

# Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange

## Årsrapport 2014

**Titel:**

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange.  
Årsrapport 2014

© Region Midtjylland. Kvalitet og Data. Strategisk Kvalitet.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet April 2015

Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg

URL: [www.regionmidtjylland.dk](http://www.regionmidtjylland.dk)

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning .....	4
Indledning .....	7
Sektorovergangshændelser .....	8
Definitioner .....	8
Fordeling af de rapporterede hændelser på sektorer – Hvem rapporterer om hvem? 9	
Fordeling på alvorlighedsgrader og hvortil rapporteres hændelser med en patientskade?.....	11
Fordeling på hændelsestyper - Hvilke mønstre og tendenser kan identificeres?.....	13
Fokus i det Tværsektorielle netværk i 2014 .....	18
Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk .....	19
Aarhusklyngen.....	19
Læring og forandring.....	19
Arbejdet med patientsikkerhed .....	20
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	20
Midtklyngen .....	20
Læring og forandring.....	20
Arbejdet med patientsikkerhed .....	20
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	21
Randersklyngen .....	21
Læring og forandring.....	21
Arbejdet med patientsikkerhed .....	22
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	22
Horsensklyngen .....	22
Læring og forandring.....	22
Arbejdet med patientsikkerhed .....	23
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	23
Vestklyngen .....	23
Læring og forandring.....	24
Arbejdet med patientsikkerhed .....	25
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	25
Psykiatri- og Socialområdet i Region Midtjylland .....	25
Læring og forandring.....	25
Arbejdet med patientsikkerhed .....	26
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015 .....	26
Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed.....	27

# Sammenfatning

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN) er veletableret og alle 19 kommuner er nu deltagende. Samsø Kommune har stadig store udfordringer i at deltage på møderne grundet logistik. Det håbes, at der kan findes en god løsning.

På netværkets møder diskuteres primært overordnede nationale og regionale emner, men der tages også konkrete problemstillinger op, som kræver et større arbejde for at få klarlagt. Eksempler herpå er drøftelse af problematikker omkring: *Vejledningen vedr. fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning udenfor sygehuse, når svært syge patienter udskrives fra hospitalet og Fokuseret rapportering af utilsigtede hændelser vedrørende Fælles Medicinkort (FMK).*

Af overordnede emner har *Serviceeftersynet af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser*, samt *hvordan netværket kan bidrage til udviklingen og den offentlige debat på patientsikkerhedsområdet*, været i fokus.

Netværkets rolle i forhold til den nye Sundhedsaftale, har også været drøftet. Denne drøftelse vil fortsætte i 2015.

Der blev i 2014 rapporteret 2396 hændelser med relation til sektorovergange. Der er således sket en lille stigning i antallet, som var 1689 i 2013. Stigningen skyldes hovedsageligt en stigning i antallet af rapporteringer fra hospitaler til almen praksis, hvor det er laboratoriernes rapporteringer af forkert mærkede prøver, der tæller i stort antal. Hospitalerne har i 2014 rapporteret 77 hændelser til kommunerne mod 30 i 2013 og samlet set er der rapporteret 133 hændelser til kommunerne i 2014 mod 41 hændelser i 2013.

Selv om der er en stigning i rapporteringerne til kommunerne fra de andre sektorer, betyder det begrænset antal sektorovergangshændelser fortsat, at der er begrænset viden på området. På grund af stigningen er det dog alligevel i år for første gang forsøgt at beskrive mønstre og tendenser i de kommunale hændelser. Sammen med beskrivelsen af de kommunale hændelser, er det også mere intensivt forsøgt at beskrive mønstre og tendenser i de hyppigst forekommende hændelsestyper i afsnittet *Fordeling på hændelsestyper - Hvilke mønstre og tendenser kan identificeres?* Medicineringshændelser og indlæggelses- og udskrivelsesproblematikker fylder i den sammenhæng mest. Kommunikation såvel internt som eksternt er en væsentlig faktor.

2396 hændelser afspejler ikke det reelle antal hændelser, der opleves i den kliniske hverdag på tværs af sektorerne, men det er glædeligt, at antallet af rapporteringer er stigende, da overgange imellem sektorer er en af de store udfordringer i patientsikkerhedsarbejdet. Gennem analyser af de tværsektorielle hændelser får sektorerne større kendskab til hinandens arbejdsgange og kan i fællesskab udarbejde de gode og patientsikre løsninger, der sikrer et sammenhængende sundhedsvæsen.

Der er derfor stadig et behov for, at de tværsektorielle hændelser bliver rapporteret og analyseret, da læring derfra er vigtig. Det er samtidig vigtigt, at temagrupperne under sundhedsaftalen har de utilsigtede hændelser for øje, og bruger læringen derfra i deres fremtidige arbejde. Netværket opfordrer derfor til, at temagrupperne diskuterer denne årsrapport på et kommende møde samt afklarer, hvordan netværkets viden og erfaringer på patientsikkerhedsområdet fremadrettet kan tænkes ind i temagruppernes arbejde.

Der er stadig forskel på, hvor langt man er kommet i klyngesamarbejdet i de enkelte lokale klynger. Klyngerne er forskelligartede i forhold til organisering og anvendte metoder. Alle klynger<sup>1</sup> arbejder med analyser af tværgående hændelser, og de fleste klynger arbejder med aggregerede analyser.<sup>2</sup>

Flere af klyngerne har for alvor fået gang i samarbejdet og igangsætter forebyggende initiativer. I flere klynger udsendes månedlige planer med rapporter over de rapporterede hændelser i de forskellige sektorer. Dette giver større indsigt i, hvad der rapporteres fra egen sektor til de andre sektorer

Problemstillingerne, der arbejdes med i klyngerne er de samme som i 2013. Der bliver dog iværksat flere og flere parallelle initiativer for at håndtere disse problemer, herunder i arbejdet omkring Sundhedsaftalen, og det fornemmes, at det tværgående samarbejde er blevet styrket yderligere i 2014.

### **Udskrivelser fra hospitalet**

I klyngerne er udskrivelser fra hospitalet forsat et stort indsatsområde. Alle har initiativer i gang eller på vej for at styrke udskrivelserne. Den gode udskrivelse kræver et stærkt samarbejde mellem kommune, hospital og praksis. Et par kommuner har udskrivningskoordinatorer tilknyttet hospitalet.

### **Kommunikation**

Kommunikation er en konstant udfordring, og der har også været børnesygdomme med korrekt anvendelse af de nye Medcom standarder (tekniske problemer og kendskab til hvem der modtager hvad hvornår). Der arbejdes i klyngerne på at identificere "huller" i den elektroniske kommunikation, så disse huller kan blive lappet. Der er således stadig en udfordring med modtagelse af informationer fra hjemmesygeplejen på hospitalerne i forbindelse med indlæggelser, især ved akutte indlæggelser.

---

<sup>1</sup> En *klynge* er betegnelsen for samarbejdet mellem en hospitalsenhed og de omkringliggende kommuner som hospitalet er *optageområde* for ved indlæggelse af patienter. Et hospitals patienter forventes hovedsageligt at komme fra kommunerne i optageområdet.

<sup>2</sup> En aggregeret analyse er en analyse, hvor man på udvalgte søgeord udtrækker hændelser fra databasen og efterfølgende analyserer disse hændelser i forhold til mønstre og tendenser.

### **Fejl i medicin ved udskrivelser**

Den fulde implementering af FMK lader endnu vente på sig. I efteråret 2014 implementerede de første kommuner i Region Midtjylland FMK. Det affødte et øjeblikkeligt behov for at styrke implementeringsindsatsen på hospitalerne. For at synliggøre hvilke alvorlige konsekvenser uafstemte medicinlister kan have for borgeren, iværksatte netværket en fokuseret rapportering af FMK-hændelser. Netværket håber med denne fokuserede rapportering at kunne være med til at synliggøre behovet for, at FMK anvendes korrekt og i forhold til alle patienter. FMK kan dog ikke alene sikre, at der ikke sker medicineringsfejl i sektorovergangene. Der er i høj grad også brug for fokus på arbejdsgange og rutiner i almindelighed.

Aarhus Universitetshospital har i samarbejde med Aarhus Kommune fået støtte af "Task Force"-gruppen i Region Midtjylland til at iværksætte en undersøgelse vedr. medicin i sektorovergangene. 5 patientforløb blev fulgt og der viste sig visse problemer med de tekniske løsninger, men også mangler i anvendelsen af systemerne hos personalet, der understøtter konklusionen om behov for fokus på arbejdsgange og kompetenceudvikling.

# Indledning

I henhold til sundhedsaftalerne for Region Midtjylland er der oprettet et tværsektorielt netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange. Regionen og alle kommuner i regionen er medlemmer af netværket. Regionen dækker over de somatiske hospitaler, psykiatri- og socialområdet, praksissektoren, apoteker og præhospitalet.

Formandskabet i netværket varetages af regional risikomanager Heidi Aagaard, Kvalitet og Data, Region Midtjylland og en kommunal medformand: Risikomanager Mette Bredsgaard, Viborg Kommune. Kvalitet og Data sekretariatsbetjener netværket.

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN-netværket) har i 2014 afholdt 2 møder, hvor fokus bl.a. har været på netværkets rolle i forhold til den nye sundhedsaftale og det Fælles Medicinkort (FMK).

Denne rapport er TSN-netværkets fjerde årsrapport og indeholder som tidligere år informationer om de rapporterede hændelser i sektorovergangene og beskriver arbejdet i regionen og kommunerne. Bidrag til årsrapporten er indsamlet fra sektorerne i TSN-netværket i januar 2015. Bidragyderne har leveret dels kvalitative beskrivelser af deres arbejde i 2014, dels trukket tal og beskrivelser af utilsigtede hændelser fra DPSD til belysning af de rapporterede hændelser i sektorovergangene. Kvalitet og Data har analyseret tal og kvalitative hændelsesbeskrivelser med henblik på at beskrive mønstre og tendenser i sektorovergangshændelserne i Region Midtjylland og de tilhørende 19 kommuner.

Foruden TSN-netværket, er der dannet 5 klynger i regionen, én for hver hospitalsenhed, som arbejder målrettet med de lokale utilsigtede hændelser i sektorovergangene. Psykiatri- og socialområdet samt præhospitalet er ikke tilknyttet de enkelte klynger, men deltager i klyngesamarbejdet efter behov. Hospital, kommuner, praksissektor og apoteker er de faste deltagere på klyngemøderne.

Klyngesamarbejdet omkring patientsikkerhed har den store fordel, at risikomanagerne i sektorerne kender hinanden, hvilket styrker samarbejdet omkring både analyser og læring af hændelser i overgangene. Samarbejdet i klyngerne og netværket skaber en bedre forståelse for 2 eller flere komplekse verdener, hvor der i fællesskab skal arbejdes på at skabe gode forløb for borgerne på tværs af sektorerne.

# Sektorovergangshændelser

## Definitioner

Hændelser, der rapporteres på tværs af sektorer, kan kategoriseres på to forskellige måder i patientsikkerhedsdatabasen:

- Som en egentlig *tværsektoriel hændelse*.
- Som en hændelse med andet *opdagelsessted*.

Under ét kan begge typer af hændelser betegnes som *sektorovergangshændelser*.

Definitionen på en *tværsektoriel hændelse* er ikke endeligt fastsat, men er ofte diskuteret. Overlæge i Patientombuddet Jørgen Hansen havde følgende formulering:

*"En tværsektoriel hændelse er en hændelse, der nødvendigvis vil skulle analyseres og konkluderes i fællesskab, da ingen af parterne selv vil have det samlede billede af hændelsen, dens konsekvens og især af mulige effektive tiltag til forebyggelse."*

I sundhedsaftalerne for Region Midtjylland er beskrevet to *typer* af hændelser med relation til sektorovergange. Den ene type svarer til det, der karakteriserer en tværsektoriel hændelse:

*"Den utilsigtede hændelse er opstået i **samarbejdet**, hvor begge sektorer/parter er involveret og rapporteret af en af parterne, og hvis hændelsen er af en sådan karakter, at den umiddelbart kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden i begge sektorer."*

Hændelser med andet *opdagelsessted* er hændelser, der opdages et andet sted end der, hvor fejlen opstod, f.eks. af en kommune i forbindelse med udskrivelse af borgeren fra hospitalet. Dette svarer til den anden type af hændelser, der beskrives i sundhedsaftalerne:

*"Den utilsigtede hændelse er rapporteret af en af sektorerne/parterne, som er blevet opmærksom på **en utilsigtet hændelse begået af den anden sektor/part**, og hvis hændelsen er af en sådan karakter, at den umiddelbart kun kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden hos denne part/sektor."*

Uanset hændelsens placering i den ene eller den anden kategori, handler hændelserne ofte om mangler ved overlevering af ansvaret for patienten/borgeren til en anden sektor. Det er meget forskelligt og kan virke lidt tilfældigt, hvorvidt en hændelse er markeret som *tværsektoriel* eller andet *opdagelsessted*. I sundhedsaftalernes definitioner lægges der vægt på læringsperspektivet for parterne/sektorerne, men det kan i mange tilfælde være vanskeligt at afgøre, hvorvidt det kun er én af parterne, der kan opnå læring af en opstået utilsigtet hændelse. Der er derfor ikke mange gode grunde til at holde de to typer af hændelser adskilt, idet begge typer er lige relevante i det tværsektorielle samarbejde. Derfor er tallene samlet under betegnelsen *sektorovergangshændelser*.



## Fordeling af de rapporterede hændelser på sektorer – Hvem rapporterer om hvem?

Der er i alt behandlet 2396 sektorovergangshændelser<sup>3</sup> i 2014 i Region Midtjylland og de tilhørende kommuner. Én hændelse kan imidlertid have mere end 2 involverede parter, hvorfor der reelt er 2382 hændelser. I 14 af hændelserne var der minimum 3 involverede parter. Det kan f.eks. være, at en hændelse involverede både hospital, kommune og almen praksis.

**Tabel 1**

Sektorovergangshændelser 2014										
	Involveret Lokation <sup>4</sup> (opdagelsessted / involveret tværsektoriel part)									
Lokation <sup>5</sup> (Hændelsessted)	Offentlige Sygehuse	Psykiatrien	Regionale botilbud	Præhospital og ambulancer	Praksissektoren	Apoteker	Privathospitalet og hospice	Kommuner	Anden Region <sup>6</sup>	I alt
Offentlige Sygehuse	187	22	5	11	97	53	1	571	20	967
Psykiatrien	10		7	0	9	6	0	28	0	60
Regionale botilbud	1	5		0	5	0	0	4	0	15
Præhospital og ambulancer	23	0	0		0	0	0	2	0	25
Praksissektoren <sup>7</sup>	905	1	0	35	2	72	0	101	17	1133
Apoteker	3	1	1	0	6		0	52	0	63
Kommuner	77	10	0	3	30	10	0	2	1	133
<b>I alt</b>	<b>1206</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>49</b>	<b>149</b>	<b>141</b>	<b>1</b>	<b>760</b>	<b>38</b>	<b>2396</b>

<sup>3</sup> Alle data, der danner baggrund for de analyserede mønstre og tendenser er på sager *afsluttet* i 2014, da *alvorlighedsgraden* og *hændelsestypen* først kan betragtes som endelig når sagen afsluttes, idet angivelsen kan ændres i forbindelse med sagsbehandlingen undervejs.

<sup>4</sup> Kolonnerne viser, hvem der har rapporteret hændelsen eller på anden måde er involveret som tværsektoriel part.

<sup>5</sup> Rækkerne viser, hvem der er rapporteret *til*. Hændelsesstedet er således der, hvor hændelsen er *sket*. Det er her sagen udredes og behandles. Hvis den rapporterende part (involveret lokation) også har en reel andel i sagen, fordi der også er begået fejl her, så er det hændelsesstedets pligt at inddrage denne part i forbindelse med sagsbehandlingen.

<sup>6</sup> 35 hændelser under *anden region* er rapporteret fra hospitaler i andre regioner. 2 hændelser er rapporteret af apoteker og 1 hændelse fra en almen praksis i andre regioner.

<sup>7</sup> Praksissektoren dækker: almen praksis, speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer samt privatpraktiserende tandlæger og vagtlæger i Region Midtjylland.

Antallet af rapporterede hændelser er større end i 2013, hvor der var 1689 hændelser, men samlet set er antallet af sektorovergangshændelser fortsat ret lille i forhold til det samlede antal rapporterede hændelser på de forskellige områder i Region Midtjylland og de tilhørende kommuner.

Når man ser nærmere på Tabel 1, er der et klart billede af, at der sker en rapportering mellem sektorerne og der er tilsvarende nogle mønstre og tendenser i forhold til, hvem der rapporterer om hvem. Rapporteringerne mellem sektorerne sker hyppigst mellem somatiske hospitaler, praksisområdet og kommunerne, hvorfor det alene er disse rapporteringer, der undersøges i dette afsnit. Generelle mønstre og tendenser analyseres i et senere afsnit, hvor der indholdsmæssigt beskrives eksempler på, hvad der reelt går galt i sektorovergangene.

### **Rapporteringer til og fra hospitalerne:**

Hospitalerne har i alt behandlet 967 hændelser i 2014, der er sket på hospitalerne og som enten er rapporteret fra andre sektorer eller hvor de andre sektorer på anden vis har været involveret. Rapporteringerne involverer hovedsageligt andre hospitaler (187 hændelser) og kommunerne (571 hændelser), om end praksissektoren også er pænt repræsenteret (97 hændelser). Aktuelt ved vi fortsat mest om, hvad der går galt i overgangene på hospitalerne, fordi der rapporteres flest hændelser hertil fra de andre sektorer med det mest varierede udvalg af problemstillinger.

Det kunne samlet set se ud som hospitalerne også er bedst til at rapportere om de andre sektorer, men de 1206 hændelser dækker for en stor del over rapporteringer til praksisområdet, hvor det hovedsageligt er parakliniske prøver, der kontinuerligt rapporteres, jf. om hvad der rapporteres til praksissektoren herunder. Imidlertid rapporteres en del hændelser om, hvad der går galt i overgangene mellem hospitalerne (187 hændelser).

### **Rapporteringer til og fra praksissektoren:**

Rapporteringerne til praksissektoren udgør 1133 hændelser, hvorfor området har modtaget flest sektorovergangshændelser i 2014. Det er imidlertid rapporteringer fra hospitalerne, der udgør langt det største antal af disse hændelser (905 hændelser). Her er langt over 800 af hændelserne rapporteret af de parakliniske afdelinger på hospitalerne, idet flere af afdelingerne har fokus på at rapportere alle fejlmærkede præparater og blodprøver, der modtages fra almen praksis og speciallæger i regionen. Derfor er der reelt alene en god viden om, hvad der går galt, når praksisområdet rekvirerer prøver. I forhold til praksisområdet generelt, mangler der imidlertid fortsat viden om, hvad der går galt i sektorovergangene.

Praksisområdet har omvendt rapporteret eller været involveret i 149 hændelser, der er sket i én af de øvrige sektorer. Her er det hospitalerne (97 hændelser) og kommunerne (30 hændelser), der er genstand for rapporteringerne.

### Rapporteringer til kommunerne:

I årsrapporten for 2013 blev efterspurgt flere rapporteringer til kommunerne fra de andre sektorer, da der alene var rapporteret 41 hændelser fra de øvrige sektorer. Der er lidt flere hændelser i 2014, idet 133 hændelser er rapporteret til kommunerne. Det er hovedsageligt hospitalerne, der rapporterer (77 hændelser) efterfulgt af praksisområdet (30 hændelser). Selv om det er bedre end sidste år mangles der imidlertid forsat viden om hvilke problematikker, der ses, når en kommune f.eks. indlægger en borger på hospitalet eller har kontakt til almen praksis på vegne af en borger. Antallet er imidlertid stort nok i år til at forsøge en analyse af de 133 hændelser med henblik på at afdække mønstre og tendenser, jf. senere afsnit med analyse af mønstre og tendenser.

Kommunerne er omvendt bedst til at rapportere hændelser til de andre sektorer, når de oplever problemer i koordineringen mellem sektorerne f.eks. i forbindelse med udskrivelser fra hospitalet. Det er oftest hospitalet, som kommunerne rapporterer om (571 hændelser), men praksissektoren modtager også hændelser fra kommunerne (101 hændelser).

### Fordeling på alvorlighedsgrader og hvortil rapporteres hændelser med en patientskade?

Alvorlighedsgraden angives som den *faktuelle skade* som patienten blev påført ved hændelsen. Den *potentielle skadevirkning* skal ikke tages i betragtning.

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

Til årsrapporten trækkes data på afsluttede sager i 2014, når fordelingen på alvorlighedsgrader vises i tabellen herunder. Rapportørerne tager ofte den potentielle skadevirkning i betragtning. Men sagsbehandlerne har pligt til at ændre

alvorlighedsgraden, hvis rapportøren ikke har scoret hændelsen efter den faktuelle skadevirkning. Derfor bør billedet være mere retvisende, når kun afsluttede sager medtages i årsrapporten.

Med stigningen i antallet af rapporterede hændelser i sektorovergangene, vil der også rapporteres flere moderate, alvorlige og dødelige hændelser, der er kendetegnet ved, at der forekom en patientskade, idet hændelsen *som minimum* gav anledning til en øget behandling af patienten. Derfor er det ofte mere sigende at se på fordelingen mellem alvorlighedsgrader, der hidtil ikke har ændret sig meget fra år til år. Den procentuelle fordeling på henholdsvis *alvorlige* og *dødelige* hændelser har ikke ændret sig nævneværdigt. Både *antallet* og *andelen* af *moderate* hændelser er imidlertid steget fra 200 hændelser i 2013 svarende til 12 % og til 365 hændelser svarende til 15,3 % i 2014.

**Tabel 2**

<b>Alvorlighedsgraden af sektorovergangshændelser 2014</b> (Antal afsluttede sager: 2382)					
<b>Lokation</b>	<b>Ingen skade</b>	<b>Mild</b>	<b>Moderat</b>	<b>Alvorlig</b>	<b>Dødelig</b>
<b>Offentlige sygehuse</b>	581	181	167	26	2
<b>Psykiatrien</b>	27	7	13	9	3
<b>Regionale botilbud</b>	7	3	4	0	1
<b>Præhospital og ambulancer</b>	15	3	6	1	0
<b>Praksissektoren</b>	291	686	151	3	2
<b>Apoteker</b>	42	15	6	0	0
<b>Kommuner</b>	72	27	18	13	0
<b>Alle sektorer</b>	<b>1035</b>	<b>922</b>	<b>365</b>	<b>52</b>	<b>8</b>
<b>i %</b>	<b>43,5 %</b>	<b>38,7 %</b>	<b>15,3 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>0,3 %</b>

At de alvorlige og dødelige hændelser hovedsageligt sker på hospitalerne er nok ikke så overraskende, da det ofte er her, der er kontakt med de alvorligt syge patienter, hvor det kan have ret alvorlige konsekvenser, når noget går galt. På tilsvarende vis ses alvorlige og dødelige hændelser i psykiatrien, der oftest handler om selvmord og selvskadende adfærd hos patienterne.

De bagvedliggende data på de 167 moderate hændelser på hospitalerne, der er vist i Tabel 2, viser, at hændelserne hovedsageligt rapporteres fra eller foregår i overgangen til:

- en kommune, hvor det f.eks. handler om, at der er mangler i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet (97 hændelser).
- i overgangen mellem 2 hospitaler, hvor der f.eks. mangler informationer ved overflytning af en patient mellem to hospitaler (32 hændelser).
- i overgangen mellem hospital og praksissektor. Et eksempel herpå kunne være, at der f.eks. ikke er sendt en epikrise rettidigt (19 hændelser).

Hvad de 13 alvorlige hændelser i kommunerne omhandler, undersøges nærmere i næste afsnit om identificerede mønstre og tendenser. Det samme gælder de 18 moderate hændelser rapporteret til kommunerne, hvoraf 14 er *rapporteret fra* hospitalerne eller er foregået i overgangen mellem hospital og kommune.

Det kan give anledning til undring, når 151 moderate hændelser er rapporteret til praksissektoren. Igen er det imidlertid hospitalernes parakliniske afdelingers rapporteringer vedr. fejlmærkning af præparater og blodprøver, der udgør langt størstedelen af hændelserne. En hændelse markeres ofte som *moderat*, når en fejlmærkning eller fejlhåndtering betyder, at patienten skal have taget prøven om, fordi fejlen i så fald har givet anledning til *øget behandling*.

### **Fordeling på hændelsestyper - Hvilke mønstre og tendenser kan identificeres?**

Fordelingen af hændelser er nogenlunde ens fra år til år. I 2014 er der imidlertid indført en ny hændelsesklassifikation. Denne ændrer ikke på fordelingen af hændelser, omend de nye kategorier kan få visse hændelsestyper til at fremstå mere tydeligt.

Hændelsestypen angives fra 2014 af rapportøren, men kan tilrettes af sagsbehandleren undervejs. Derfor gennemføres dataudtræk til årsrapporten på sager afsluttet i 2014, da det bør give et mere retvisende billede af, hvordan hændelserne reelt fordeler sig på hændelsestyper. Det betyder, at sagerne kan være rapporteret i både 2013 og 2014 under henholdsvis WHO- og DPSD-klassifikationen. Mange af kategorierne i de to klassifikationer svarer imidlertid til hinanden. Derfor er kategorierne sammenlagt i tabel 3 på næste side, hvor det har været muligt. Kun kategorierne "*Administrative processer*" og "*Kliniske processer*" fra den gamle WHO-klassifikation er bevaret, da de dækker over flere forskellige kategorier i den nye DPSD-klassifikation.

De hyppigst rapporterede hændelser er markeret med henholdsvis orange og gult i tabel 3 på næste side. Disse er i rækkefølge:

- Prøver, undersøgelser og prøvesvar.
- Medicinering herunder væsker.
- Overlevering af information, ansvar og dokumentation.
- Administrative processer (WHO-klassifikation).
- Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister.
- Kliniske processer (WHO-klassifikation).

**Tabel 3**

<b>Hændelsestyper - afsluttede sager 2014</b>		
<b>Hændelsestyper (Afsluttede sager: 2382)</b>	<b>Antal sager</b>	<b>%-fordeling</b>
<b>Anden utilsigtet hændelse</b>	50	2,1%
<b>Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.</b>	2	0,1%
<b>Behandling og Pleje</b>	67	2,8%
<b>Blod og blodprodukter</b>	3	0,1%
<b>Gasser og luft</b>	0	0,0%
<b>Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister</b>	263	11,0%
<b>Infektioner</b>	7	0,3%
<b>IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.</b>	43	1,8%
<b>Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.</b>	3	0,1%
<b>Medicinering herunder væsker</b>	564	23,7%
<b>Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.</b>	17	0,7%
<b>Overlevering af information, ansvar, dokumentation</b>	280	11,8%
<b>Patientidentifikation</b>	108	4,5%
<b>Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader</b>	5	0,2%
<b>Præhospital behandling</b>	3	0,1%
<b>Prøver, undersøgelser og prøvesvar</b>	654	27,5%
<b>Selvskade og selvmord</b>	12	0,5%
<b>Sundhedfaglig visitation, telefonkonsultation</b>	48	2,0%
<b>Teknisk disponering</b>	1	0,0%
<b>Administrative processer (WHO)</b>	264	11,1%
<b>Kliniske processer (WHO)</b>	235	9,9%
<b>Totalt antal klassifikationer<sup>8</sup></b>	<b>2629</b>	<b>110,4%</b>

Mønstre og tendenser i en del af de hyppigst rapporterede hændelsestyper er i det efterfølgende afsnit undersøgt nærmere og resultaterne er beskrevet under overskrifter, der tænkes at kunne give et overblik over emner i de rapporterede hændelser. Relevante mønstre og tendenser i de kommunale hændelser beskrives særskilt under de enkelte afsnit, da det er første gang, der ses nærmere herpå i forbindelse med årsrapporten.

Analysen omfatter og omtaler i varierende grad:

- Hvilke *processer* under hændelsestyperne, der hyppigst giver anledning til rapportering.
- Hvor alvorlige hændelserne indenfor de enkelte processer er. Det giver god mening at skele til både *antal* og *andel* rapporterede patientskader, når det skal identificeres, hvilke områder, der er risikable for patienterne.
- Hvilke sektorovergange de hyppigst forekommende og/eller alvorlige hændelser omhandler.

<sup>8</sup> Det totale antal klassifikationer overstiger antallet af afsluttede sager fordi hændelser rapporteret i 2013 blev klassificeret efter WHO-klassifikationen, hvor én hændelse kunne kategoriseres under mere end én hændelsestype.

### **Fejlmærkning af prøver:**

Mere end 500 af hændelserne omkring prøver, undersøgelser og prøvesvar er rapporteret til *praksisområdet* fra de parakliniske afdelinger på hospitalerne. Flere af disse afdelinger har, som tidligere omtalt, fokus på at rapportere *alle* fejlmærkede præparater og blodprøver. Disse hændelser omhandler hovedsageligt *håndtering/behandling af prøvemateriale og mærkning af prøver samt patientidentifikation* relateret til fejlmærkningerne, idet patienten ikke kan identificeres, når cpr-nummer mangler eller er forkert. Alvorlighedsgraden er maksimalt *moderat*, hvilket næsten udelukkende skyldes, at patienten skal have taget en blodprøve eller et celleskrab igen.

### **Modtagelse og manglende opfølgning/reaktion på prøve-/undersøgelsesvar:**

Rapporteringer til hospitalerne vedrører oftest *modtagelse og manglende opfølgning og reaktion på prøve-/undersøgelsesvar*, om end nogle af disse hændelser også er rapporteret til praksisområdet. Det er her de mere alvorlige hændelser vedrørende prøver og undersøgelser ses i sektorovergangene. Det handler ofte om manglende koordinering mellem to hospitaler eller mellem hospital og praksis. Den ene part opdager typisk, at den anden part ikke har handlet på et prøve- eller undersøgelsesvar. Men det handler også om, at der f.eks. ikke er gennemført kontrol og justeret medicin ved egen læge efter udskrivelse. Det ses f.eks.:

- At blodfortyndende medicin (marevan), der er risikomedicin, ikke kontrolleres og justeres over kortere eller længere tid.
- At kræftdiagnoser forsinkes væsentligt.
- At patienter udskrives til kommunal pleje uden færdigbehandling, fordi der ikke er handlet på de sidst modtagne prøvesvar på hospitalet.

Følgerne er bl.a. hjertestop, indlæggelse og nyresvigt samt manglende mulighed for helbredelse af kræft.

### **Medicinering:**

Når der ses bort fra de parakliniske afdelingers rapporteringer omkring fejlmærkede prøver m.v., rapporteres der flest sektorovergangshændelser på medicineringsområdet. Heraf er 12,9 % markeret med en patientskade; 7 hændelser er angivet som alvorlige.

De hyppigst rapporterede processer er:

1. Ordination/receptkontrol: Der er rapporteret 242 hændelser. Det er også her der er flest moderate og alvorlige hændelser, men ikke når antallet af rapporteringer tages i betragtning.
2. Dispensering (dosisdispensering og ophældning): Der er rapporteret 127 hændelser, hvoraf nogle få er alvorlige eller moderate.
3. Administration (udlevering, indgift, indtagelse): Der er rapporteret 75 hændelser, hvoraf forholdsvis mange er moderate eller alvorlige, når henses til antallet af rapporteringer.

Mønstre og tendenser viser mange problematikker omkring ordinationer og seponering af medicin i alle overgangene både mellem flere hospitaler, mellem hospital/psykiatri

og kommune samt mellem almen praksis/hospital/kommune. Der er flere eksempler på:

- Ordinationer trods CAVE, f.eks. morfin eller penicillin, eller hvor ordination er kontraindiceret pga. anden sygdom. Det gælder f.eks. sygdomme med nedsat nyrefunktion, hvor der er grund til opmærksomhed.
- Ordinationsændringer ved udskrivelse, hvor der bl.a. ordineres en for høj dosis risikomedicin, herunder Marevan og antipsykotisk medicin samt depotmedicin, der i forbindelse med ændringen gives med for kort interval.
- Manglende medicinafstemning ved indlæggelse, hvor de medgivne oplysninger ikke anvendes, gamle ordinationer fra en tidligere indlæggelse genoplives eller hvor antipsykotisk medicin mistænkes overdoseret under indlæggelsen.
- Manglende medicinafstemning ved udskrivelse eller at kommunen ikke gives besked om medicinændringer. Dette medfører forvirring omkring dosisdispensering, at borgeren ikke får nødvendig medicin eller fejlmedicineres.
- Fejlagtig seponering eller manglende seponering. Herunder ses, at behandling med blodfortyndende medicin seponeres uhensigtsmæssigt i forhold til risikoen for apopleksi, at behandling for patientens kroniske sygdom seponeres under indlæggelse på andre specialafdelinger.
- At nyligt ordineret medicin i akutte tilfælde ikke administreres *inden overflytning* til andet hospital, hvilket medfører væsentlig forværring af patientens tilstand.
- At smerteplastre giver anledning til problemer, idet de ikke skiftes eller overdoseres under en indlæggelse, fordi der påsættes flere ad gangen.

Hændelserne rapporteret til kommunerne omkring medicinering vedrører bl.a.:

- At smerteplastre ikke skiftes.
- At vigtig medicin ikke er administreret gennem længere tid, herunder psykofarmaka og medicin for borgerens kroniske sygdomme.
- At der ikke er styr på risikomedicin, der ikke justeres eller administreres i rette dosis. Herunder rapporteres hyppigst om blodfortyndende medicin (marevan). I nogle tilfælde medfører det indlæggelse.
- At ændringer i ordinationer overses ved udskrivelse eller at borgeren overdoseres som følge af forvirring omkring den medgivne medicin eller ordinationer i mg frem for stk. Dette medfører i nogle tilfælde forgiftning og indlæggelse.

Nogle af problemerne i de kommunale hændelser har trådt til samarbejdet med almen praksis og hospitalet i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, men kommunikationsproblematikker internt i kommunen er i mange tilfælde en væsentlig faktor. I nogle tilfælde opdages problemerne med medicinen først, når borgeren indlægges eller har kontakt med hospitalet af anden årsag.

### **Indlæggelse og udskrivelse:**

Det er et fåtal af de rapporterede hændelse om indlæggelse og udskrivelse, der giver anledning til en patientskade. Hændelserne forekommer (uanset om der er en



patientskade eller ej) hyppigst ved overdragelse af ansvaret i forbindelse med udskrivning til kommunen eller overflytning til andet hospital, om end der også rapporteres om indlæggelsesproblematikker.

Ved udskrivelse fra hospitalet handler hændelserne f.eks. om, at hospitalet ikke giver besked til kommunen, når en dårlig borger udskrives eller at der mangler beskrivelser af den videre pleje og behandling, herunder genoptræningsplaner. Endvidere handler det om manglende medicinafstemning og at der ikke er bestilt medicin eller medgivet medicin ved udskrivelse op til en weekend. I nogle tilfælde er der mangler vedr. hjælpemidler, fordi de ikke er bestilt eller fordi borgerens funktionsniveau ikke svarer til det hospitalet har beskrevet. Herunder udskrives borgeren til vanlig hjælp, selv om funktionsniveauet er væsentligt forandret. I sammenhæng hermed ender det nogle gange med, at borgeren genindlægges og dermed opstår spørgsmål om, hvorvidt borgeren er udskrevet for tidligt?

I forbindelse med indlæggelse ses en del eksempler i rapporteringerne til kommunen på, at der ikke er medgivet informationer om patienten. Det handler om medicinoplysninger, kontaktoplysninger på pårørende, oplysninger omkring indlæggelsesårsagen og i en del tilfælde handler det om manglende ID-armbånd eller lignende, hvor patienten ikke er i stand til selv at oplyse sin identitet.

Ved udskrivelse ses tilfælde rapporteret til kommunen, hvor:

- Visitationen ikke har videreformidlet aftalerne med hospitalet til plejen.
- Aftalerne mellem hospital, almen praksis og visitationen ikke er tilstrækkeligt klare i forhold til den videre behandling og genoplivning ved hjertestop m.v.
- Visitationen ikke følger hospitalets anbefalinger, hvorved plejepersonalet oplever den tildelte hjælp som utilstrækkelig.

### **Behandling og pleje:**

Hændelserne handler bl.a. om samarbejdet mellem kommune og hospital, hvor kommunen ikke føler sig hørt, når de fortæller om særlige forhold hos en borger. Det resulterer bl.a. i tryksår fra en støvle og at et kateter anlægges uden bedøvelse selv om det var aftalt med kommunen. Der rapporteres også om tilfælde, hvor en borger udskrives uden, at venflon er fjernet eller at en anlagt sonde ikke fungerer efter udskrivelsen med genindlæggelse til følge.

Der er omvendt ikke mange rapporteringer til kommunerne vedrørende behandling og pleje. Men der rapporteres også her om alvorlige tryksår, der opdages på hospitalet samt om manglende kateterskift og problemer omkring blæretømning. Endvidere rapporteres om tilfælde, hvor hospitalets anvisninger omkring pleje, ernæring eller genoptræning ikke er fulgt, hvilket resulterer i genindlæggelse eller forlænget behandlingsforløb.

# Fokus i det Tværsektorielle netværk i 2014

På netværkets møder drøftes fortrinsvist overordnede emner, men lejlighedsvis kan netværket også tage mere konkrete problemstillinger op.

Et eksempel herpå er drøftelsen af **genoplivning af svært syge patienter efter udskrivelse**, som har vist sig at være en kompleks sag med uklar lovgivning. Der søges forsat en afklaring af, om udskrivende læge skal og bør tage stilling til genoplivning ved udskrivelsen, så hjemmeplejen ikke skal lave nytteløs genoplivning af terminalt syge borgere.

Netværket gav i maj 2014 et samlet input til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i forbindelse med ministeriets **Serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser**.

En af anbefalingerne fra netværket var en større ledelsesmæssig forankring af patientsikkerhedsarbejdet. Herudover anbefalede netværket, at alle tværsektorielle hændelser forsat skal rapporteres og analyseres, men at der på lokalt niveau er et ønske om muligheden for bunkerapportering. Se den endelige rapport på <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Rap-serviceeftersyn-rapsys-utilsigtede-haendelse-juli-2014.aspx>

Der var på forårets møde en drøftelse af, **hvordan netværket kan bidrage i forhold til udviklingen og den offentlige debat på patientsikkerhedsområdet**.

Netværket besidder en unik viden om, hvad der går galt i samarbejdet i det tværsektorielle felt og netværket finder, at det er vigtigt, at denne viden kommer frem i de relevante fora. Det er vigtigt, at netværket bidrager til at skabe følelser hos ledelser og medarbejdere, da det er gennem følelser, at motivationen fødes. På baggrund af disse overvejelser har netværket i dette års rapport valgt at beskrive flere eksempler på hændelser, end i de tidligere årsrapporter.

Netværket har i efteråret 2014 lavet en fælles indsats omkring **fokuseret rapportering af utilsigtede hændelser vedrørende Fælles Medicinkort**. Formålet er at synliggøre, hvilke konsekvenser det har for borgerne, når FMK ikke er korrekt afstemt. Endvidere er det også et ønske at afklare, hvorvidt fejlbehæftede medicinlister i FMK skyldes tekniske fejl eller brugerfejl.

Netværket er indskrevet i Sundhedsaftalen, og har derfor haft **et ønske om at bidrage med viden til udarbejdelsen af den nye Sundhedsaftale**.

Desværre er netværket ikke blevet inddraget i udarbejdelsen af den nye sundhedsaftale, eller i nogle af de nynedsatte temagrupper. Netværket frygter derfor at den betragtelige viden, som netværket besidder ikke udnyttes i tilstrækkelig grad i samarbejdet om den nye sundhedsaftale.

# Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk

I dette afsnit præsenteres klyngerne og deres arbejde. Psykiatrien og det regionale socialområde har imidlertid bidraget med et selvstændigt afsnit.

## Aarhusklyngen

Aarhus Kommune, Praksisområdet og Apoteker, Præhospitalet, Socialområdet, Psykiatrien og Aarhus Universitetshospital.

### *Læring og forandring*

Klyngenetværket og møderne er det, der skaber grobund for vidensdeling og et bedre samarbejde på tværs. Dette ses både i hverdagen, når der er tale om den enkelte hændelse, men også på selve møderne, hvor generelle problematikker drøftes. Samarbejdet i klyngen er vigtigt, netop fordi der er tale om de tværsektorielle hændelser, som fra start af er kompliceret af overgangene.

På Aarhus Universitetshospital (AUH) er antallet af rapporterede tværsektorielle utilsigtede hændelser faldet i 2014. Det er især rapporteringer fra plejeboliger og -centre, der er faldet markant.

Mønstrene og tendenser er, som de tidligere år, primært relateret til medicinering og udskrivelse af patienten:

- Manglende medicinafstemning.
- Manglende medicinbestilling og/eller medsendelse af recepter og medicin.
- Mangelfuld information om patientens tilstand og behov for hjælp.

AUH har i samarbejde med Aarhus Kommune fået støtte af "Task Force" gruppen i Region Midtjylland til at iværksætte en undersøgelse om Medicin i sektorovergange.

Undersøgelsen er foretaget af en udpeget arbejdsgruppe med repræsentanter fra Aarhus Kommune og AUH. Gruppen har fulgt fem patienter igennem deres forløb fra indlæggelse til udskrivelsen til hjemmeplejen. Fokus har været på patientens medicin, ændringer under indlæggelsen, information om medicinen og medicinordinationer i forbindelse med udskrivelsen. De fem forløb viser, at der er rigtig mange overgange, hvor der i forhold til medicinområdet er grund til at være på vagt. Undersøgelsen viser, at de tekniske løsninger (journaler) ikke fungerer optimalt, men de bruges heller ikke optimalt af personalet. Der mangler kompetenceudvikling af personalet i kendskab og udvikling af systemernes funktionalitet.

I 2015 ønsker arbejdsgruppen at arbejde videre med patientforløb med særlig fokus på udskrivelsen med inddragelse af den praktiserende læge. Der arbejdes blandt andet på en ide om at lave en videofilm om "det gode patientforløb" med særlig fokus på overgange.

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Aarhus klyngen har planlagt to møder årligt. I 2014 har det kun været muligt at mødes en gang. Klyngens kommissorium er nu blevet udarbejdet. Der har ingen tværgående alvorlige analyser været afholdt i klyngen.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

I 2015 er der planlagt to møder, og der vil blive arbejdet med følgende:

- Udsendelse af månedlige planer med rapporter over de rapporterede hændelser i de forskellige sektorer. Dette skal give større indsigt i, hvad der rapporteres fra egen sektor til de andre sektorer.
- På møderne vil mønstre og tendenser i hændelserne blive drøftet med henblik på eventuelle anbefalinger af tværgående indsatser i klyngen.
- Vidensdeling omkring planlagte/iværksatte tværsektorielle tiltag i relation til patientsikkerhedsarbejdet.

## **Midtklyngen**

Hospitalsenhed Midt, Viborg Kommune, Silkeborg Kommune, Skive Kommune, Praksisområdet og Apoteker, Præhospitalet, Psykiatri- og Socialområdet.

### *Læring og forandring*

Vi har i midtklyngen gennemgået hvilke typer hændelser, der er flest af – dvs. hændelser relateret til udskrivelse og hvilke problemområder, der karakteriserer dem. Derudover har vi drøftet en kerneårsagsanalyse omhandlende udskrivelse som eksemplificer flere af de problemområder, der er i hændelser relateret til udskrivelse. Det har givet bedre indblik i primær/sekundærs forskellige arbejdsgange og dokumentations praksis i forbindelse med medicin håndtering.

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Det tværsektorielle samarbejde foregår dels i forskellige netværk og dels i forbindelse med sagsbehandling af de enkelte utilsigtede hændelser.

Fire gange årligt afholdes møde i det regionale patientsikkerhedsnetværk.

To af disse møder holdes sammen med det tværsektorielle patientsikkerhedsnetværk. Ca. seks gange om året mødes det tværsektorielle netværk i Midtklyngen som består af den regionale risikomanager, risikomanagerne fra Skive, Viborg og Silkeborg kommune, praksis- og speciallægeområdet samt hospitalsenheden.

Desuden inviteres risikomanager fra praksis- og speciallægeområdet med til møder i hospitalsenhedens medicineringsgruppe.

Skive Kommune har i sommeren 2014 fået ny risikomanager, der sammen med en sygeplejerske fra visitationen har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet i kommunen.

Vi har desuden haft fokus på hvordan vi i midtklyngen bliver en mere handlingsorienteret gruppe, og vi har drøftet gruppens formål med henblik på mere skarp profil i 2015.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

Det er fortsat nødvendigt at have fokus på at fremme det tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed. Det sker bl.a. ved at vi har opsat rapportplaner med henblik på øget viden om, drøftelse af og evt. fælles tiltag på de tværsektorielle hændelser.

Det er vores opfattelse at utilsigtede hændelser underrapporteres fra hospitalet til kommunerne og praksis. Derfor vil vi i 2015 også arbejde med at få hospitalerne til at indrapportere mere.

Vi vil også have fokus på kompetencer og kommunikation i forbindelse med udskrivinger. Især hvor der er risikomedicin, f.eks. insulin og marevan, hvor fejlhåndtering virkelig kan gøre skade.

Vi forventer, at Fælles Medicin Kort (FMK) i 2015 vil hjælpe med til at sikre korrekt opdaterede medicinlister ved både udskrivelse og indlæggelse. Vi vil følge implementeringen af FMK tæt samt løbende diskutere status og drøfte hvordan kan vi støtte op om implementeringen.

Derudover har vi aftalt at lave en indstilling til projekt 'kom sikkert hjem/i patientens fodspor' i midtklyngen, som vi forhåbentligt kommer i gang med i 2015. Projektet anses for at være en metode der kan bidrage med øget indsigt i arbejdsgangene i de to sektorer i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Ved hjælp af indsigt i hvor hver sektor 'slipper' patienten kan vi sikre en høj grad af kontinuitet over sektorgrænsen, og iværksætte forebyggende tiltag samt opsætte et "sikkerhedsnet" op mellem sektorerne. Målet er at minimere antallet af utilsigtede hændelser i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.

## **Randersklyngen**

Randers Kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune og Favrskov Kommune, Praksisområdet og Apoteker, Præhospitalet, Psykiatri- og Socialområdet samt Regionshospitalet Randers (risikomanager samt hospitalets konsulent, der varetager det kommunale samarbejde på hospitalet).

### *Læring og forandring*

I 2014 er der afholdt to møder i Randersklyngen. På møderne bliver de forskellige sektors gode ideer og erfaringer delt, og der orienteres gensidigt om det lokale arbejde med utilsigtede hændelser.

På årets første møde blev udviklingssygeplejerske og sagsbehandler fra Medicinsk Afdeling inviteret med for at drøfte, hvad der på nuværende tidspunkt fungerer godt ved de utilsigtede hændelser, der indberettes fra de andre sektorer. Her blev bl.a. pointeret, at det er godt, at der kun er få anonyme indberetninger og at der ofte

forekommer cpr-numre på hændelserne. Dette er med til at optimere sagsbehandlingen.

Herudover rapporteres UTH'erne tæt på hændelsestidspunktet, hvilket fremmer læringen ved det personale, der er inddraget i sagsbehandlingen, da hændelserne stadig er frisk i hukommelse.

Der blev herudover også drøftet udfordringer såsom, at medicin, der doseres fra hospitalet, kan have et andet navn end det, der står på medicinlisten, da der er tilbagesubstitution. På hospitalet skal der anvendes medicin fra standardsortiment. En anden udfordring er, at medicinlisterne ved indlæggelse ikke altid er opdateret eller med ved indlæggelsen. Det forventes, at FMK på sigt vil løse denne problemstilling. Herudover kan indlæggelsesrapporterne være mangelfulde, så man på hospitalet ikke kan se om der er hjælp til medicindispensering ved hjemmeplejen.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

I klyngen er der oprettet tværsektorielle rapporter, således at kommunerne nu modtager en listerapport hver måned med informationer om hændelser, der rapporteret fra de respektive kommuner til hospitalet og praksis- og speciallægeområdet.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

Der er i 2015 planlagt to nye møder i Randersklyngen. Herudover er der planlagt en eftermiddag i januar, hvor de forskellige risikomanagere er inviteret til at deltage i en fælles øvedag i at udarbejde rapportskabeloner i DPSD. Det overvejes desuden, at risikomanagere kan følge processen omkring en kerneårsagsanalyse hos en anden risikomanager, for at skabe læring og dele erfaringer.

## **Horsensklyngen**

Hospitalsenheden Horsens, Horsens Kommune, Hedensted Kommune, Odder Kommune, Skanderborg Kommune, Praksisområdet og Apoteker, Præhospitalet samt Psykiatri- og Socialområdet.

#### *Læring og forandring*

I det tværsektorielle samarbejde i Horsens, har vi arbejdet med de fællestræk vi alle oplever. Vi har delt den læring der er opnået, og de gode initiativer til ex at imødekomme UTH vedrørende medicin.

Langt størstedelen af de sektorhændelser, der rapporteres på tværs i Horsens Klyngen vedrører medicin – typisk manglende/forkerte medicinkort og/eller manglende medicinafstemning ved udskrivelse. Disse udfordringer påhviler primært Hospitalsenheden Horsens, der arbejder intenst med dette område – bla. føres der månedlige monitoreringer på området, der drøftes på højeste ledelsesniveau.

I forbindelse med medicinområdet oplever klyngen endvidere særskilte udfordringer omkring FMK, der ikke gør arbejdet med medicinområdet lettere. FMK og hensigtsmæssig brug af FMK arbejdes der derfor intenst med – ikke kun på hospitalet, men også ved de øvrige parter i klyngen.

I Horsens og Skanderborg Kommuner har man brobygger/udskrivningskoordinator funktioner på hospitalet. Et af målene med disse funktioner er at sikre bedre overgange fra region til kommune. For begge kommuners vedkommende gælder, at man arbejder på at tilpasse og styrke ordningen.

Ultimo 2014 har Hospitalsenheden Horsens gennemført en kerneårsagsanalyse sammen med Hedensted Kommune. Hændelsen viser, at der er kommunikationsmæssige problemer i overgangen mellem kommune og hospital, da rapporterne fra plejehjem ikke tilgår hospitalet elektronisk, men kun i papir (hvis overhovedet). Praksis er forskellige fra de forskellige kommuner. Resultatet er, at hospitalet kan have svært ved at danne sig et indtryk af patienten – eksempelvis i forhold til dennes habituelle tilstand. Denne kommunikation skal der arbejdes videre med i klyngen i 2015.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

I Horsens Klyngen har vi opnået et utrolig godt samarbejdsclima, hvor vi hjælper hinanden i de sager, vi er involveret i. Klyngen mødes to gange årligt, og forud for disse møder trækkes der rapporter over de hændelser, der er rapporteret på tværs af sektorer i klyngen. Rapporterne og det gode samarbejdsclima på tværs gør, at man kan få en tilbagemelding på evt læring og iværksatte ændringer hos den enhed vi rapporterer til (dette er ellers ikke muligt) – eksempelvis har kommunerne et behov for tidstro registrering af udskrivelsestidspunkt, da borgeren ellers stadig vil stå som indlagt i deres EOJ system, med den konsekvens at borgeren ikke modtager besøg. Som rapportør af sektorhændelser er det vigtigt at kunne følge sagen helt frem til implementering af eventuelle tiltag.

Klyngen har en ambition om, at disse rapporter automatiseres, således at de automatisk udsendes på månedsbasis. Dette vil kunne bringe arbejdet i klyngen fremad, da det vil give bedre overblik over, hvad der rapporteres på kryds og tværs. Desværre har denne funktionalitet været ude af drift i Dansk Patientsikkerhedsdatabase i de seneste måneder.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

- Klyngen har planlagt to møder i 2015
- Der er planlagt to møder i det regionale tværsektorielle netværk (TSN) i 2015

## **Vestklyngen**

Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brandø Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, praksiskoordinator, risikomanager for

praksisområdet og apoteker, udviklingskonsulent fra psykiatrien og Hospitalsenheden Vest.

### *Læring og forandring*

Samarbejdsgruppen har brugt lang tid på at finde en god arbejdsfacon. Den beskrives under "arbejdet med patientsikkerhed" En del af den faste dagsorden er, at der indsamles temaer fra både hospital, kommune og almen praksis samt psykiatrien.

Herunder ses nogle af de diskuterende temaer:

- Somatisk behandling af psykiatriske patienter
- Orientering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe nedsat blandt kommunerne og region hvor der arbejdes med en fælles indsats for sikre korrekt patientidentifikation af patienter, der ingen pårørende kan have med ind ved akut indlæggelse. En fælles instruks er på vej.
- SST vejledningen om livsforlængende behandling har givet anledning til forskellige drøftelse af opgaver vi har hver især. På hospitalerne skal være mere fokus på lægeansvaret i overgange til primærområdet. Der skal være et fælles fokus på blanketten til ambulancereddere og Falck vedr indsats under transporten.
- MRSA positive patienter har fyldt meget i 2014, derfor blev MRSA enheden inviteret til at give et oplæg. Det hjalp på utrygheden ved at håndtere disse patienter at høre, at almindelig håndhygiejne forebygger overførslen af smitte. Det er vigtigt med dialog og kommunikation omkring patienter der er screenet MRSA positiv, og godt at vide der findes en livline til MRSA enheden.

Kommunikation er en konstant udfordring, og der har også været børnesygdomme med korrekt anvendelse af de nye Medcom standarder (tekniske problemer og kendskab til hvem der modtager hvad hvornår)

Akutfdelingen har udfordringer fordi de ikke kan få Medcom oplysninger på ikke indlagte patienter. At have adgang til informationer er lige så stort behov i hurtige patientforløb, som i de længere forløb og her er endda bedre tid til at indsamle den nødvendige viden.

Der har været en tværsektoriel analyse i 2014 og en anden blev planlagt og afvikles i 2015. I den første var temaet, at hospitalet ikke havde modtaget opdateret indlæggelsesrapport, så kendskab til patientens hjemlige forhold var ikke optimal. Patienten ville udskrives til hjemmet, og da de hjemlige forhold ikke var forsvarlige, blev patienten genindlagt. Der manglede også opmærksomhed imod behovet for laksantia ved længerevarende brug af morfika.

Hændelse 2 handler om udvikling af alvorligt tryksår.

Medicinområdet drøftes i en tværsektoriel Medicinhåndteringsgruppe. Referaterne fra disse møder kan læses her:

<http://www.vest.rm.dk/fagpersoner/for+ansatte/patientsikkerhed/medicinh%c3%a5nderingsgruppen>



### *Arbejdet med patientsikkerhed*

3 møder er afholdt i 2014. Desuden har tre forskellige risikomanagere fra kommunerne deltaget sammen med hospitals risikomanager i de tre samarbejdsgrupper der arbejder med; træning, hjælpemidler og indlæggelses- og udskrivning. Her drøftes mønstre og tendenser af de tværsektorielle hændelser. I samarbejdsgrupperne sidder ledelser, der kan drage læring og sikre gen organisation ændrer praksis pga hændelserne. Dette har samarbejdsgruppen for patientsikkerhed ikke haft mandat til. Der har været besøg af et midlertidigt politisk udvalg med interesse for tværsektoriel patientsikkerhed. Det var et konstruktivt og positivt møde, men vi kender ved ikke hvilke initiativer, der sker pba af mødet.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

- Evt. I patientens fodspor når vi har hørt om Hospitalsenhed Midts erfaringer med konceptet.
- Der foretages audit på genindlæggelser i andet regi, der skal sikres videndeling og læring af konklusionerne.
- Møde mellem medicin håndteringsgruppen og risikomanagere fra kommuner og praksis samt psykiatri pba af fælles indrapporteringer om medicineringsfejl i en given periode i 2015.
- Fokusuger med indrapporteringer i temaer.
- Videndeling om medicinprojektet som igangsættes i 2015.
- Indsats i 2015 for de hurtige patientforløb i akutafdelingen og den dokumentation der skal ud i kommunen.
- Kontinuerligt fokus på at få flere indrapporteringer fra hospitalet til kommuner og praksis.
- Involvering af patienter/pårørende i overgange. - Kan vi gøre det bedre i 2015?

## **Psykiatri- og Socialområdet i Region Midtjylland**

### *Læring og forandring*

Der er i 2014 gennemført en aggregeret analyse af alle hændelser rapporteret til psykiatrien fra en anden sektor - 35 hændelser i alt i 2013. Medicineringshændelser udgør den største kategori (16), efterfulgt af kommunikationsbrud (9) og kontinuitetsbrud (5). Viden og læring fra analysen er bragt med ind i forberedelsen til udarbejdelsen af sundhedsaftalerne for 2015 – 2018.

Der er i psykiatrien gennemført en dybdegående analyse af en tværsektoriel hændelse vedrørende afklaring af indlæggelsessted for patient med komplekst behandlingsforløb. Læring fra hændelsen og analysen resulterede bl.a. i revision af retningslinjer for akutte indlæggelser i psykiatrien, samt etablering af en arbejdsgruppe til analyse af behandling og rehabilitering af patienter med svær spiseforstyrrelse. Arbejdsgruppen omfatter somatikken, praksiskoordinator, kommunerne, psykiatrien m.fl.

I samarbejde mellem psykiatrien og socialområdet er der gennemført dybdegående analyser af to hændelser, hvor beboere på socialpsykiatriske bosteder gjorde skade på henholdsvis en medbeboer og sig selv. Begge beboere, som havde komplekse problemstillinger, var samtidig patienter i psykiatrien og var kendte for at udgøre en sikkerhedsrisiko. Analyseresultaterne er blevet anvendt i udarbejdelsen af konkrete samarbejdsaftaler mellem de enkelte regionale socialpsykiatriske bosteder og de relevante psykiatriske afdelinger.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Det regionale sociale område og psykiatrien dækker hele regionen og er derfor ikke tilknyttet en bestemt klynge, men hører principielt til i alle klynger. Der deltages i klyngemøderne efter behov og der eksisterer i øvrigt et godt bilateralt ad-hoc samarbejde mellem risikomanagere i det regionale sociale område og psykiatrien og risikomanagerne i de øvrige sektorer. En repræsentant for Regionspsykiatrien Vest indgår desuden fast i Vestklyngens samarbejdsgruppe for patientsikkerhed.

Psykiatrien og det regionale sociale område indgår i et tæt og løbende samarbejde, dels fordi de to områder indgår i den samme organisation og dels fordi der er mange beboere på socialpsykiatriske bosteder, som har komplekse problemstillinger og som samtidig modtager behandling i behandlingspsykiatrien.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2015*

Tværsektorielle hændelser monitoreres og aggregeres kvartalsvis med henblik på at afdække mønstre og tendenser. Der oprettes i DPSD (TSN-mappen) rapportskabelon over hændelser rapporteret til psykiatrien og det regionale sociale område fra andre sektorer og opsættes planer i DPSD, som månedligt sender rapporter over hændelser rapporteret i de forskellige sektorer. Hensigten er at give et indblik i, hvilke hændelser egen sektor rapporterer til de øvrige sektorer.

# Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange og patientsikkerhedsklyngerne er indskrevet i den nye Sundhedsaftale.

Det er dog ikke tydeligt beskrevet, hvordan netværkets viden og erfaringer skal viderebringes til temagrupperne. Håbet er, at eksemplerne i denne rapport kan bidrage til at synliggøre de betydningsfulde problemstillinger som netværket får kendskab til gennem UTH-analyserne, men netværket ønsker tillige en mere direkte kontakt til temagrupperne.

Netværket har iværksat en analyse af de fokuserede rapporteringer om FMK, og det er netværkets forhåbning, at analysen kan bidrage til implementeringen af FMK på hospitalerne, så den alvorlige sikkerhedsbrist, der er i fejlbehæftede medicinlister forhåbentligt snart kan reduceres betragteligt.

Klyngerne spiller en vigtig rolle i at udtænke nye løsninger og afprøve dem. Det tilstræbes at sprede erfaringerne mellem klyngerne på netværksmøderne, men det er også vigtigt at sikre, at der sker et tæt samarbejde med de øvrige tværsektorielle tiltag, der er i gang eller planlægges. Igen er det vigtig med tæt kontakt til temagrupperne.

Netværket opfordrer til, at det afklares, hvordan netværkets viden og erfaringer tænkes ind i temagruppernes arbejde.

Der er forsat behov for flere rapporteringer mellem sektorerne. Der sker mange fejl og selvom fejlene er velkendte for personalet i dagligdagen, er det vigtigt, at de rapporteres, så der også kan komme et mere overordnet organisatorisk fokus på problemstillingerne.

Der opfordres derfor endnu en gang til at sætte øget fokus på rapportering af tværsektorielle hændelser.

