser i psykiatrisygehuset.

I tabellen nedenfor ses indrapporterede selvmord de sidste syv år blandt indlagte og ambulante patienter, samt patienter der er udskrevet eller har været set i PAM inden for de sidste 30 dage.

Rapporterede selvmord blandt indlagte og ambulante patienter i perioden 2015-2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Selv mord – indlagte (inkl. orlov)	9	5	7	3	9	6	5
Selv mord – ambulante	12	7	13	12	13	12	8
Selv mord – indenfor 30dg efter udskrivelse inkl. PAM	2	3	5	2	5	1	2

Kilde: DPSD.

Selv mord under indlæggelse

I 2021 er der rapporteret 5 selvmordshændelser under indlæggelse (inkl. Orlov) i psykiatrisygehuset. De gennemgående læringspunkter, der er fremkommet på baggrund af analyse af hændelserne er fremhævet herunder.

- Der kigges flere steder på, hvordan sikkerheden kan styrkes i den fysiske indretning i forhold til tilgængelige redmedier samt ligaturpunkter. Dette har også været et emne, "forebyggelse af strangulering/hængning", der har været fokus på ved Intern Survey i maj 2021. Her fandt man fokuspunktet opfyldt. Der ses dog fortsat at dette også i 2022 må være et fokusområde.

- Absentering er også et opmærksomhedspunkt. Der er fokus på vigtighed i en tydelig kommunikation, i relation til udgang. Herunder at der udføres selvmordsrisikovurdering ved væsentlige ændringer i patienternes kliniske tilstand.
- Sikre kongruens mellem selvmordsrisikoniveau, observationsniveau og aftaler om eksempelvis udgang.
- Flere selvmordsrisikovurderinger er ikke dokumenteret fyldestgørende. Der er behov for at sikre en kvalitet i selvmordsrisikovurderingerne.
- Der er løbende behov for undervisning i selvmordsrisikovurdering, herunder at der arbejdes med alle fem punkter (risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, selvmordsadfærd, risikoniveau, selvmordsforebyggende interventioner) af selvmordsrisikovurderingen for at sikre en mere systematisk tilgang til selvmordsrisikovurdering.
- Udarbejdelse af kriseplan i samarbejde med patienterne

Selv mord i ambulante regi eller efter udskrivelse fra indlæggelse eller ophold i PAM

Antallet af selvmordshændelser blandt ambulante patienter og hændelser indenfor 30 dage efter udskrivelse er som nævnt i indledningen behæftet med en vis usikkerhed. I 2021 er der samlet indrapporteret 10 selvmord blandt ambulante patienter.

De gennemgående læringspunkter, der er fremkommet på baggrund af analyse af hændelserne er fremhævet nedenfor.

- Et fokusområde må være på udeblivelser fra planlagte indlæggelser, samtaler mv. Hvordan understøtter vores system en udeblivelse fra en planlagt indlæggelse. Hvad sættes i værk, hvis en patient udebliver, hvad skal kommunikeres ud i forhold til vurdering af selvmordsrisiko?
- Tænkt de pårørende med ind, kan de medvirke til indlæggelse/fremmøde, at patienten forbliver indlagt eller ikke absenterer.
- Tættere kontakt og opfølgning med patienten, kan måske forebygge at patienten får det dårligt og tager sit eget liv.
- Selvmordsrisikovurderinger der foregår virtuelt eller over telefon forudsætter et godt kendskab og relation til patienten. Der må være fokus på, at patienten her kan skjule sin aktuelle tilstand og at der kan være behov for flere hjemmebesøg/hyppigere fremmøde.
- Der sat en arbejdsgruppe i gang med beskrivelse af arbejdsgange ved henvisning fra lokalpsykiatri til Den Mobile Skadestue.

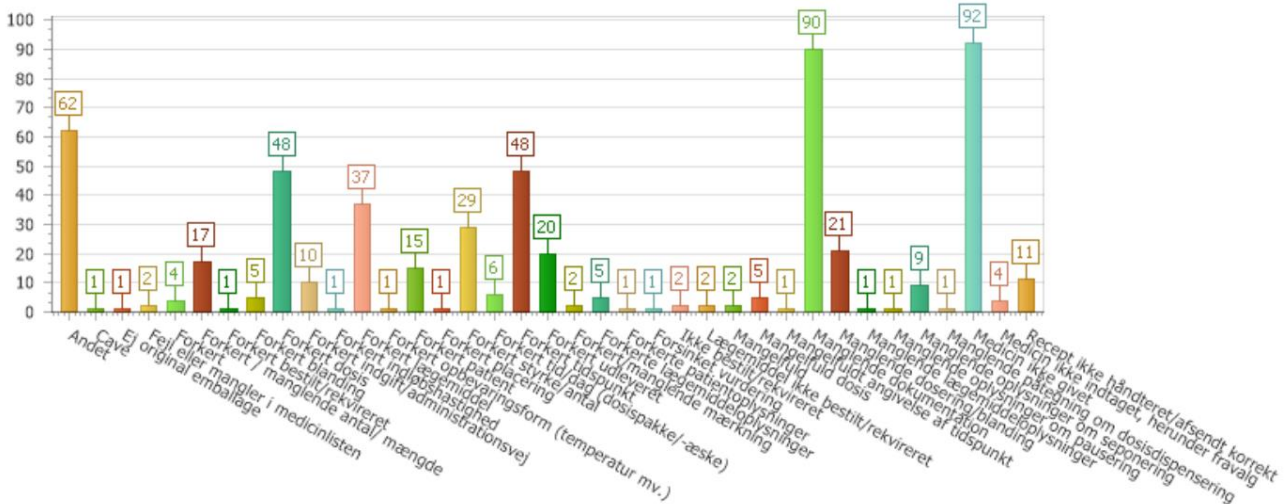
Selvordsforebyggelse

I juni 2020 blev det nationale e-læringsprogram om selvmordsforebyggelse sat i søen. Formålet med e-læringsprogrammet er, at udbrede viden og sikre kompetenceudvikling til alt klinisk personale i psykiatrisygehuset for at forebygge selvmord. Formålet er endvidere at give et fælles grundlag i vurdering af patienters selvmordsrisiko, så risikoniveauet så vidt muligt bliver vurderet ens og med udgangspunkt i et fælles fagligt sprog.

Psykiatrisygehuset har i flere år anvendt SEFE-T som systematisk vurderingsredskab ved selvmordsrisikovurderinger, og personalet skal årligt gennemføre et e-læringsprogram om SEFE-T. I det nationale e-læringsprogram anvendes SEFE-T som et af grundelementerne i selvmordsrisikovurderingen. Dette er under implementeret i psykiatrisygehuset og der monitoreres på gennemførelse af programmet. Siden det nationale e-læringsprogram om selvmordsforebyggelse blev sat i søen i juni 2020, har 1703 medarbejdere gennemført kurset ud af ca. 2300 klinisk medarbejdere i Psykiatrien.

Medicinering

Utilsigtede hændelser tilknyttet medicineringsprocessen er, som tidligere år, den hyppigst forekomne utilsigtede hændelse i psykiatrisygehuset. I alt er der indrapporteret 592 utilsigtede hændelser inden for denne kategori.



Kilde: DPSD.

Status på initiativer og indsatser for patientsikkerhed 2021

Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

- Læringsudbyttet af en dybdegående struktureret analyse er blandt andet afhængig af den viden, der er samlet i analyseteamet der forestår analysen. For at styrke læringsudbyttet og tilføje viden til analyseteamet anbefales det, at der ved analyser af selvmord under indlæggelse *skal* deltage et personale fra Center for Selvmordsforebyggelse i analyseteamet. Derudover ses det ligeledes væsentlig at de samarbejdspartnere som har berøring med den indrapporterede utilsigtede hændelse også inddrages i analyseteamet.
 - Status: Tiltaget fortsætter ind i 2022
- Det anbefales, at det nationale e-læringsprogram implementeres fuldt ud og er en del af psykiatrisygehusets eksisterende e-læringsprogram. Det anbefales desuden, at dere monitoreres på gennemførelse af programmet jf. retningslinjen for selvmordsforebyggelse.
 - E-læringsprogrammet er under implementering

Medicinering

- Det anbefales, at der lokalt foretages overvågning af medicintiltag på afsnittenes forbedringstavler.
 - Det forventes, at der i 2021 er arbejdet lokalt med denne indsats omend data fra de indrapporterede hændelser i 2021 kunne pege på, at der er behov for en generel indsats på området.

Der har i 2021 ikke været ressourcer til at igangsætte dette, men dette vil der arbejdes videre på i 2022

Initiativer og indsatser for patientsikkerhed 2022

Forebyggelse af selvmord og selvmordsforebyggelse

- Det anbefales, at der er fokus på abcentering og udeblivelser.
- Fokus på Selvmordsrisikovurdering – herunder undervisning af personalet på afdelingerne, e-læring, dokumentation mm.
- Inddrage Center for Selvmordsforebyggelse og andre samarbejdsparter som har berøring med den indrapporterede UTH i analyseteamet, for at belyse og udbrede læring.

Medicinering

- Det anbefales, at der ud over de lokale indsatser, igangsættes aggregeret analyser af utilsigtede hændelser vedrørende medicinering, med henblik op en generel indsats for at forebygge utilsigtede hændelser med lægemidler.

Intern survey

- Da der er i gangsat en større omstrukturering i Psykiatriens administration, vil der i 2022 blive afholdt intern survey, indholde elementer fra flere områder (patientsikkerhed, medicinering, arbejdsmiljø, hygiejne mv.) Dette arbejde er pt. under opbygning og intern survey forventes afholdt i efteråret 2022.

Bilag 1: Definition af alvorlighedsgrad

Alvorlighedsgrad af utilsigtede hændelser, DPSD

Alvorlighed	Beskrivelse
Ingen skade	Ingen skade for patienten
Mild skade	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.
Moderat skade	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig skade	Permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig skade	Dødelig.

Bilag 2: Lokale læringstiltag på baggrund af indrapporterede utilsigtede hændelser 2021

De enkelte afdelinger i psykiatrisygehuset har ansvar for at analysere og sagsbehandle indrapporterede utilsigtede hændelser - uanset alvorlighedskategori - for at fremme læring lokalt og på sygehusniveau, og dermed højne patientsikkerheden.

På baggrund af sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser kan der iværksættes lokale initiativer, hvor der udarbejdes relevante handleplaner og følges op på disse. Denne læring foregår lokalt på afdelingerne, men kan med fordel spredes på tværs af organisationen. Formålet med dette tillæg til årsrapporten på patientsikkerhedsområdet er at dele erfaringer med de lokale forbedringsindsatser, der er igangsat i år 2021 på baggrund af afdelingens indrapporterede utilsigtede hændelser.

Nedenstående skemaer er udfyldt med en beskrivelse af og status på de forbedringsindsatser, der er igangsat lokalt på hver afdeling med baggrund i de utilsigtede hændelser der er indrapporteret i 2021.

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: Svendborg

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
Selvmordsrisikovurdering -	Sefe-t udføres fuldt ud. Ikke kun vha. risikoniveau. Igangsætning ”dine 4 trin” omhandlende aflæring af rutine ved selvmordsrisikovurderinger + tillæring af viden hvornår der iflg. Retningslinje skal selvmordsrisikovurderes.	Afsnit fulgt med data: - Nuværende situation ved start 25% korrekt ifht. retningslinje - Nuværende situation 70 % korrekt Deltagelse af kvalitetskoordinator ved afrunding af dag mhp. aflæring –læring – data udvikling
Medicinprocessen 46% af Svendborgs samlede indberetninger 2021 er omhandlende medicinprocessen	Et afsnit har afprøvet at ansvarshavende sygeplejerske er facilitator i vagt i 14 dages periode.	Uvist at det er effektueret og hvordan!! Viser pr. nuværende ikke positive resultater.
Observationsniveau ikke dokumenteret med hvad og hvordan patienten skal observeres. Tidsangivelse er angivet. Ikke ajourført cetreatavle ifht. nuværende observationsniveau.	Fulgt i alle 3 afsnit med data til ugens tavlemøde. Fokus på læring fra retningslinje. Obs. Niveau bliver lægeordineret og der mangler bevidsthed fra plejepersonalet omkring fordelene ved at der klart er defineret hvad observationerne er rettet imod på den pågældende patient.	Der er arbejdet med at bringe observationsniveauet med ind som et punkt på konferencer. Et afsnit har valgt ved deres ”lange” konferencer at have øjne på obs. Niveau ifht. opdatering heraf. Status: ikke fulgt en periode, men bedring i sammenhæng mellem cosmic og cetrea. Følges fortsat

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: PA – Vejle

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
Henvisninger	Interne henvisninger via Cosmic i stedet for mail-system. Prøveperiode er afsluttet med god effekt. Målet er en mere sikker arbejdsgang for interne henvisninger.	Vi afventer en ny retningslinje bliver skrevet og godkendt, inden den implementeres bredt.
Fald	Alarm måtter. De giver alarm til personalet om at patienten er faldet ud af sengen. På den måde undgår vi at patienten ligger der længe uden at kunne få hjælp.	Alarmmåtter forebygger ikke patientfald, men det mindsker risikoen for, at patienten efterlades hjælpeløs, med risiko for at forværre skade.
Hjertestopbehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning i håndtering af apparaturer til iltbehandling er nu tilføjet vedligeholdelsesundervisning i konflikthåndtering. Videoer er under udarbejdelse • Lommekort med akut telefonnumre, som placeres bag medarbejdernes ID kort, er udleveret • En guide til telefonerne, så man kan se alarm-historikken er udleveret til personalet. • BT apparaterne er tjekket i juli måned – de virker uden 'error' • Der er taget kontakt til hjertestops-underviser mhp at der undervises i konstatering af hjertestop herunder agonal vejrtrækning. Det blev der allerede undervist i, men vil fremadrettet præciseres. 	Tiltagene bidrager til en mere sikker arbejdsgang ved akutte situationer.

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: Psykiatrisk afdeling Odense

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
Genoplivning/hjertestop	Der er sat hjertebræt op under hjertestarteren i hver blok og det er besluttet at alle afdelinger i sygehuset skal have HLR bræt som en del af akut og standardudstyret.	Det øger patientsikkerheden og muligheden for genoplivning at kunne anvende brættet i situationer, hvor det er mest hensigtsmæssigt at genoplive patienten i sengen og ikke på gulvet.

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: Børne- og Ungdomspsykiatri Syddjylland

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Revision af instruks omkring akutfunktionen på én matrikel begrundet i flere indberetninger om forskellige hændelser i forbindelse med akutfunktionen.	Instruks er revideret og i p.t. i 2. høring. Forventes klar til udgivelse i februar.
Henvisning, ind-/udskrivelse, medicinliste	Samarbejds møder med politiet er efter ny afdelingsledelse blevet reetableret, BUP deltager på halvårslige møder sammen med PA på matriklerne	Implementeret, BUP har deltaget i første møde.
Overlevering af information, ansvar, dokumentation Og Henvisning, ind-/udskrivelse, medicinliste	På baggrund af flere indberetninger omkring brud på persondataforordning og uvidenhed og uklarhed omkring proceduren for information, der skal gå til til klinisk IT, tester én sekretær proceduren mhp. at få beskrevet/informeret alle internt. Der foreligger en beskrivelse på intranettet, men det er ikke simpelt at finde, proceduren fremgår ikke af retningslinje om indberetning af UTH. Administrationen og klinisk IT har oplyst at dette tilrettes.	Afprøvning af procedure gennemført x 2. Klinisk it har 'forsimplet proceduren' (oplyst at et opkald til Bjarne Dyrup supplerende til indberetning af UTH er tilstrækkelig) Formidling til alle på p-møder via kvalitets- og forbedringsnøglepersoner i februar.

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: Børne- og Ungdomspsykiatri Odense (BUP-O)

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
<p>Overlevering af information, ansvar og dokumentation: Dokumentation omkring tvang er ikke udført eller mangelfuld</p>	<p>For at sikre (korrekt) dokumentation af udførte tvangsforanstaltninger, har en medarbejder haft ansvaret for på ugentlig basis, at lave journalaudit ift. tvangsforanstaltninger på patientniveau. Der er her kigget på, om de rette protokoller er udfyldt, om der er ført tilsyn og foretaget eventuelle revurderinger. (læge) Der er ligeledes kigget på, om der var dokumenteret BVC score og afholdt eftersamtale efter endt tvang (plejepersonale)</p> <p>De fundende fejl i dokumentationen rapporteres til overlægen i døgnafsnittet, som sørger for at rette fejlene.</p>	<p>- Fejlene findes og rettes. - Der bliver fundet et markant mindre antal fejl i dokumentationen nu, end før igangsættelse af tiltaget. Dette har også resulteret i et fald af indrapporterede utilsigtede hændelser.</p>
<p>Overlevering af information, ansvar og dokumentation: Ajourføring af FMK er ikke udført rettidigt</p>	<p>For at sikre korrekt ajourføring af FMK når en psykolog udskrives en patient, tages en computer med til koordineringsmøde hver morgen i døgnafsnittet. Lægen ajourføre FMK ved gennemgang af patienten, ved en forventelig udskrivelse af en psykolog.</p>	<p>FMK ajourføring overvåges på månedlig basis, og her ses en markant fremgang efter indført tiltag.</p>

Lokal læring fra utilsigtede hændelser 2021 – Afdeling: PA Esbjerg

DPSD klassifikation: <i>Inden for hvilket område er der igangsat tiltag?</i>	Forbedringsindsats: <i>Hvilke(t) tiltag er igangsat? Hvilken risiko skal tiltaget eliminere/reducere?</i>	Status på indsatsen: <i>Hvilke erfaringer er gjort på nuværende tidspunkt? Hvad er forbedret?</i>
Behandling og pleje	<p>Der er opsat en tavle, hvor der registreres, når patienter har lånt telefon eller andet af personalet</p> <p>At brev og besøgskontrol overholdes, rettens bestemmelser overholdes.</p>	<p>Det giver personalet et nemt og hurtigt overblik, især hvis det personale, der har lånt telefon eller andet ud til patienten og enten er gået hjem eller står i en anden situation</p> <p>Arbejdsgangen for registrering af patienters lån af ting, er oprettet.</p>