

Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN)



Referat

**8. møde, onsdag den 26. november 2014 kl. 9.00-13.00
(Kommunerne fortsætter til kl. 14)
F7, stuen, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26,
8800 Viborg**

Dato 16.12.2014

Tine Nielsen

Tel. +45 7841 2356 / 7841 2357

tine.nielsen@stab.rm.dk

Side 1

Fremmødte:

Mette Hartvig Pedersen, Lisbeth Vandborg, Jørgen Refslund Poulsen, Synnøve Sønderholm, Margrethe Kamstrup, Dorthe Gammelgård Jensen (fremmøde ved vikar), Vibeke Staack, Lena Mølgaard Haras, Heidi Foged, Aniette Weibrecht, Lene Vesterager, Jeanette Henriksen, Søren Schousboe Laursen, Stefanie Andersen, Dorthe Leth, Inge Selchau Jørgensen, Pia Sterregaard, Hanne Mette Olesen, Lene Bjerregård, Julie Rasmussen, Heidi Aagaard (Regional medformand), Tine Nielsen (sekretær og referent).

Afbud:

Tina-Bak Møller, Maj-Brit Baun Hansen, Bente Juulsgaard, Maj Brit Harding, Mette Bredsgaard (Kommunal medformand), Julie Andersen, Louise Hofman Nyholm, Lise Beyer Gommesen, Sus Freundt, Alice Teckemeier, Anne Blenstrup Larsen, Line Majse Møgelvang Kristensen,

1. Godkendelse af dagsorden (2 min)

Indstilling: At dagsordenen godkendes.

Referat: Dagsordenen blev godkendt.

2. Siden sidst – kort runde (15 min)

Hvad rører sig i klyngerne? Hvordan har samarbejdet været omkring tværsektorielle hændelser? Hvordan kommunikeres og handles i klyngerne på utilsigtede hændelser i sektorovergange?

Indstilling: Klyngevis runde.

Referat:

Horsensklyngen: Aktuelt arbejdes på, at få opsat "planer" i DPSD til automatisk udsendelse af information til rapporterende sektor omkring, hvad deres medarbejdere rapporterer. F.eks. kan kommunerne på den måde hver måned få information om, hvad kommunens medarbejdere rapporterer til hospitalet.

Aarhusklyngen:

Seneste møde er igen blevet aflyst. Interne løsninger på problemer findes dog ad hoc.

Mellem AUH og Aarhus Kommune er igangsat et innovationsprojekt; "task force" omkring *sikker medicinering i overgangene*. Der er gennemført en forundersøgelse og direktørerne skal nu beslutte om projektet skal igangsættes for alvor. Da der tidligere har været mange indsatser på medicineringsområdet, som ikke har formået at udrydde problematikkerne, søger man at tænke anderledes i dette projekt. "Kaospiloterne" er kontaktet, da man forestiller sig, at der bl.a. kan udarbejdes en video.

Vestklyngen:

Der er mange udfordringer, som er svære at adressere. Disse drøftes løbende. Det er ikke svært at finde emner og temaer til samarbejdsgruppens møder, men opgaverne skal også løftes videre. Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed deltager nu i de øvrige samarbejdsgrupper i Vestklyngen. Det skal sikres, at problematikkerne drøftes, hvor der sidder ledelse, der kan træffe beslutninger.

Aktuelt arbejdes med, at man i en kortere periode sætter spot på enkelte patientsikkerhedsområder og får rapporteret så meget som muligt her. På den måde, kan der skaffes flere sager at arbejde med, der kan tydeliggøre, hvor problemerne ligger.

Hospitalsenheden afsender en ansøgning til Trygfonden om projektmidler 1. dec. I projektet skal udvikles en beholder (alla Green Bag løsningen fra England) som skal medvirke til at patienterne/borgere husker at få deres medicin med, når de skal forskellige steder hen i sundhedsvæsenet, hvor kendskab til deres medicin er vigtig, og hvor evt. ændringer skal foretages. I projektet skal udvikles nye arbejdsgange for håndtering af medicin, så dette gøres på stuen i samarbejde med patienten. Patientens viden om medicinen dens virkning og bivirkninger skal øges med henblik på øget kvalitet i behandlingen.

Midtklyngen:

Siden sommer modtages rapporter fra planadministrationen i DPSD, så risikomanager på kommune og hospital får viden om, hvad der rapporteres fra egen sektor over sektorgrænserne og hvad egne rapportører har fokus på i sektorovergangene.

Vibeke fra Silkeborg Kommune sidder med i Kontaktgruppen for indlæggelse og udskrivelse i Midtklyngen og kan derfor videreformidle viden fra patientsikkerhedsgruppen.

Randersklyngen: Der arbejdes med at opsætte en Planadministration, der kan give viden om egen sektors rapportering over sektorgrænser.

Praksisområdet og apoteker: Foreslår, at der skabes overblik i forhold til medicineringsprojekter på tværs af regionen. På næste TSN-møde kan der måske projektopsamles, idet igangværende projekter kan præsenteres.

Psykatri og socialområdet: Deltager ad hoc i klyngerne og alle klynger opfordres til at tage kontakt, hvis der er konkrete emner som kræver en drøftelse og evt. deltagelse på et møde.

3. Den nye Sundhedsaftale (30 min)

Den nye sundhedsaftale har været i høring, men er endnu ikke endelig vedtaget. Der har dog været et ønske om, at vi tager en drøftelse på baggrund af høringsversionen (vedhæftet). Hvad er TSN-netværkets funktion fremadrettet? Hvad er i øvrigt værd at bemærke i den nye sundhedsaftale?

Indstilling: At indholdet i udkastet til den nye sundhedsaftale og betydningen for netværket drøftes.

Dagsordensbilag:

- *Sundhedsaftale høringsversion.*
- *Politiske visioner sundhedsaftalen – høringsversion.*

Referat:

Den nye version skal drøftes på Sundhedsstyregruppens møde i morgen d. 27. november og skal behandles i Sundhedskoordinationsudvalget d. 1. december og efterfølgende vedtages politisk i Regionsrådet.

Selve sundhedsaftalen lægger ikke op til detailstyring, men er værdibaseret. Efterfølgende skal udarbejdes et værktøjskatalog, der kan hjælpe medarbejderne i sektorerne med at forstå hinanden.

Der står, at delaftaler for specifikke/målgrupper/indsatser videreføres fra forrige aftaleperiode eller udvikles fremadrettet. Om det gælder *alle* delaftaler er ikke umiddelbart klart.

Det bemærkes, at det på nogle områder vil give rod, hvis der ikke er faste regler. I Horsensklyngen har man bl.a. oplevet problematikker vedr. anlæggelse af PEG-sonde og ernæringsplaner.

I forhold til Kvalitetsudvikling anvendes Triple Aim-tilgangen i monitorering af samarbejdet på tværs.

Informationerne omkring arbejdet på patientsikkerhedsområdet er sparsomme. I store træk skitseres, at arbejdet med UTH i sektorovergange skal skabe læring, vidensdeling og resultere i handling ved at analysere hændelser, formidle til relevante fora og sikre ledelsesinvolvering.

Hvordan tænker netværket at kunne arbejde ud fra ovenstående?:

Det blev drøftet, hvorvidt vi har pligt til at udarbejde en årsrapport eller om det giver bedre mening med f.eks. en statusrapport efter hvert møde.

Det blev foreslået, at vi fremadrettet trækker opmærksomhedsemner frem og er med til at sætte dagsordener i de besluttende fora. Som udgangspunkt er vores formelle overordnede fortsat Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen. Hidtil har vi alene henvendt os her med en tilbagemelding på TSN-netværkets arbejde ved, at årsrapporten er sat på dagsordenen. Hvis TSN skal være mere proaktive er det nødvendigt at adressere de beslutningsdygtige organer.

Klyngerne er ifølge sundhedsaftalen, der hvor det forventes, at aftalerne udmøntes og initiativer udvikles og afprøves. Det blev bemærket, at vestklyngen har erfaring med, at samarbejdet mellem de forskellige lokale klyngegrupper hænger godt sammen fordi, der er én person i Kvalitet og Udvikling i Hospitalsenheden Vest, der deltager i alle de lokale grupper.

Den regionale risikomanager Heidi Aagaard fortalte om Regionens *Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed*, hvor spor 2 hedder: *Høj sikkerhed i ethvert behandlingsforløb*. (link indsat i referatet). I forbindelse med realisering af målsætningerne, har patientsikkerhedsteamet i Kvalitet og Data et ønske om, at Patientsikkerhed tænkes ind i alle dagsordener. Dette kan også gøres tværsektorielt, men det er i så fald nødvendigt, at vi i TSN bliver mere skarpe på aktuelle problemstillinger, hvis vi skal kunne videreformidle og dagsordenssætte patientsikkerhed. Endvidere bør

vi fortsat hver især netværke og italesætte patientsikkerhed i mange forskellige fora i baglandet.

Beslutning: Hvis vi vil udfordre detaljeringsgraden i Sundhedsaftalen er det nødvendigt, at vi fremadrettet påvirker udarbejdelsen af redskaber og udmøntning af Sundhedsaftalen i praksis. På næste møde i foråret 2015, hvor Sundhedsaftalen er endeligt vedtaget, vil hovedpunktet være at finde ud af:

- Hvad vi gerne vil opnå i sundhedsaftaleperioden?
- Hvordan vi kan påvirke arbejdet med de fokusområder, der er nævnt i Sundhedsaftalen, som har betydning for patientsikkerheden.

Referatbilag: Link - [Strategiplan for Kvalitet og Patientsikkerhed](http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/organisation/kvalitet+og+data/strategisk+kvalitet/kvalitetsstrategi/strategiplan+for+kvalitet+og+patientsikkerhed+2014-2017) (http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/organisation/kvalitet+og+data/strategisk+kvalitet/kvalitetsstrategi/strategiplan+for+kvalitet+og+patientsikkerhed+2014-2017)

4. TSN-årsrapport 2014 – fremadrettet udformning (15 min)

For at sikre, at TSN-årsrapporten 2014 bliver bedst mulig og udarbejdes indenfor den forventede tidsramme i første kvartal af 2015, vil Kvalitet og Data gerne bede om input til udformningen. TSN-årsrapporten for 2013 er vedhæftet til genopfriskning af, hvad der var godt og skidt i den gamle årsrapport.

Indstilling: At der træffes beslutning om udformningen af TSN-årsrapporten 2014.

Dagsordensbilag: Tværsektoriel årsrapport 2013 - Endelig version 10-09-2014.

Referat:

TSN-årsrapporten skal laves for 2014, da vi har pligt til at udarbejde den i henhold til den gældende Sundhedsaftale. Der var delte meninger om, hvorvidt TSN-årsrapporten også fremadrettet skal udfærdiges, hvis vi ikke længere har pligt til det. Det er muligt, at der ikke er et bredt publikum for rapporten, men den er i nogle sammenhænge TSN-netværkets ansigt udadtil ved henvendelser omkring det tværsektorielle samarbejde med patientsikkerhed.

Enkelthed og korthed er væsentligt.

Der var et ønske om, at hver klynge skriver ét samlet kortfattet bidrag. Endvidere vil Regionen udarbejde en sammenfatning af de væsentligste tværsektorielle emner i 2014.

Ikke alle mente, at præsentation af data på tværsektorielle UTH er nødvendigt. Data er dog nødvendigt for at understrege mønstre og tendenser i UTH. Men i Kvalitet og Data har vi eksperimenteret med statistikprogrammet STATA, der kan gøre det lettere at samle data, hvilket formentlig vil betyde, at der ikke skal leveres så mange forskellige udtræk fra kommunerne.

Det er væsentligt, at rapporten også indeholder et fremadpegende afsnit med målsætninger for 2015.

Timing er vigtig, hvorfor det skal tilstræbes, at den udkommer i slutningen af 1. kvartal 2015.

Beslutning:

Kvalitet og Data indkalder bidrag til årsrapporten inden juleferien med deadline for levering af bidrag omkring d. 1. februar 2015.

Hver klynge leverer samlet et kortfattet bidrag samt hver deres data på tværsektorielle UTH. Længden af bidraget fastsættes specifikt ved indkaldelsen. Kvalitet og Data sørger for udgivelse ved udgangen af 1. kvartal 2015.

En drøftelse af udarbejdelse af TSN-årsrapporter i den kommende sundhedsaftaleperiode vil blive taget på forårsmødet 2015.

5. Information af vagtlæge ved kommunehenvendelser (30 min) v. Mette Bredsgaard og Lene Bjerregård.

Fokus på hændelser, hvor der er ydet utilstrækkelig eller sen hjælp til borgere ved akut opståede situationer.

- *Oplæg om UTH'ér, hvor medarbejderne burde have handlet i forhold til handlepligten.*
- *Oplægget vil tage udgangspunkt i det brev som Patientombuddets Læringsenhed har udsendt til kommuner i april 2014, om dette emne samt praksiseksempler fra UTH'ér i Region Midt.*

Hvordan kan vi gøre det bedst muligt for borgere og patienter i disse situationer? Hvad kan vi sammen gøre for at imødegå disse hændelser?

Indstilling: At problematikken drøftes.

Referat:

I april 2014 har Patientombuddets Læringsenhed udsendt et brev til kommunerne omkring opmærksomhed på plejepersonalets handlepligter i forbindelse med akut opståede situationer hos borgerne. På vagtlægeområdet er utilsigtede hændelser på området oplevet, hvor vagtlægen ikke er rykket ud til en dårlig borger, men i flere af situationer hænger det sammen med, at plejepersonalet ikke har kunnet give oplysninger, der indicerede en alvorlig situation.

Det er nødvendigt at være opmærksom på, at der er retningslinjer for plejepersonalet i kommunerne omkring tilkald af læge eller kontakt af andet sundhedspersonale i akutte situationer. Endvidere er det vigtigt, at plejepersonalet kender deres handlepligt.

Ved tilkald af vagtlæge er det vigtigt at kunne oplyse vitale værdier og at benytte Sikker mundtlig kommunikation. ISBAR er i den nuværende sundhedsaftale angivet som den metode, der bør benyttes.

Mange kommuner arbejder med "TOBS" (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom). Det er væsentligt, at kommunerne udvikler deres organisering på akutområdet. Observationsværktøjet er indskrevet i den nye sundhedsaftale som noget, der fremadrettet skal anvendes.

Hospitalsenheden Horsens fortalte, at der på hospitalerne opleves lignende problematikker, hvor sygeplejersker ikke kan trænge igennem til bagvagten. Derfor er det fastsat, at sygeplejersken i nødsituationer kan tilkalde et akutteam.

Mange aspekter spiller ind på vurderingen i en akutsituation. Det bør respekteres, at tilstedeværende personer, der kender eller har undersøgt borgeren, ringer fordi der er behov for hjælp. Anvendelse af gode kommunikationsværktøjer er dog vigtig i professionelle sammenhænge, da en lang kø hos lægen kan medføre, at der prioriteres anderledes, hvis det ikke står klart, hvorfor plejepersonalet er bekymret. Det er dog vigtigt at huske, at kommunikationen ikke altid foregår ved sundhedsfagligt personale. F.eks. er der mange pædagoger ansat i botilbuddene.

Konklusion: Netværket opfordres til at medvirke til, at man i egen sektor har styr på kommunikationsredskaber, retningslinjer og kendskab til handlepligt.

Vagtlægerne spørges evt. ind til, hvad de specifikt gerne vil vide, når plejehjem eller hjemmepleje ringer.

Referatbilag:

- Brev til kommuner om sen hjælp.
- Oplæg - Information af vagtlæge ved kommunehenvendelser.

6. Dilemmaer og regler ved fravalg af livsforlængende behandling (30 min.) v. Heidi Aagaard og Tine Nielsen

Flere klynger har siden udgivelse af Sundhedsstyrelsens vejledning om fravalg af livsforlængende behandling... i januar 2014, drøftet de tvivlsspørgsmål, som er forbundet med implementering af vejledningen og de etiske dilemmaer som bl.a. UTH'erne viser omkring transport af terminalt syge patienter m.v.

Vestklyngen har givet nogle eksempler på UTH'er og hjulpet os i Kvalitet og Data med at stille nogle relevante spørgsmål som vi vil fremlægge på mødet og i fællesskab kan søge at finde et svar på.

Indstilling: At spørgsmål og problematikker drøftes.

Dagordensbilag: Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling

Referat:

Referenten holdt oplæg, der er vedhæftet referatet.

Det væsentligste er, at hospitaler og kommuner hver især får styr på, hvad de har pligt til og hvordan uhensigtsmæssige situationer kan undgås. En væsentlig pointe er, at der som udgangspunkt *altid* er handlepligt i forhold til at tilkalde hjælp og påbegynde genoplivning, medmindre behandlingsansvarlig læge har godkendt andet.

Noget af det, der i henhold til de viste problemstillinger i UTH og drøftelsen, viser sig svært:

- at der kan være tvivl om, hvem der er *behandlingsansvarlig læge*, da det i nogle tilfælde ikke er egen læge. En *aktuel* behandlingssituation kan medføre, at hospitalslægen er nærmere til at vurdere *ikke genoplivning*.
- at det er svært at vurdere i hvilke *konkrete situationer*, det kommunale personale skal kontakte en læge med henblik på vurdering af *ikke genoplivning* inden en akut situation opstår. Vejledningen giver dog anvisninger. Det må *ikke* være fast praksis, at der automatisk skal tages stilling i forhold til alle beboere, når de kommer på plejehjem.
- I forhold til *etiske* spørgsmål omkring transport af terminale patienter, kan man ikke forlange, at hospitalet beholder borgeren, da det kun sjældent kan konstateres, hvorvidt det varer 2 timer, 1 døgn, 1 uge eller længere før patienten afgår ved døden. At sådanne patienter sendes hjem midt om natten er dog problematisk.

Referatbilag: Fravalg af livsf.beh. - TSN-møde - nov. 2014.

7. FMK – status (20 min) v. Heidi Aagaard

Der er nedsat en tværsektoriel FMK gruppe, hvor regional risikomanager Heidi Aagaard deltager.

Heidi vil fortælle om gruppen og dens formål samt give en status på FMK.

Indstilling: Drøftelse af aktuel status.

Referat:

De aktuelle tal på anvendelse af FMK på hospitalerne er ikke helt valide, men det ser lidt bedre ud, når tallene valideres. Der er meget forskellig anvendelse af FMK og medicinmodulet på hospitalerne. Den tværsektorielle FMK-gruppe har afholdt møde, hvor det gik op for flere deltagere, hvordan situationen i kommunerne ser ud, hvis regionerne ikke får FMK-anvendelsen til at køre. Det vil give uoverstigelige problemer, da alle kommuner er på FMK fra midten af 2015 og *alene* benytter dette system.

Der er nogle tekniske problemer, men det blev på mødet samtidig afklaret, at der er visse funktioner i FMK, der kan gøre arbejdet lettere, men som blot ikke er kendt. Det er dog muligt, at brugervenligheden kunne være bedre og at funktionelle opdateringer kunne formidles bedre ud.

Rigsrevisionen har bemærket, at der mangler kompetenceudvikling i forhold til FMK.

Kommunerne bemærkede, at der tidligere er modtaget et brev fra Regionen om, at der var stilstand i implementeringen p.g.a. tekniske udfordringer. Det er nødvendigt, at Regionshospitalerne opfylder deres pligter, da almen praksis ikke kan overskue at rydde op.

Det Regionale socialområde spurgte til om de er tænkt ind i det tværsektorielle samarbejde omkring FMK, da de har samme status som kommunerne. Heidi undersøger og viderebringer budskabet på mødet, der afholdes i morgen d. 27. november.

Konklusion: Kommunerne og Almen praksis opfordres fortsat til at sende UTH ind, som kan bruges i samarbejdet, da der trækkes data før hvert møde. Referatet vedhæftes en oversigt over, hvor langt de enkelte kommuner er i forhold til opkoblingen til FMK.

Referatbilag: Opkobling-til-FMK-test--eller-produktionsmiljø-kommuner, 11-11-14.

8. Skævvridning i rapportering af UTH over sektorgrensene (15 min) v. Hospitalsenheden Vest

Hospitalsenheden Vest modtager mange flere rapporter fra kommunerne i Vestklyngen end omvendt. Vi har mange gange opfordret klinikken til at rapportere, men der sker ingen ændringer.

Tiden til at rapportere kan være en årsag, men den må være ens for kommunerne.

En anden kan være, at kommunerne ikke laver så mange fejl i overgangene som vi gør.

En tredje kan være oplevelsen af, hvad der er en UTH. Hvis man ser på de mange indrapporteringer om medicineringsfejl, kan man sige, at selvfølgelig opleves dette som fejl i kommunen, fordi personalet ikke direkte kan komme til at gøre deres opgaver overfor patienten. Hvis det var modsat rettet, at vi ikke havde data om den medicinske behandling, hvad oftere er reglen end undtagelsen, så har vi jo lægerne lige ved hånden, og de ordinerer jo så bare ud fra faglige overvejelser omkring, hvad patienten skal starte med herinde. Så vi har nok på hospitalerne ikke de samme udfordringer og derfor ikke samme oplevelse af at, der kan ske patienten noget utilsigtet på baggrund af mangelfulde informationer.

Vi begynder at mærke, at denne skævvridning i rapportering kan betyde noget for samarbejdsforholdene imellem kommuner og hospital. Hvad tænker de andre klynger om dette dilemma, og kan vi gøre noget for at ændre den praksis, når vi nu skal rapportere tværsektorielle hændelser?

Indstilling: Drøftelse af dilemmaet og handlemuligheder.

Referat:

Budskabet om rapportering over sektorgrænser er forsøgt formidlet ud på hospitalerne. Aarhus Kommune var med på et møde med patientsikkerhedskoordinatorerne på Aarhus Universitetshospital, men det har ikke givet et resultat.

Det er forsøgt at formidle, hvad hospitalerne bør se som en UTH, når patienter indlægges fra en kommune, f.eks. manglende information om medicinering og at borgeren kommer ind i en dårlig tilstand, f.eks. med tryksår.

Problemet er nok bl.a., at man ofte løser problemerne konkret ved telefonisk kontakt, men det giver blot ikke generel læring for hospitaler og kommuner.

Silkeborg Kommune har en enkelt gang oplevet rapportering fra et hospital omkring et omsorgssvigt. Sagen blev modtaget med kyshånd og behandlet helt til bunds og flere tiltag blev sat i gang på den baggrund.

Praksisområdet tilsluttede sig, at de heller ikke får UTH omkring mangler i henvisninger m.v.

Kommuner og praksisområdet, der deltog på Patientsikkerhedskonference for primærsektoren berettede om, at der var en præsentation af, at gå "I patientens fodspor" tværsektorielt. Herved var uhensigtsmæssigheder i overgangene blevet klarlagt. Endvidere opnås forståelse for hinandens arbejdsbetingelser. Manualen derfra er vedhæftet referatet.

Konklusion: Hvis det er svært at opnå rapportering af UTH fra hospitalerne over sektorgrænserne, så kunne redskaber som at gå "I patientens fodspor" tværsektorielt, generere den viden og læring, der mangler. Men vi bør fortsat ikke opgive, at få hospitalerne til at rapportere over sektorgrænserne.

Referatbilag: Manual for at gå I patientens fodspor – version 3

9. Patientsikkerhedskonference i primærsektoren (15 min) v.

Jørgen Refslund Poulsen, Vibeke Staack, Lisbeth Vandborg, Synnøve Sønderholm og Lene Bjerregård.

Flere kommuner og praksissektoren har deltaget i

Patientsikkerhedskonference for primærsektoren d. 3. november i Kolding.

Programmet vedhæftes dagsordenen og deltagerne giver en tilbagemelding fra konferencen.

Indstilling: At oplevelserne drøftes.

Dagsordensbilag: Program - patientsikkerhed i primærsektoren.

Referat:

Punktet blev ikke nået, men for de interesserede, er der indsat link til slides fra konferencen herunder.

Referatbilag: [Primærsektorkonference 2014](http://patientsikkerhed.dk/arrangementer/tidligere-arrangementer/primærsektor-konferencen-2014.aspx)

(<http://patientsikkerhed.dk/arrangementer/tidligere-arrangementer/primærsektor-konferencen-2014.aspx>)

10. Private leverandører i kommunerne (10 min.) v. Tine Nielsen

Flere kommuner har gennem tiden stillet spørgsmål omkring håndtering af UTH, der sker hos private leverandører af kommunale ydelser. Kommune og Region har pligt til at varetage sagsbehandlingen af UTH, der sker, når en privat leverandør varetager opgaver på vegne af de offentlige institutioner. Men er det lovligt at koble en privat leverandør på DPSD, så de selv kan varetage sagsbehandlingen? De lovmæssige overvejelser fremlægges med henblik på drøftelse og afklaring.

Indstilling: At pligter, muligheder og begrænsninger drøftes.

Referat:

DPSD-administrator Tine Nielsen har tidligere juridisk besvaret spørgsmålet om opkobling af private leverandører til DPSD overfor flere af regionens kommuner. Problemet er, at adgangen til DPSD ikke kan differentieres i kommunerne fordi de ikke er tilkøbet SOR. Det betyder, at de personer, der gives adgang til DPSD-sager i kommunerne får fuld adgang til alle kommunens sager og ikke kun til de sager, der f.eks. tilgår et specifikt privat plejehjem.

Det kan p.g.a. fortroligheden omkring UTH være problematiks rent lovmæssigt, når der *ikke* er tale om kommunalt ansatte, hvorfor det ikke umiddelbart anbefales at opsætte en sådan løsning. Det er endnu ikke lykkedes, at få Patientombuddet til at tage endeligt stilling, om end problematikken blev drøftet på DPSD-driftsgruppemødet i går, jf. vedhæftet referatbilag til pkt. 11 herunder.

På KL's hjemmeside fandt den kommunale medformand Mette Bredsgaard følgende:

Spørgsmål fra en kommune:

Ift. vores private leverandører bruger jeg meget tid på at sende indberetninger til dem via mail og følge op på deres sager, da de ikke har tilgang til vores system. Hvis de havde deres egen indgang i SOR, ville de selv kunne sagsbehandle deres sager i DPSD frem for, jeg skal sidde og sagsbehandle deres sager i DPSD. Jeg ved heller ikke, hvor godt det er, at jeg sender sager til dem med følsomme personoplysninger via mail. Jeg går ud fra, at det er ok, så længe jeg sender det som sikkert post?

Svar fra Patientombuddet Morten Sonne november 2013:

Uden af tage stilling til om private leverandører skal have adgang til DPSD eller ej, vil det med den nuværende SOR ikke være hensigtsmæssigt at give adgangsrettighed, da de i så fald ville få adgang til alle kommunes sager.

Hvis der hos den private leverandør er udpeget en person, som indgår i kommunes patientsikkerhedsorganisation, vil udveksling af oplysninger med denne vedr. UTH, være OK.

Konklusion: Patientombuddets læringsenhed har alene udtalt, at det ikke er *hensigtsmæssigt* at give private leverandører i kommunerne direkte adgang til DPSD. En sagsbehandler kan dog udpeges hos den private leverandør, hvortil resumé af indkomne UTH-sager kan sendes og drøftes. Selve den praktiske sagsbehandling *i DPSD*, vil dog skulle varetages af en kommunal sagsbehandler (risikomanager). Dette må være anbefalingen så længe den lovmæssige stilling ikke er klarlagt.

11.DPSD-driftsgruppen og nyt fra Patientombuddet (10 min.)

v. Mette Bredsgaard og Tine Nielsen.

Nyt fra Patientombuddet – herunder situation med udvikling af DPSD.

Der er DPSD-driftsgruppemøde (videomøde) dagen før TSN-mødet – altså d. 25. november, hvorfra den regionale og kommunale repræsentant i fællesskab vil give en tilbagemelding.

Indstilling: At orienteringen tages til efterretning.

Referat:

Da tiden var knap blev det besluttet, at DPSD-driftsgruppereferatet blot udsendes, når det modtages. DPSD-driftsgruppereferatet er vedhæftet nærværende TSN-referat.

Patientombuddet har bedt om inputs i forbindelse med, at det overvejes, hvordan patienter og pårørende kan informeres bedre om deres mulighed for at rapportere UTH. Det overvejes at udforme en ny pjece på nationalt niveau. Derfor er DPSD-driftsgruppemedlemmerne blevet bedt om at spørge baglandet til, hvordan de anvender den eksisterende pjece og give inputs til udformningen af en ny.

På TSN-mødet svarede netværket følgende:

I forbindelse med midtvejsbesøg på Aarhus Universitetshospital i forhold til DDKM og akkreditering, gjorde surveyorne fra IKAS opmærksom på, at der ikke gøres nok for at oplyse om rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende. Der er derfor udformet en ny plakat og indsat links på hjemmesider, hvor patienter og pårørende kigger. Flere hospitaler nikker til, at det er noget som IKAS har fokus på.

I Region Midtjylland er der udformet en pjece, der sammenfatter patienters mulighed for at klage, søge erstatning og rapportere UTH og forklarer forskellene. Denne anvendes i forskellige sammenhænge på de fleste hospitaler.

Nogle hospitaler/afdelinger informerer om UTH i det velkomstbrev, der udsendes til patienter og udsender pjecen med brevet. Andre mener, at patienter i forvejen får alt for mange dokumenter tilsendt, hvorfor pjecen ikke automatisk sendes ud. Det er også et dilemma, hvorvidt man allerede fra begyndelsen af et patientforløb skal gøre så tydeligt opmærksom på, at noget kan gå galt.

RM-pjecen (og Patientombuddets) er i varierende grad tilgængelig for patienter og pårørende på de forskellige hospitaler og afdelinger.

Praksisområdet har fået tilbudt RM-pjecen og benytter sig heraf.

Flere kommuner mener ikke de gør nok for at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH. I Hedensted Kommune gives Patientombuddets brochure til nyindflyttede borgere. Visitatorerne udleverer den i forbindelse med vurderingen af, hvilken hjælp borgeren har behov for.

Der gøres opmærksom på de store forskelle mellem hospitaler, kommuner og socialområdet. Der er ofte behov for andre informationer afhængigt af sektoren. Nye pjecer bør tage højde for dette. I mange sammenhænge er det bl.a. uhensigtsmæssigt, at udtrykket *patient* benyttes i stedet for *borger*.

Både kommuner og regioner mener samstemmende, at der kunne være behov for mere end en ny pjece og evt. plakater. En landsdækkende kampagne er ønskelig.

Konklusion:

Ovenstående inputs fra hospitaler, kommuner og praksisområdet vedr. information af patienter og pårørende omkring muligheden for at rapportere UTH, videreformidles til Patientombuddets læringsenhed.

Referatbilag:

- Referat fra DPSD-driftsgruppemøde d. 25. november 2014.
- Samarbejdsorganisation Driftsgruppen Nov 2014.
- Ændringsønske omkring autosvar til patienter og pårørende.
- Ændringsønske omkring involveret lokation.
- Ændringsønske omkring understøttelse af læring.

12. Eventuelt

Referat:

Det Midlertidige Udvalg for Patientsikkerhed har i løbet af året været på besøg i Hospitalsenheden Horsens, Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest. Sidstnævnte besøg omhandlede det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed og havde kommunedeltagelse.

Det politiske udvalg har selv ytret ønske om at få et FMK-tema på dagsordenen.

13. Evaluering af mødet (5 min).

Lokalet var for lille. Det tilstræbes, at finde et bedre lokale fremover. Dagsordenen var god, men for lang i forhold til at nå en dybere drøftelse af emnerne. Dagsordenerne kan gøres kortere, hvis nogle

orienteringspunkter klares pr. mail, f.eks. omkring DPSD-
driftsgruppemøder.

Det er godt, hvis ét af de årlige møder afholdes som Temamøde.