



PATIENTSIKKERHED OG KVALITETSARBEJDE

- i en tid med begrænset økonomisk vækst

Patientsikkerhed og kvalitetsarbejde – i en tid med begrænset økonomisk vækst

Udgivet af

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Hvidovre Hospital, Afsnit P610
Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Layout: Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Foto: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Marts 2011

FORORD	4
PATIENTSIKKERHED OG KVALITET - i en tid med begrænset økonomisk vækst	5
Normering og dødelighed	5
Svaret på den økonomiske udfordring.....	5
Det skotske eksempel	6
Høj kvalitet og sikkerhed og samtidig god økonomi	6
Konkrete initiativer	7
Hvordan dokumentere?	8
Dårlig sikkerhed koster	8
Unødige undersøgelser, sengepladser og ventetider?	8
Fra diagnose til behandling	9
Udfordringen	9
REFERENCER	11

FORORD

Kravet om at begrænse væksten i sundhedsvæsenets ressourceforbrug samtidig med den demografiske udvikling betyder, at flere får behov for ydelser, som skal leveres af stadig færre personer. Samtidig medfører den medicinske udvikling, hvor stadig flere sygdomme og tilstande kan behandles, at stadig flere vil have glæde af nye behandlingsformer. Derfor er der et stort behov for at gennemgå både den måde vi arbejder på og den måde, vi organiserer os på i sundhedsvæsenet.

En lang række forhold har betydning for, hvordan udfordringen kan imødekommes. Innovative teknologiske løsninger vil formentlig indenfor kort tid betyde, at elektroder og madrasser vil kunne monitorere puls, blodtryk, respiration og temperatur hos alle patienter, også på almindelige sengeafdelinger. Desuden vil personalet blive advaret om en umiddelbart forestående faldrisiko hos en sengeflygtig patient.

Nye teknologier vil medvirke til, at behandling og pleje ikke forringes på trods af de mange flere ydelser, der bliver behov for. En gennemgang af de projekter, der er igangsat i forbindelse med udlodning af ABT-fondens projekter, viser noget om, hvor meget aktivitet, der er på området.

Forebyggelsesindsatser med tidlig opsporing af kroniske sygdomme, forløbsprogrammer for patienter med kroniske lidelser, målrettet anvendelse af sundhedsprofiler mv. vil formentlig på sigt også betyde en aflastning af ressourcekrævende behandlinger af senkomplikationer til fordel for tidlig håndtering af komplikationer og ideelt set forebyggelse af livsstilssygdomme.

I denne rapport fokuseres der på, hvorledes kvalitets- og sikkerhedsarbejdet kan bidrage positivt til den demografiske og hermed økonomiske udfordring samt hvilke initiativer, der er taget i nogle af vores nabolande. Der er vældig meget dokumentation for, at utilsigtede hændelser og dårlig kvalitet er ressourcekrævende, mens der er mindre dokumentation for hvilke tiltag, der skal igangsættes for at kapitalisere det spild, som dårlig kvalitet og sikkerhed giver anledning til. Alligevel vejer argumenterne for, at der er tilstrækkelig viden til, at arbejdet kan gå i gang.

Konklusionen er klar: Der er i fremtidens sundhedsvæsen ikke råd til fejl, spild og uhensigtsmæssige arbejdsgange, og man bør derfor identificere hvilke kvalitets- og sikkerhedsinitiativer, der medvirker positivt til at imødegå den økonomiske udfordring.

PATIENTSIKKERHED OG KVALITET

- i en tid med begrænset økonomisk vækst

Kravet om begrænset vækst og samtidige krav om stigende aktivitet har gennem de sidste par år været tilbagevendende realiteter for sundvæsenet. Det giver naturligvis anledning til frustrationer og bekymringer både i befolkningen og blandt medarbejdere og beslutningstagere i sundhedsvæsenet. Ikke mindst er der frygt for, at når færre hænder skal lave mere falder kvaliteten af patientbehandlingen, og fejl og utilsigtede hændelser bliver en øget risiko i hverdagen.

Samtidig er der ikke udsigt til, at det kun er en kort overgang, at væksten i sundhedsudgifterne begrænses. Tværtimod vil den demografiske udvikling betyde, at der i de kommende år vil være behov for stadig flere ydelser leveret af færre personer. I realiteten betyder det, at der er behov for et stadigt fokus på, at arbejdsgangene og processerne er så hensigtsmæssigt tilrettelagt som muligt.

Det er derfor nødvendigt at se på hvilken sammenhæng, der findes mellem økonomi og kvalitets- og sikkerhedsarbejdet. Og ikke mindst på at identificere områder, hvor øget patientsikkerhed bidrager positivt til den økonomiske udfordring.

Normering og dødelighed

Der er gennem de seneste 10 år offentliggjort en lang række undersøgelser¹ specielt fra Nordamerika, men også enkelte fra Europa, der tyder på, at jo lavere sygeplejerskenormeringer der er på mere eller mindre sammenlignelige afdelinger, jo højere er patienternes dødelighed. Endnu er der ingen nordiske undersøgelser, der dokumenterer problemet, men det forventes, at der i løbet af 2011 publiceres en skandinavisk undersøgelse, ligesom en Cochrane gennemgang skulle være under udarbejdelse.

Selvom langt de fleste undersøgelser peger i samme retning, er der også forhold, der ikke er undersøgt, fx hvordan læge/patientratioen er på afdelingerne. Det er desuden vanskeligt at skelne mellem, hvorvidt der er tale om faktisk tilstedeværende sygeplejersker eller om det er det normerede antal sygeplejersker. Det er heller ikke muligt umiddelbart at overføre normeringsniveauet til danske afdelinger. Betegnelsen "Nurse" i de internationale studier er ikke entydig, og i dansk sammenhæng vil betegnelsen formentlig i lige så høj grad dække over sundheds- og socialassistenter. Det betyder at overføres studierne konklusion på danske forhold, må man regne med, at det kunne dække over det samlede normeringsniveau for plejepersonalet og ikke alene sygeplejerskegruppen. I mange lande deltager farmaceuter i medicineringsprocessen, og det er ikke afklaret, hvorledes disse normeringer indgår i studierne. Uanset disse forhold kan det ikke udelukkes, at tilsvarende resultater vil kunne findes på danske afdelinger.

To ret identiske initiativer er lanceret som en metode til at forsøge at udnytte sygeplejeressourcerne mest hensigtsmæssigt i en tid med knappe ressourcer. Begge metoder har som mål at øge sygeplejetidsforbruget på kerneopgaver, dvs. de direkte patientrelaterede opgaver. Det drejer sig dels om initiativet Transforming care at the bedside udviklet af Institute for Healthcare Improvement,² dels Productive Ward udviklet af NHS Institute for Innovation and Improvement.³

Svaret på den økonomiske udfordring

Den aktuelle økonomiske situation betyder, at der overalt i den vestlige verden er bekymring over sundhedsvæsenets stadige behov for at få tilført ressourcer. I England forsøger man at bremse væksten i udgifterne til sundhedsvæsenet, og det betyder, at væksten skal holdes på 1,4 %. Det svarer reelt til, at der inden 2014 skal kapitaliseres en effektivitetsgevinst svarende til 20 milliarder pund hovedsagelig pga. udviklingen i befolkningens sammensætning og hermed i behovet for sundhedsydelser. Den udfordring har man valgt at tage fat på primært ved sætte ind på at hæve kvaliteten af sundhedsydelserne.⁴

I overført betydning bygger man en såkaldt massiv forbedringsmaskine. En maskine med syv håndtag, hvor omdrejningspunktet er en lang række kliniske initiativer, der alle er dokumenteret i en eller anden grad og samtidig er karakteriseret ved økonomisk fornuft. De kliniske initiativer⁵ omfatter fx en reduktion af grad 3 og 4 hospitalserhvervede tryksår med 80 % og en 30 % reduktion af tryksår erhvervet uden for hospitalet, 50 % reduktion i urinvejsinfektioner i forbindelse med katetre samt 25 % reduktion i patientfald. Herudover er der initiativer, der skal sikre, at kroniske patienter i højere grad selv kan håndtere deres sygdomstilstand samt et redesign af visitationssystemerne, således at patienter primært behandles på det rigtige niveau. Herved regner man med at kunne opnå en reduktion på 10 % i skadestuebesøg, akutte indlæggelser og en tilsvarende reduktion i ambulancetransporter mv.

De øvrige håndtag i forbedringsmaskinen er at sørge for at opbygge både kapacitet og evne til at skabe forandringer i sygehusvæsenet. I den forbindelse er det afgørende ikke, om der bruges lean-teknikker, gennembruds metode, 6 sigma eller andre metoder. Det er evnen til at anvende metoderne i vid udstrækning, der er afgørende.

Ved konstant og utrætteligt at fortælle historien forsøger man at skabe et fælles billede og en fælles forståelse af udfordringen. Man kigger på incitamentstrukturen for at sikre, at den ikke står i vejen for men i stedet understøtter, at der sker forbedringer. Der sættes konkrete mål, og ledelserne styrkes i at blive mere handlekraftige. Samtidig stilles de i højere grad til ansvar for at levere resultater på kvalitets- og sikkerhedsområdet.

Det skotske eksempel

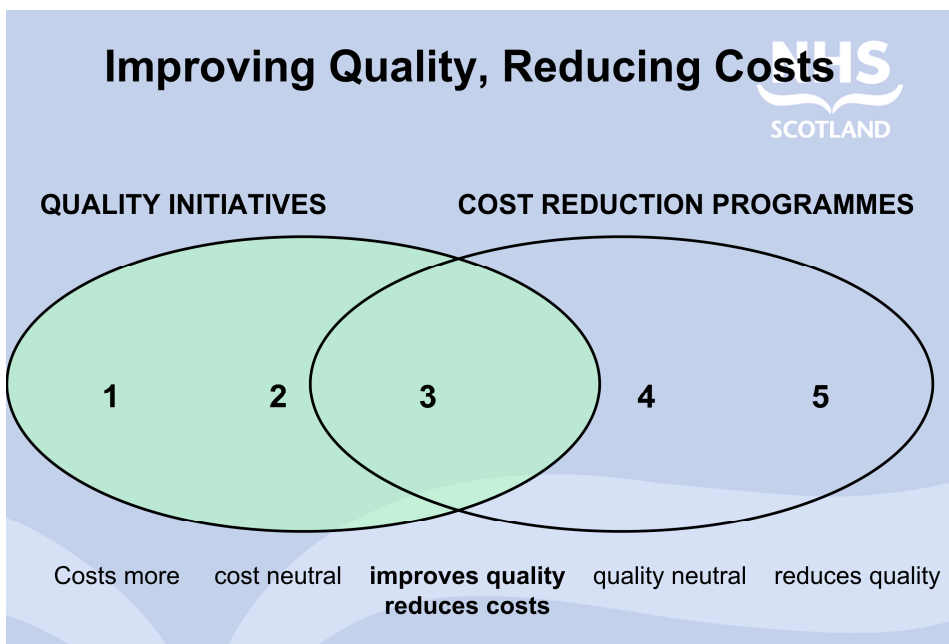
I Skotland har man en udfordring, der ligner den engelske, da man også her har valgt at satse på, at en stor del af løsningen af det økonomiske problem skal findes i at hæve sikkerheden og kvaliteten af behandlingerne. Man mener således, at der er mere viden om, hvordan man hæver kvaliteten, end hvordan man reducerer omkostningerne i sundhedsvæsenet.⁶

Ligesom i England peger man i Skotland på en lang række kliniske initiativer, der på en og samme tid hæver kvaliteten, og samtidig er en del af løsningen på den økonomiske udfordring. Et af eksemplerne er det skotske patientsikkerhedsprogram,⁷ som er et initiativ, der på mange måder har samme kliniske indhold som Patient-sikkert Sygehus. Dvs. der arbejdes med at reducere antallet af en række hospitalserhvervede infektioner, fx respiratorinducerede lungebetændelser, sepsis efter centrale venekateter, urinvejsinfektioner efter kateter anlæggelser mv. Målet er at reducere hospitalsdødeligheden med 15 % og utilsigtede skader på patienter med 30 %.

Udover patientsikkerhedsarbejdet er der initiativer i gang på en lang række andre områder. Herunder effektivisering i form af kronikerprogrammer mv. og i højere grad at gøre tilbuddene patientcentreret fx i form af forskellige fælles beslutningsværktøjer mv.⁸

Høj kvalitet og sikkerhed og samtidig god økonomi

En forudsætning for at kunne forbedre sikkerhed og kvalitet og samtidig forbedre økonomien er at identificere kliniske processer, der indgår i nedenstående fællesmængde. Hvad der også er interessant er de initiativer, der reducerer omkostninger og ikke samtidig har negativ effekt på sikkerhed og kvalitet, ligesom sikkerheds- og kvalitetsinitiativer der er udgiftsneutrale. (Se figur 1)



Figur 1: Efter Derek Feeley.

Kun hvis det er muligt både at finde og implementere kliniske processer, der opfylder de krav, kan man reducere budgettet indenfor de relevante områder og hermed ikke gøre skade men sikre, at det i et vist omfang er muligt at leve op til de nye og øgede behov, der er sundhedsvæsenets konstante udfordring.

Konkrete initiativer

Der er ikke overvældende megen dokumentation for hvilke kliniske initiativer, der enten udgør fællesmængden eller er udgiftsneutrale.⁹ Men der er tilstrækkelig viden til, at det er muligt at gå i gang.¹⁰ I det følgende gives nogle bud på hvad, der ligger indenfor fællesmængden:

Accelereret kirurgi giver såvel god kvalitet i form af få komplikationer og færre genindlæggelser og er samtidig mindre udgiftskrævende end konventionel behandling. Selvom accelereret kirurgi er kendt og benyttes på en lang række afdelinger, er der stadig plads til en langt mere udbredt brug.¹¹

Kjeld Møller Petersens analyse om håndhygiejne, udarbejdet for Danmarks Konsensus, viser, at øget patient-sikkerhed f.eks. gennem en indsats mod hospitalserhvervede infektioner, giver indsatsen 17 gange igen. Sagt med andre ord bliver 1 kr. brugt på patientsikkerhed til 17 kr. i gevinst for samfundet i form af reddede liv.¹²

En artikel i tidsskriftet *Sår* fra 2009 har undersøgt forekomsten af tryksår på seks forskellige danske hospitaler. Den viser, at typisk 15-25 % af patienterne har tryksår, hvoraf cirka halvdelen er åbne sår (grad 2-4).¹³ En efterfølgende undersøgelse på Odense Universitetshospital bekræftede niveauet. Her fandt man, at en tredjedel af patienterne havde trykskader, og at 17,3 % af patienterne havde åbne tryksår.¹⁴ Der er ikke data på hvor mange tryksår, der er opstået under indlæggelse og hvor mange, der er opstået forud for indlæggelsen. Et bud kunne være, at halvdelen er hospitalserhvervede. Det engelske sundhedsministerium har udarbejdet en tryksårskalkulator,¹⁵ hvor den enkelte institution kan gå ind og regne på, hvad de kunne spare det engelske sundhedsvæsen for, hvis sygehusene forebyggede tryksår.

Tryksår kan nærmest elimineres. Det er vist på Abertawe Bro Morgannwg (ABM) universitetshospital, der har 92 afdelinger fordelt på fire matrikler i Swansea-området i Wales. I 2005 havde en prævalensundersøgelse vist, at

13 % af patienterne havde udviklet et eller flere tryksår under indlæggelsen. Lidt over halvdelen var trykspor, mens resten var åbne sår. Udgangsniveauet svarer altså til, hvad man har fundet ved de danske prævalensundersøgelser. Ved en fokuseret indsats over fire år er det lykkedes at reducere prævalensen af hospitalserhvervede tryksår til langt under promille-niveauet. I løbet af hele oktober 2010 opstod kun fire tryksår blandt de 9.166 patienter, der i løbet af måneden var indlagt på hospitalets 2800 sengepladser. Det betyder, at forekomsten af tryksår nu er langt under en promille. Resultatet er opnået uden investeringer i dyrt udstyr, men derimod med en fokuseret ledelsesindsats samtidig med en opbygning af kapacitet i organisation til at skabe forbedringer.

Hertil kommer, at det er muligt at forebygge en lang række hospitalserhvervede infektioner ved en tilsvarende indsats. Det drejer sig både om respiratorinducerede infektioner,¹⁶ infektioner opstået ved brug af centrale venekatetere,¹⁷ urinvejsinfektioner efter kateterindlæggelse m.fl. Alle er infektioner, der kan være ualmindelig ressourcekrævende såvel som svært belastende for de enkelte patienter.

Hvordan dokumentere?

For at styrke dokumentationen af hvilke kvalitets- og sikkerhedsinitiativer der er god økonomi i at få implementeret, har Health Foundation (HF), der er en stor engelsk almennyttig fond med sundhedsvæsenet som genstandsområde, introduceret Shine Program, hvor initiativtagerne kan få 75.000 pund, hvis de tilvejebringer dokumentation for særlige kvalitetsinitiativer, der medfører en besparelse.¹⁸ Når den type dokumentation kun i beskedent omfang har været publiceret, skyldes det ifølge HF, at et kvalitetsinitiativ ét sted oftest medfører mulighed for en besparelse et helt andet sted; det være sig i en anden afdeling, en anden institution eller måske i en helt anden sektor, og netop i de tilfælde er incitamentet og muligheden for at dokumentere en besparelse forbundet med større vanskeligheder eller knapt så attraktivt.

Det forhold har HF's Shine Program til formål at gøre noget ved. Med de 75.000 pund ønsker HF, at det er muligt for institutioner at have ressourcer til at dokumentere i hvor høj grad velimplementerede kvalitetsprojekter samtidig kan medføre reducerede omkostninger, og vel at mærke således at denne kapitaliseres. Den første generation af dokumentationsrapporter planlægges offentliggjort i løbet af forsommeren 2011.

Dårlig sikkerhed koster

Selvom dokumentationen for at kvalitetsinitiativer kan medføre reducerede omkostninger ikke er voldsom solid, er der til gengæld god dokumentation for, at dårlig kvalitet og sikkerhed i særdeleshed er udgiftskrævende.

Ved en gennemgang af ni typer utilsigtede hændelser i forbindelse med 472.084 indlæggelser på de amerikanske VA hospitaler fandt man, at gennemsnitsomkostningerne per indlæggelse var \$14.461. Ekstraomkostninger på forløb, hvor der var en af de ni udvalgte utilsigtede hændelser tilstede, var mellem \$9.500 og \$42.000. I alt svarede ekstraomkostningerne i 2007 til 2,42 % af de samlede udgifter.¹⁹ Der er endnu ikke nogen danske undersøgelser, der har estimeret de økonomiske konsekvenser af fejl og utilsigtede hændelser.

Den danske patientforsikring har for nylig set på udgifter til erstatninger til børn født med hjerneskade som følge af iltmangel under fødselen. Hvis hjerneskaden er alvorlig, kommer erstatningsbeløbet op på omkring 4,2 mio. kr., som skal udredes af den enkelte region.²⁰ Hertil kommer de udgifter, kommunerne efterfølgende har i form af specialinstitutioner, støttepædagoger, pensioner mv. Patientforsikringen estimerer, at der ved 1 ud af 2000 fødsler fødes et barn med en forebyggelig hjerneskade.

Unødige undersøgelser, sengepladser og ventetider?

Der er også andre tilgange til at se på, om der i sundhedsvæsenet er et forbrug af ydelser, der ikke giver sundhed, helbredelse eller værdi i øvrigt for patienterne - måske snarere tværtimod. Der er flere små redskaber til at gøre en sådan øvelse operationel.

Et af redskaberne er udviklet af HF og IHI²¹ og består af en række skemaer, hvor man systematisk gennemgår en afdelings udnyttelse af sengekapaciteten, brug af rutineprøver, gennemgang af hvorfor de enkelte senge er optaget – specielt hvad patienten eventuelt venter på mhp. at identificere muligt spild.

Det måske væsentligste værktøj i værktøjsskassen er et lille interviewskema til patienter. Her bliver de spurgt om, hvorvidt de selv mener, at de kunne have været udskrevet tidligere, om de har været udsat for undersøgelser eller behandlinger, de mener var unødvendige, eller om de ligefrem har gjort større skade end gavn mv. Herved synliggøres gentagelser af undersøgelser, ventetid på scanninger, uhensigtsmæssige arbejdsgange ved overflytninger, tilsyn mv. Alt sammen ydelser der hverken gavner patienten, eller som i værste fald blot forsinker dem i deres udredning og pleje.

Redskabet udviklet af HF og IHI er blot et ud af flere. En anden type redskab har været anvendt af Henrik Kehlet²² i forbindelse med udbredelse af accelereret kirurgi, mens man i Randers/Ålborg har anvendt et svensk-udviklet såkaldt inventeringsskema. Det er et simpelt skema, hvor man forholder sig til alle sengeliggende patienter ved at stille spørgsmålet, hvor relevant det er, at de optager en seng? Og såfremt de venter på noget, stilles spørgsmålet, om det er noget der leveres internt fra afdelingen, fra sygehuset eller om det er forhold uden for sygehuset, der betinger, at patienten venter.²³

En anden indgangsvinkel er at se på ambulante patienter. På NHS Tayside i Skotland²⁴ har man gennemgået førstegangskonsultationer i ambulatorierne. For knap en tredjedel af disses vedkommende viste det sig, at besøgene var spild af tid for såvel patienter som de sundhedsprofessionelles. Enten var de relevante papirer fra de henvisende institutioner ikke nået frem, eller der var bestilt eller udført tests, hvor svarene endnu ikke var tilgængelige mm.

Fra diagnose til behandling

Ved at synliggøre og dokumentere spild, dårlig kvalitet og sikkerhed, unødige eller manglende ydelser, der skulle have været leveret for at forhindre komplikationer, kan man i en organisation skabe en fælles platform, hvor behovet for at gennemføre forbedringer kan diskuteres.

I Organisationen Denver Health, et hospitalssystem der for en bestemt bevilling skal servicere en bestemt population bedst muligt, har man et mantra der hedder: Saving lives, saving money, saving jobs.²⁵ Det betragtes som respektløst at udsætte patienterne for tiltag, der ikke bidrager positivt til deres behandling, ligesom det er respektløst overfor personalet at bruge deres tid på procedurer, der ikke gavner patienterne – specielt hvis ressourcerne kunne have kommet en anden patient til gavn et andet sted. Derfor gennemsyrrers organisationen af en kultur, hvor man konstant er på jagt efter procedurer eller arbejdsgange, der ikke giver optimal værdi, ikke mindst fordi man er under et konstant stort pres for at kapitalisere de unødige processer, så det bliver muligt at udvide behandlingstilbuddene andre steder i institutionen. En uadskillelig del af denne jagt på at skabe forbedringer er en monitorering af kvaliteten og sikkerheden sideløbende med patienterne indenfor de områder, hvor man laver forandringer så man undgår, at besparelserne forringer kvaliteten.

Det er en lidt anden tilgang end den tilgang, man har i de engelske og skotske programmer, hvor man har nationale anbefalinger eller retningslinjer for, hvad der forventes at have gavnlig effekt på såvel økonomi som på kvalitet.

Udfordringen – patientsikkerhed og kvalitet er en del af svaret

Med de enorme økonomiske og demografiske udfordringer, der er på vej, er det nødvendigt at sætte fokus på de områder af kvalitets- og sikkerhedsarbejdet, hvor der allerede nu er viden om kan bidrage positivt til løsninger. Samtidig er det nødvendigt stadig at få mere viden og dokumentation på området, og ikke mindst om, hvordan vi skaber de forbedringer, der er nødvendige. Der kommer konstant ny viden til, og kløften mellem hvad vi ved, der bør gøre, og hvad vi rent faktisk magter at gøre i sundhedsvæsenet, bliver ikke mindre. Der skal altså arbejdes på nye måder, og evnen til at skabe effektive forandringer er afgørende for, om udfordringen kan løftes.

Der er spild i sundhedsvæsenet, som det ser ud i dag. Kun hvis vi formår at vende det til flere og bedre behandlinger til den stadig større del af befolkningen, der har brug for dem, kan vi håbe på at imødekomme de næste mange års stigende behov for ydelser. Det er derfor nødvendigt, at kvalitets- og sikkerhedsarbejdet tager den opgave på sig og hermed bidrager til løsning af ikke kun kvalitets- og sikkerhedsproblemerne men også bidrager til løsning af den økonomiske udfordring.

REFERENCER

¹ Penoyer DA. Nurse staffing and patient outcome in critical care: A concise review. *Crit Care Med* 2010; 38: 1521-8

Kane RL et al The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care* 2007; 45: 1195-1204

West E et al. Nursing resources and patient outcomes in intensive care: a systematic review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2009; 46 (7): 993-1011

Twigg D et al. The impact of nurses on patient morbidity and mortality - the need for a policy change in response to the nursing shortage. *Aust Health Rev* 2010; 34 (3): 312-6

Numata Y et al. Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2006 Aug;55(4):435-48.

Aiken LH et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288:1987-93

Van den Heede K J. The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data *Adv Nurs* 2010; 66 (6): 1291-

Rafferty AM. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records.

Tong PK. The effects of California minimum nurse staffing laws on nurse labor and patient mortality in skilled nursing facilities. *Health Econ* 2010 Jul 28

Safe Practices for Better Healthcare – 2009 Update. National Quality Forum.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. *N Engl J Med*. 2002;346:1715-1722.

² Viney, Mary MSN, RN et al.: Transforming care at the bedside: Designing new care systems in an age of complexity. *Journal of Nursing Care Quality* vol. 21. 2006:143-150

³ Improving Healthcare quality at scale and pace. Lessons from the Productive Ward: Releasing time to care. NHS Institute for Innovation and Improvement 2010

⁴ Easton Jim, NHS National Director for Improvement and Efficiency: Leading for Quality in Tough Times, ISQUA Paris Oct 2010 and National Health Forum , Orlando Dec 2010

⁵ www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Qualityandproductivity/DH_112316

⁶ Feeley Derek, Acting Director-General Health & Chief Executive of NHS in Scotland, Dansk Selskab for Patientsikkerheds Patientsikkerheds Råds møde København Nov 2010

⁷ The scottish Patient safety programme: <http://www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk/default.aspx>

⁸ NHS Scotland Leading in Health quality <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/06/15093408/1>

⁹ Øvretveit J: Research report: Does improving quality save money?, Sep 2009,

¹⁰ Easton Jim, NHS National Director for Improvement and Efficiency: Leading for Quality in Tough Times, ISQUA Paris Oct 2010 and National Health Forum , Orlando Dec 2010

¹¹ Acceleret kirurgi, Andersen SH et al UfL 171/45, 2009

¹² Håndhygiejne, Kjeld Møller Pedersen: Danmark Konsensus, Sundhedsvæsenet, 2009.

¹³ Bermark, S. Seks prævalensundersøgelser for tryksår. *Sår*, årg. 17, 2009:203-210.

¹⁴ Dorsche KM, Fremmelevholm Aa. Forekomst af decubitus på hospital. *Ugeskr Læger* 2010;172:601-6.

¹⁵ Pressure Ulcer, Safe Practices for Better Health-care, 2009 Update. National Quality Forum

¹⁶ Wip H, Napolitano L. *Bundles to prevent ventilator-associated pneumonia: how valuable are they?* Current Opinion in Infectious Diseases 2009, 22: 159-166.20

¹⁷ Pronovost PJ et al: Sustained reduction in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive Care units: Observational study BMJ: 2010; 340c

¹⁸ Shine 2010, Health Foundation,
<http://www.health.org.uk/areas-of-work/improvement-programmes/shine-ten/>

¹⁹ Kathleen Carey, Theodore Stefos: Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. Health Economics 2010,

²⁰ Bast, KI: Genemgang af erstatninger bevilliget til fødselsrelateret hjerneskade, Danske Regioner, Jan 2011

²¹ Hospital Inpatient Waste Identification Tool, Version 7 May 2010, Institute for Healthcare Improvement and the Health Foundation

²² Kehlet H: Dagens Medicins konference: Nye huse, Nye måder, okt 2010

²³ Patientinventering ved Regionshospitalet Randers Kirurgiske vårdpladser 16: April 2010, Region Nord i samarbejde med Norlandia Care, 2010

²⁴ Marr G: Improving quality and reducing costs, Læringsseminar Patientsikkert Sygehus, Kolding , Jan 2011

²⁵ Gabor P: Perfecting the Patients experience, Denver May 2010