

Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange

Årsrapport 2015



Titel:

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange.
Årsrapport 2015

© Region Midtjylland. Koncern Kvalitet. Strategisk Kvalitet.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet April 2016

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.sundhedsaftalen.rm.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning	4
Indledning	8
Sektorovergangshændelser i 2015	9
Definitioner	9
Hvilke problemstillinger kan identificeres i sektorovergangene?	10
Prøver, undersøgelser og prøvesvar (samt patientidentifikation)	11
Medicinering herunder væsker.....	12
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	13
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister.....	15
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	16
Behandling og Pleje.....	17
Fordeling af hændelser på sektorer	20
Hvem rapporterer om hvem eller er involveret i hændelserne?	21
Fordeling på alvorlighedsgrader og hvortil rapporteres hændelser med en patientskade?.....	23
Fokus i det Tværsektorielle netværk i 2015	25
Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk	28
Aarhusklyngen.....	28
Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet i 2015 .	28
Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"	29
Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016	29
Midtklyngen	30
Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet	30
Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"	31
Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016	31
Randersklyngen.....	32
Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet i 2015 .	32
Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"	32
Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016	33
Horsensklyngen	34
Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet	34
Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"	34
Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016	35
Vestklyngen	36
Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet	36
Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"	36
Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016	37
Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed.....	38

Sammenfatning

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN) er veletableret, og der er godt styr på sagsbehandlingen og samarbejdet omkring de tværsektorielle utilsigtede hændelser, der er forankret i klyngerne. Overgange imellem sektorerne er forsat en af de store udfordringer i patientsikkerhedsarbejdet, og der er forsat et stort behov for, at de tværsektorielle hændelser bliver rapporteret og analyseret. Gennem analyserne 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.

TSN - Netværkets fokusområder

På netværkets møder diskuteres primært overordnede nationale og regionale emner. Bl.a. har *Rigsrevisionens undersøgelse af Patientombuddet* og *DPSD-kurser for kommunale sagsbehandlere* været drøftet. Netværkets rolle i forhold til den nye Sundhedsaftale, har også været et emne. Denne drøftelse vil fortsætte i 2016.

Der tages også konkrete problemstillinger op, som kræver et større arbejde at få klarlagt. Eksempler herpå er drøftelse af problematikker omkring *Risikosituationslægemidler* og *Fælles Medicinkort (FMK)*. Fokus på enkelte områder giver oftest de bedste resultater. Derfor har netværket som noget nyt i 2015 valgt at fokusere på *kommunikation ved udskrivelser*. Fokusområdet skal der arbejdes videre med i 2016. Der blev på novembermødet identificeret en række problemstillinger på området, der efterfølgende er grupperet indenfor 4 hovedområder:

- Indholdet i Kommunikation til egen læge, kommune og patient/pårørende, herunder epikriser og udskrivelserapporter:
Den information, der videregives til henholdsvis egen læge, kommune og patient/pårørende kan være meget forskelligartet. Det er i mange sammenhænge uheldigt, hvis alle skal samarbejde om at sikre patientens videre pleje og behandling.
- Elektronisk kommunikation:
Der opstår mange problemstillinger i den elektroniske kommunikation mellem de mange forskelligartede systemer, der benyttes i regionen, kommunerne og almen praksis. Ét eksempel er, at den enstrengede kommunikation gennem fælles brug af FMK ikke kan ske fuldt ud, f.eks. p.g.a. nødvendig brug af medicinmodulet i EPJ ved indlæggelse og udskrivelse med risiko for fejl og mangler i medicinafstemning. Et andet eksempel er, at kommunerne ikke modtager udskrivelserapporter ved akut ambulante forløb, selv om behovet for kommunikation er der, hvis patientens medicin, funktionsniveau eller behov for behandling og pleje er forandret.
- Tjeklister ved udskrivelse:

Tjeklister kan sikre, at stafetten gives videre ved udskrivelse, da mange elementer skal koordineres. Det gælder f.eks. vedr. medicin, genoptræningsplaner, bestilling af hjælpemidler og beskrivelse af patientens funktionsniveau og plejebehov.

- Mundtlig kommunikation og ISBAR¹:
Der er behov for opmærksomhed på, at der ikke altid tales et fælles sprog på tværs af sektorerne. Blandt andet benyttes forskellige kommunikations- og scoringsredskaber, f.eks. TOKS (Tidlig opsporing af kritisk sygdom) på hospitalerne og TOBS (Tidlig opsporing af begyndende sygdom) i kommunerne. ISBAR er et vigtigt redskab, når der skal kommunikeres omkring problemstillinger.

Analyse af UTH og tværgående problemstillinger i 2015

Der blev i 2015 rapporteret 2307 hændelser med relation til sektorovergange, hvilket er nogenlunde samme antal hændelser som i 2014 (2382 hændelser). Det er bekymrende, at antallet af rapporterede hændelser med relation til sektorovergange ser ud til at stagnere, da der fortsat er behov for yderligere viden om, hvad der går galt i sektorovergangene.

Antallet af sektorovergangshændelser:

Kommunerne modtager fortsat meget få rapporteringer fra de andre sektorer. Samlet set har kommunerne kun modtaget 184 hændelser i 2015. Det er mindre end 10 til hver kommune. De fleste af hændelserne er rapporteret af hospitalerne, hvor der er rapporteret 124 hændelser i 2015 mod 77 hændelser i 2014. Det er en stigning, men antallet afspejler ikke det reelle antal hændelser, der opleves i den kliniske hverdag. Der er derfor fortsat stor brug for at øge antallet af rapporteringer fra hospitalerne til kommunerne.

Interessant er det imidlertid, at de hændelser, der rapporteres fra hospital til kommune gennemsnitligt har en ret høj alvorlighedsgrad. Det kunne tyde på, at hospitalerne oftere vælger at rapportere en hændelse til kommunerne, når den skønnes at *kunne være* eller *faktuelt er* alvorlig for patienten.

Identificerede problemstillinger i sektorovergange (og løsningsforslag):

Der er set nærmere på de typer af hændelser, der rapporteres mange af og/eller, hvor der ofte rapporteres en patientskade. I den forbindelse har klyngerne bidraget med beskrivelser af gennemførte dyberegående analyser og cases, der illustrerer de problemstillinger, der rapporteres om. I nogle tilfælde er beskrivelserne ledsaget af

¹ ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på særligt ved sektorovergange og er en forkortelse, der står for: I - Identificer dig selv og patienten, S - Beskriv situationen, B - Beskriv baggrunden kort, A - giv din analyse af situationen og R - giv eller få et råd om problemet.

kommentarer vedr. analyse, læring og handleplaner. Mange af eksemplerne er indsat i afsnittet: *Hvilke problemstillinger kan identificeres i sektorovergange?*

Emnerne er følgende:

- Prøver, undersøgelser og prøvesvar (kombineret med problematikker omkring *patientidentifikation*)
- Medicinering herunder væsker.
- Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister.
- Overlevering af information, ansvar og dokumentation.
- Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation.
- Behandling og pleje.

Patientsikkerhedsgrupperne i klyngerne

Foruden et godt samarbejde om de enkelte hændelser, er der sket en god udvikling af arbejdet i patientsikkerhedsklyngerne² i 2015. I klyngerne deles og drøftes enkelt-hændelser, men der arbejdes også proaktivt med større problemområder.

Der er forsat forskel på, hvordan de 5 klynger har organiseret sig, og hvordan der arbejdes i klyngerne.

Flere af klyngerne har øget mødekadencen i 2015 for at styrke det proaktive arbejde. Patientsikkerhedsarbejdet er meget mere end blot utilsigtede hændelser. Derfor giver det oftest ikke mening "kun" at snakke om UTH i klyngerne. Viden fra UTH'erne skal derimod tænkes ind i det øvrige tværsektorielle samarbejde, hvilket alle patientsikkerhedsklyngerne er meget bevidste om. Der er i patientsikkerhedsklyngerne fokus på, at den viden, der kommer ud af de tværsektorielle UTH'er også bruges i de andre lokale klyngegrupper under sundhedsaftalen.

Det tværsektorielle samarbejde er komplekst, og det kræver mange indsatser og stort fokus for at øge patientsikkerheden på det tværsektorielle område.

Patientsikkerhedsklyngerne tager alle tværsektorielle emner op, men der er tre emner som kræver en særlig indsats, nemlig *Udskrivelser fra hospitalet, Kommunikation og Fejl i medicin ved udskrivelse*.

Klyngernes fokus på kommunikation ved udskrivelser

I én klynge arbejdes der meget med tjeklister, der kan hjælpe med at holde overblik i de ofte komplekse udskrivelser. I en anden klynge er der på en medicinsk afdeling ansat en sygeplejerske til at koordinere alle udskrivelser. En tredje klynge har en kommunal chef til at sidde i administrationen på hospitalet.

² 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.

I én klynge har man drøftet korrespondancer og kommunikation ved udskrivelser, og deltaget på personalemøder på hospitalet for at udbrede kendskabet til Sundhedsaftalen. I en anden klynge har man identificeret, at der sendes flere irrelevante advis'er til kommunerne, og nogle gange sendes samme avis flere gange. Meget af kommunikationen ved udskrivelsen handler om medicin. FMK skal med tiden gerne gøre denne kommunikation lettere, men der er endnu store udfordringer med at få styr på medicinen ved udskrivelsen, hvorfor det er et selvstændigt fokusområde, som alle klyngerne arbejder aktivt med.

Fejl i medicin ved udskrivelser

Kommunerne har taget Fælles Medicinkort (FMK) i brug i løbet af 2015. Der har heldigvis ikke været mange tekniske problemer med kommunernes tilkobling til FMK, men det har betydet forandringer i arbejdsgangene i alle sektorer, da kommunerne ikke selv kan rette ordinationer i FMK, som de kunne i deres tidligere medicinsystem.

En anden udfordring er kvaliteten af ajourføringen af medicinlisterne i FMK. Her er der eksempelvis forsat udfordringer med, at FMK, medicinliste m.m. ikke stemmer overens samt at der mangler begrundelser eller kommunikation om de medicinændringer, der er foretaget under indlæggelse. Ofte bliver både kommune, hospital, egen læge og apotek involveret, når der skal udredes, hvordan den korrekte medicinliste skal se ud.

Det kræver et vedvarende fokus, at få et så stort komplekst tværsektorielt IT-projekt til at virke efter hensigten. Derfor bidrager klyngerne med viden om UTH'er, hvor FMK er involveret. UTH'erne bruges aktivt af den Tværsektorielle FMK-styregruppe i udviklingen af både system og samarbejde.

Nye påbegyndte indsatser i 2015:

Én klynge har taget fat på drøftelsen af kulturen omkring rapportering af de tværsektorielle hændelser. Der tales om:

1. Rapporteringskulturen – får vi overhovedet rapporteret?
2. Tonen i rapporterne – holder man sig til hændelsen, eller bliver rapporteringen mere en anklage mod den involverede part?

Én klynge er gået i gang med et idékatalog over udfordringer og løsninger. Idékataloget dækker over områder, der vil kunne fremme det gode samarbejde og de smidige og sikre overgange mellem sektorerne. Kataloget er påbegyndt i 2015 og der arbejdes videre med områderne i 2016.

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, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland og en kommunal medformand: Risikomanager Mette Bredsgaard, Viborg Kommune. Koncernkvalitet sekretariatsbetjener netværket.

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN-netværket) har i 2015 afholdt 2 halvdagsmøder.

Denne rapport er TSN-netværkets femte 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 og februar 2016. Bidragsyderne har leveret dels kvalitative beskrivelser af deres arbejde i 2015, dels trukket tal og beskrivelser af utilsigtede hændelser fra DPSD til belysning af de rapporterede hændelser i sektorovergangene. Koncern Kvalitet har analyseret tallene og kvalitative hændelsesbeskrivelser med henblik på at beskrive mønstre og tendenser i sektorovergangshændelserne i Region Midtjylland og de tilhørende 19 kommuner. Hospitaler og kommuner har indsendt analyser og cases til illustration af problemområder.

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 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 sektorer.

Sektorovergangshændelser i 2015

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* har aldrig ligget helt fast, men har ofte været diskuteret både nationalt og regionalt. I sundhedsaftalerne for Region Midtjylland 2011-2014 er beskrevet to *typer* af hændelser med relation til sektorovergange. Den ene type beskriver det som mange er enige om 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 vægt på læringsperspektivet for parterne/sektorerne, men det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt det kun er én af parterne, der kan opnå læring af en opstået utilsigtet hændelse. Der er 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 hændelserne samlet under betegnelsen *sektorovergangshændelser*. Tallene i årsrapporten inkluderer derfor både hændelser markeret som *tværsektorielle* og *andet opdagelsessted* i patientsikkerhedsdatabasen.

I 2015 er der 2307 afsluttede hændelser. Tallene præsenteres nærmere i afsnittet: *”Fordeling af hændelser på sektorer”* senere i rapporten.

Hvilke problemstillinger kan identificeres i sektorovergangene?

Utilsigtede hændelser er ikke statistik, da vi ikke kender det totale antal utilsigtede hændelser, der sker. Alligevel må det give god mening at fokusere på de problemstillinger, der ofte rapporteres om i sektorovergange. Det gælder særligt, hvis de samme hændelser ofte giver anledning til en patientskade, da vi her får kendskab til en særlig risiko for patienterne. Vi kan kun fokusere og handle på det vi får kendskab til gennem rapporteringer af UTH (og andre undersøgelser af praksis) og ikke et ukendt mørketal.

Tabel 1 viser fordelingen af hændelser på hændelsestyper, der er identificeret ved analyse af det samlede antal hændelser relateret til sektorovergang for 2015. De hyppigst rapporterede hændelser er markeret med henholdsvis orange og gult. Disse er i rækkefølge:

- Prøver, undersøgelser og prøvesvar. (26,7 %)
- Medicinering herunder væsker. (26,3 %)
- Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister. (14,8 %)
- Overlevering af information, ansvar og dokumentation. (11,9 %)

Det er de samme 4 hændelsestyper, der forekommer hyppigst i 2015 som i de foregående år.

Tabel 1

DPSD-klassifikation af afsluttede sager i 2015		
Hændelsestyper (Afsluttede sager: 2307)	Antal sager	%-fordeling
Ingen hændelsestype angivet	5	0,2%
Anden utilsigtet hændelse	53	2,3%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	1	0,0%
Behandling og Pleje	88	3,8%
Blod og blodprodukter	1	0,0%
Gasser og luft	2	0,1%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	342	14,8%
Infektioner	7	0,3%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	36	1,6%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	2	0,1%
Medicinering herunder væsker	606	26,3%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	12	0,5%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	274	11,9%
Patientidentifikation	112	4,9%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	4	0,2%
Præhospital behandling	8	0,3%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	615	26,7%
Selvskaade og selvmord	5	0,2%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	128	5,5%
Teknisk disponering	6	0,3%
Totalt antal hændelser	2.307	100,0%

Tre andre kategorier er markeret med **lysegult** i tabel 1 og tilsvarende uddybet nærmere af forskellige grunde:

- Patientidentifikation (**4,9 %**), da hændelserne er relevante i forbindelse med "prøver, undersøgelser og prøvesvar".
- Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation (**5,5 %**), da andelen af patientskader er høj i denne kategori (50 ud af 128 hændelser)
- Behandling og pleje (**3,8 %**), da andelen af patientskader er høj i denne kategori (46 ud af 88 hændelser)

Problemstillingerne er uddybet nærmere i de følgende afsnit og illustreret ved indsættelse af cases. De hyppigst forekommende *hændelsestyper* og *problemstillinger* er indsat i små tabeller og kombineret med forekomsten af patientskader³ i kategorierne.

Med henblik på at illustrere de problematikker, der opleves samt evt. iværksatte handleplaner og mulige løsninger har klyngerne og de enkelte kommuner og hospitaler m.v. bidraget med:

- Eksempler på baggrund af dyberegående analyser af UTH, der er gennemført i 2015.
- Andre casebeskrivelser af konkrete UTH relateret til de rapporterede problemstillinger i sektorovergange i 2015.

Hændelserne er i nogle tilfælde ledsaget af kommentarer vedr. analyse, læring og handleplaner.

Prøver, undersøgelser og prøvesvar (samt patientidentifikation)

Der rapporteres flest hændelser vedr. prøver, undersøgelser og prøvesvar, men andelen af patienter, der skades er lav (10,6 %). Det store antal hændelser skyldes, at flere parakliniske afdelinger rapporterer *alle fejl i mærkning og håndtering* af prøver, der indsendes til analyse. Det handler hovedsageligt om prøver taget i almen praksis, men kan også vedrøre afdelinger på hospitalerne. Hændelserne markeres ofte som *moderate*, hvis f.eks. forkert eller manglende mærkning betyder, at en prøve skal tages om, fordi patienten ikke kan identificeres, da det må betragtes som *øget behandling af patienten*⁴.

³ Hændelser med en *patientskade* defineres som antallet af moderate, alvorlige og dødelige hændelser, der er karakteriseret ved, at hændelsen som minimum gav anledning til en *øget behandling* af patienten. Det kan f.eks. være, at der skal ordineres mere medicin eller at patienten var indlagt nogle ekstra dage.

⁴ Moderate hændelser er karakteriseret ved, at der skete en skade på patienten, der resulterede i *øget behandling*, men uden, at tilstanden var livstruende eller gav varig skade på patienten.

Hændelsestype	Problemstilling ⁵	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	Mærkning	276	5
	Håndtering/behandling af prøvemateriale	180	17
	Undersøgelse/Prøvetagning	75	23
	Øvrige	84	20
Totalt - Prøver, undersøgelser og prøvesvar		615	65

Mange af de 112 hændelser vedrørende *patientidentifikation* (jf. tabel 1 ovenfor), handler tilsvarende om manglende mulighed for identifikation af patienter pga. fejl i mærkning af en indsendt prøve eller lignende problemstillinger.

Case – Svar på celleprøve til forkert patient:

En kvinde henvender sig telefonisk til Afdeling for Folkeundersøgelser (AF) og oplyser, at hun har modtaget et brev med svar på en celleprøve for livmoderhalskræft. Hun er imidlertid ikke blevet undersøgt for livmoderhalskræft den pågældende dato, som fremgår af brevet. Egen læge bekræfter, at kvinden har været i konsultationen den pågældende dato og ikke blev undersøgt for livmoderhalskræft. Det er en anden kvinde, der har fået foretaget undersøgelsen for livmoderhalskræft og som prøven formentlig tilhører. Det antages, at der er sat forkert label på prøveglasset.

Opfølgning:

Praksis opfordres til at indkalde den kvinde, hvis prøve ikke er blevet mærket korrekt, til ny prøvetagning. Prøvesvaret vil så være forsinket i det tidsrum, der går, før der foreligger svar på en ny prøve.

Medicinering herunder væsker

Der rapporteres mange hændelser vedr. medicinering i sektorovergange. Andelen af patientskader er også her relativt lav (14,4 %). Ofte er det hændelser, hvor problemet opstår i den ene sektor og har konsekvenser i en anden sektor.

⁵ I patientsikkerhedsdatabasen kategoriseres hændelserne under en *hændelsestype* og en underliggende *proces* (samt et "problem"). I årsrapporten oversættes "proces" til *problemstilling*. F.eks. kan *hændelsestyper* under "Behandling og Pleje" handle om *problemstillinger* i forbindelse med: "Opsporing (diagnostik) og forebyggelse".

Hovedgruppe	Problemstilling	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Medicinering herunder væsker	Ordination, receptkontrol	293	39
	Dispensering (Dosering, optælling, blanding)	137	21
	Administration (Udlevering, indgift, indtagelse)	83	17
	Øvrige	93	10
Totalt - Medicinering herunder væsker		606	87

Ordinationsproblematikker fylder meget, hvilket formentlig hænger sammen med, at kommunerne har taget FMK i brug i 2015. Hændelserne kan f.eks. handle om, at en fejlordination på hospitalet betyder, at en borger får forkert medicin i kommunen. Tilsvarende kan det formodes, at en del problematikker omkring dosering og administration har en sammenhæng hermed.

Case – Fejlordination fortsætter gennem flere sektorer:

53 årig kvinde indlægges til udredning for en mave-tarm lidelse. Patienten er alment svækket og har på kort tid tabt 20 kg. Patienten vil ikke have sonde og gives derfor i stedet ernæring direkte i blodbanen (parenteral). Ved udskrivelsen ordineres 50 % glucoseinfusion. Apoteket undrer sig over ordinationen, men får telefonisk kontakt til en sygeplejerske i afdelingen, der bekræfter ordinationen.

Patienten ses herefter 2 gange i ambulatoriet, hvor der observeres vand i kroppen, som behandles.

Patienten bliver tiltagende dårlig på aflastningshjemmet, må indlægges og får konstateret sukkersyge, som der opstartes behandling for. Da patienten kommer tilbage til aflastningshjemmet observerer sygeplejersken, at patienten bliver dårlig ifm. ernæring, og konstaterer, at patienten fejlagtigt har fået 50% glucose i stedet for 5% glucose. Altså har patienten været i kontakt med medicinsk sengeafsnit, medicinsk dagafsnit, akut medicinsk modtageafsnit og aflastningshjemmet samt flere læger og sygeplejersker, uden at fejlen er blevet opdaget.

Opfølgning:

Efterfølgende er 50% glucose blevet fjernet fra standardlisten i medicinmodulet på hospitalet. Det er aftalt, at apoteket skal tale med en læge ved tvivlsspørgsmål. Kommunens personale må kun administrere isotone væsker, de skal kontakte hospitalet, hvis andet er sendt med patienten.

Overlevering af information, ansvar, dokumentation

En del hændelser handler om overlevering af information og ansvaret for patienter. Hændelserne omfatter også tilfælde, hvor der ikke er dokumenteret korrekt eller rettidigt. Andelen af patientskader på området i relation til sektorovergange er ca. ¼-del (24,8 %).

Hovedgruppe	Problemstilling	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	Information/ Dokumentation	90	16
	Udskrivning, udflytning	80	26
	Indlæggelse, indflytning, overflytning	37	13
	Øvrige	67	13
Totalt - Overlevering af information, ansvar, dokumentation		274	68

Hændelserne vedrører både indlæggelser, overflytninger og udskrivelse. Hyppigst rapporteres problematikker omkring forsinkelse eller mangler i kommunikation og dokumentation. Men problemstillingerne er også nogle gange af teknisk art eller vedrører arbejdsgange omkring afsendelse og modtagelse af informationer.

Case:

I korrespondancebrev til kommunen skrives, at det vil være relevant med et hjemmebesøg samt oplysninger om behov for hjælpemidler. Dette korrespondancebrev får kategorien: "Opfølgende hjemmebesøg", hvilket gør, at der ikke bliver reageret på korrespondancebrevet med det samme. Dagen før planlagt udskrivelse kontakter terapeut på sygehuset den kommunale terapeut ift opfølgning på hjemmebesøget samt hjælpemidler. Korrespondancebrevet er sendt med forkert kategori og derfor har kommunen ikke handlet på dette. Udskrivelsen bliver udsat et døgn, da der skal foretages hjemmebesøg samt leveres hjælpemidler. Konsekvenser for patienten er, at hun bliver utryk ved situationen ift. om der er styr på de hjemlige forhold.

Opfølgning:

1. Vigtigt at bruge de rigtige "adresser" til kommunerne.
2. Vi vil henstille til kommunerne, at de også videresender korrespondancebreve, der evt. er kommet det forkerte sted hen i første omgang.
3. Om der i Kategorien: "Hjælpemidler" under "Indhold" kunne tilføjes ønsker om hjemmebesøg.

Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister

Denne gruppe af hændelser handler tilsvarende om overleveringssituationer m.v., men har f.eks. specifikt fokus på henvisninger og visitationer samt medicinafstemning. Andelen af patientskader i de rapporterede hændelser i gruppen er ca. 1/5-del (19,3 %).

I forbindelse med henvisninger og visitationer, kan det f.eks. handle om indholdet i en henvisning eller at den ikke er sendt eller modtaget. Det kan også være, at der ikke sendes en indkaldelse rettidigt efter modtagelse af en henvisning. I nogle tilfælde handler problemerne om, at en henvisning overses, fordi de ligger på en forkert liste i en afdeling. Her kan der dog også opstå fejl, fordi afsenderen har sendt til en forkert afdeling.

Hovedgruppe	Problemstilling	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	Medicinafstemning	114	13
	Udskrivning, Udflytning	107	24
	Henvisning/ visitation	91	15
	Øvrige	30	14
Totalt - Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister		342	66

FMK-problematikker optræder og rapporteres hyppigt, fordi kommunerne nu er meget afhængige af, at FMK er afstemt rettidigt og korrekt. Det kan både handle om tekniske problemer, brugerfejl og manglende medicinafstemning, herunder uoverensstemmelse mellem FMK og de beskeder, der i øvrigt tilgår kommunen ved udskrivelse fra hospitalet.

Case – Uklarhed omkring rette ordination og videre opfølgning:

Der er ved udskrivelse medsendt ufuldstændigt medicinskema. Det medsendte stemmer overens med FMK, men der er tilføjet rettelser med kuglepen. Marevan 2,5 mg står beskrevet som "ifølge skriftlig anvisning" og i epikrisen står "Marevan medsendt t.o.m. 19/9. Det er altså uklart, om patient skal fortsætte med medicinen herefter eller om der skal være opfølgning ved egen læge. Der er også lavet kuglepensændringer på andre præparater.

Opfølgning:

Hændelsen har været drøftet på et personalemøde med fokus på, at medicinen skal være afstemt og godkendt i FMK ved udskrivelse.

Case – Fast ordination vs. "efter skema" i FMK

Hjemmeplejen medgiver patienten et brev, hvoraf det fremgår, at vedkommende ikke har fået sin marevan (men kun fragmin) siden udskrivelsen, da man ikke har kunnet finde marevan ordineret i FMK (fremgik af epikrise). Patienten har tidligere på ugen været ved praktiserende læge og har fået målt INR, men ikke fået ordineret marevan, da de ikke kan finde ordinationen i FMK.

Det viser sig, at hospitalet har ordineret marevan som fast ordination (med udløbsdato) i stedet for 'efter skema'. Dette resulterede i fejlen.

Opfølgning:

Afsnitsledende overlæge har taget hændelsen op med de øvrige læger og der er igen undervist i funktionaliteten "marevan efter skema". Der skete ikke noget med patienten.

Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation

Når der rapporteres UTH vedr. sundhedsfaglige visitationer handler det ofte om vurdering og kommunikation i alvorlige situationer. Der rapporteres ikke mange hændelser på området, men andelen af patientskader er høj (39,1 %) p.g.a. karakteren af de situationer som gruppen af hændelser omhandler.

Hovedgruppe	Problemstilling	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	Vurdering	76	34
	Kommunikation	42	10
	Øvrige	10	6
Totalt - Sundhedsfaglige visitation, telefonkonsultation		128	50

Ofte er der tale om akutte patienter, der visiteres fra vagtlægen og transporteres af præhospitalet. Det kan dog også handle om overflytninger mellem to hospitaler, hvor der f.eks. opstår problemer i kommunikationen i overleveringssituationen mellem præhospital og hospital. Et område, der også tidligere har haft særligt fokus er visitation og behandling af apopleksipatienter.

Case – Visitation af apopleksipatient

Patient ringer til vagtlægen og beskriver synspåvirkning og talebesvær. Vagtlægen siger, at det kan dreje sig om en blodprop. Patienten visiteres herefter til vagtlægen i Randers, hvor han venter 1,5 time før han tilses af en læge. Herefter overflyttes patienten akut til trombolyseseenheden i Århus, hvor han modtager trombolysesebehandling på baggrund af en MR-scanning påvist iskæmisk apopleksi. Patienten har forsat moderate mén i form af manglende overblik og afasi.

Opfølgning

Ved mistanke om apopleksi skal pt. konfereres med neurologisk vagthavende/trombolysesevagt, så der kan tages stilling til evt. modtagelse af patienten som trombolyssekandidat.

Behandling og Pleje

Kun et fåtal af hændelserne handler om behandling og pleje af patienter i sektorovergange, men andelen af patientskader er høj, idet mere end halvdelen af rapporteringerne vurderes at have givet en patientskade (52,3 %). Nogle af problemstillingerne er dog også næsten altid forbundet med en patientskade, f.eks. når der opstår tryksår.

Hovedgruppe	Problemstilling	Totalt antal	Moderat/ alvorlig/ dødelig
Behandling og Pleje	Opsporing (diagnostik) og forebyggelse	25	11
	Tryksår	18	14
	Observation	12	7
	Øvrige	33	14
Totalt - Behandling og Pleje		88	46

I relation til tryksår har der de senere år været iværksat landsdækkende indsatser på alle hospitaler (Patientsikkert Sygehus), hvor tryksårspakken skulle sikre, at man fik elimineret forekomsten af tryksår på hospitalerne. Det må konstateres, at målsætningen ikke er nået endnu. Der er tilsvarende igangsat projekter i nogle kommuner på tværs af landet. Projektet hedder: "I sikre hænder", hvor bl.a. Viborg Kommune i Region Midtjylland arbejder med en tryksårspakke.

Case - Tryksår opstår under indlæggelse:

Tidligere rask mand indlægges akut med venstresidig lammelse i benet. Under indlæggelsen laves flere gange trykskadescreening, der i starten vurderes som middelhøj risiko, og senere som lav risiko. Der er på ét tidspunkt konstateret en varm og rød hæl, uden at der er handlet derpå. Efter 4 ugers indlæggelse ses tryksår på begge fødder, der heler dårligt, sårambulatoriet inddrages. Patienten skal videre til genoptræning, men må p.g.a. ventetid tilbringe 10 dage på et aflastningshjem. Udskrivelsen sker en fredag, hvor de fornødne hjælpemidler ikke var nået frem. Der var utilstrækkelig kommunikation om sårene til både aflastningshjem og genoptræningscenter.

Ved ankomst til genoptræningscenteret har patienten udviklet et voldsomt tryksår, og der er risiko for at benet må amputeres.

Opfølgning:

Casen er blevet brugt som læringscase i alle relevante faglige fora mhp. at alle kender deres rolle i forebyggelse og behandling af tryksår.

Man vil undersøge sammenhænge og anvendelsespraksis af de to screeningsredskaber vedr. tryksår, der anvendes i hhv. hospital og primærsektor.

Vedr. Opsporing (diagnostik) og forebyggelse er problemstillingerne mangeartede, men handler f.eks. om, at én sektor opdager, at der ikke er iværksat sufficient undersøgelse og udredning. Det samme gør sig gældende ved observationer af problemstillinger hos patienter, hvor der f.eks. ikke er iværksat undersøgelser på baggrund af overleverede observationer og symptomer hos patienten. Det kan dog også handle om, at der ikke er modtaget relevante oplysninger om patienten på hospitalet, hvilket resulterer i, at patienten ikke udredes og undersøges optimalt. Denne type af problemstillinger fører bl.a. til genindlæggelse af patienter.

Case - U hensigtsmæssigt patientforløb hos en patient med spiseproblemer

En patient med et meget langvarigt kompliceret indlæggelsesforløb får problemer med fejlsynkning og indtagelse af fast føde. Under indlæggelsesforløbet konstateres, at patienten ikke kan indtage klar væske på grund af aspirationsrisiko. Patienten får anlagt en PEG-sonde til sondeernæring. Herefter laves vandtest, hvor der ikke høres tegn til fejlsynkning og patienten begynder derfor at indtage vandtynde væsker. Patienten spiser lidt blød, ensartet mad og ønsker herefter selv at få sonden fjernet og spise selv.

Patienten udskrives til hjemmet. Den skriftlige dokumentation i journalen om patienten og hendes ernæringstilstand var ikke optimal og kunne ikke ses tværsektorielt. Det går dårligt med at spise og drikke og patienten genindlægges med pneumoni. Patienten har problemer med at spise og drikke, men oplever ikke selv, det er et problem. Patienten udskrives igen og får atter en pneumoni og behandles med antibiotika i hjemmet. Man når frem til anbefalinger om, at borgeren kun skal drikke væske med fortykningsmiddel. Det går herefter langsomt fremad med patienten.

Opfølgning:

1. Tværsektorielt møde mellem Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen på hospitalet og Neurocentret i kommunen med henblik på drøftelse og afklaring af indhold i GOP.
2. Fys- og ergoterapien på hospitalet har dysfagi som et af sine indsatsområder i 2016
3. Casebaseret drøftelse af vurdering og behandling af dysfagi i relevante fora i begge sektorer.

Fordeling af hændelser på sektorer

Tabel 1 herunder viser, at der i alt er behandlet og afsluttet 33.618 utilsigtede hændelser⁶ i Region Midtjylland og de tilhørende kommuner i 2015. Heraf er 2.307 hændelser relateret til en sektorovergang svarende til 6,9 % af det samlede antal behandlede hændelser.

Tabel 1

Afsluttede hændelser vs. Sektorovergangshændelser i 2015			
Lokation (hændelsessted)	Afsluttede hændelser	Heraf sektorovergange	Sektorovergange i %
Somatiske hospitaler	8.274	924	11,2%
Psykiatrien	801	75	9,4%
Regionale botilbud (Socialområdet)	1.313	6	0,5%
Præhospital og ambulancer	185	37	20,0%
Praksissektoren⁷	1.293	1.019	78,8%
Apoteker	102	68	66,7%
Kommuner	21.650	178	0,8%
Hele Region Midtjylland inkl. kommuner	33.618	2.307	6,9%

Nogle sektorer modtager mange sektorovergangshændelser, mens andre modtager få. F.eks. er det alene 0,8 % af de hændelser som kommunerne behandler, der involverer eller rapporteres fra andre sektorer. Samme tendens ses for de Regionale botilbud (0,5 %) som i deres opgavevaretagelse på mange måder ligner kommunerne meget. På de somatiske hospitaler er det 11,2 % af hændelserne, der er relateret til sektorovergange. Topscorerne er Apotekerne og Praksissektoren, hvor det er henholdsvis 2/3-dele og mere end 3/4-dele af hændelserne, der rapporteres fra eller involverer andre sektorer.

⁶ Alle data, der danner baggrund for de analyserede mønstre og tendenser i rapporten er på sager afsluttet i 2015, da alvorlighedsgraden og hændelsestypen først er endelig, når sagen er afsluttet.

⁷ Praksissektoren dækker hændelser fra almen praksis, speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer samt privatpraktiserende tandlæger og vagtlæger i Region Midtjylland.

Hvem rapporterer om hvem eller er involveret i hændelserne?

Tabel 2 viser, hvilke sektorovergange hændelserne drejer sig om, d.v.s. hvem der er involveret og/eller hvem der rapporterer om hvem. Antallet af sektorovergangshændelser i 2015 er 2.307 som Tabel 1 i foregående afsnit viste, men i nogle hændelser var der minimum 3 involverede parter. Derfor er tallet i tabel 2 lidt højere, fordi nogle hændelser tæller med 2 gange. F.eks. involverer nogle hændelser både hospital, kommune og almen praksis. Rapporteringerne sker hyppigst mellem somatiske hospitaler, praksisområdet og kommuner.

Tabel 2

Sektorovergange i 2015										
Lokation ⁹ (Hændelsessted)	Involveret Lokation ⁸ (opdagelsessted / involveret tværsektoriel part)									I alt
	Offentlige Sygehuse	Psykiatrien	Regionale botilbud	Præhospital og ambulancer	Praksissektoren	Apoteker	Privathospitaler og hospice	Kommuner	Anden ¹⁰ Region	
Somatiske Hospitaler	215	9	2	11	94	79	5	503	20	938
Psykiatrien	14	0	4	0	9	5	0	44	0	76
Regionale botilbud	0	3	0	0	1	0	0	2	0	6
Præhospital og ambulancer	29	2	0	0	3	0	0	3	2	39
Praksissektoren	679	35	5	42	7	67	1	175	11	1.022
Apoteker	2	3	1	0	3	0	1	57	1	68
Kommuner	124	7	0	1	35	12	1	3	3	186
I alt	1.063	59	12	54	152	163	8	787	37	2.335

Rapporteringer til og fra hospitalerne:

Aktuelt ved vi fortsat mest om, hvad der går galt i overgangene mellem hospitalerne og de andre sektorer, fordi der rapporteres flest sektorovergangshændelser hertil med det mest varierede udvalg af problemstillinger. Hospitalerne har behandlet 938 hændelser, der enten er opdaget i andre sektorer eller hvor de andre sektorer har

⁸ Kolonnerne viser, hvilken sektor, der har rapporteret/opdaget hændelsen eller er involveret tværsektoriel part.

⁹ Rækkerne viser, hvem hændelsen er rapporteret *til*. Lokationen (hændelsesstedet) er der, hvor den utilsigtede hændelse er opstået. Det er her sagen udredes og behandles. Hvis den rapporterende part (involveret lokation) har en reel andel i sagen, så er det hændelsesstedets pligt at inddrage denne i forbindelse med sagsbehandlingen.

¹⁰ 37 hændelser er rapporteret fra hospitaler eller kommuner i en *anden region*.

været involveret. Rapporteringerne involverer hovedsageligt andre hospitaler og kommunerne.

Det kunne se ud som hospitalerne også er bedst til at rapportere om de andre sektorer, men ud af de 679 hændelser rapporteret til praksisområdet, handler næsten 600 af sagerne om håndteringen af parakliniske prøver, jf. næste afsnit om rapporteringer til og fra praksissektoren.

Rapporteringerne i overgangene mellem to hospitaler (215 hændelser) er mere forskelligartede og nogle gange lidt mere komplekse. Det kan f.eks. handle om overflytning af patienter eller kommunikationsbrists. Det samme gælder rapporteringerne fra kommunerne (503 hændelser), der ofte handler om oplevede mangler i udskrivelsen af patienter.

Rapporteringer til og fra praksissektoren:

Rapporteringerne til praksissektoren udgør 1.022 hændelser, men som angivet i foregående afsnit, er ca. 600 af hændelserne rutinemæssigt rapporteret af de parakliniske afdelinger på hospitalerne, der har fokus på at rapportere alle fejlmærkede præparater og blodprøver fra almen praksis og speciallæger i regionen.

På praksisområdet generelt mangler der fortsat viden om, hvad der går galt i sektorovergangene. Praksisområdet har selv rapporteret (eller været involveret i) 152 hændelser, hvilket er meget få da f.eks. antallet af praktiserende lægeklinikker i Region Midtjylland ifølge sundhed.dk er ca. 400, hvor der ofte er tilknyttet mere end 1 læge. Tilsvarende er der mere end 150 speciallægeklinikker i Region Midtjylland.

Rapporteringer til og fra kommunerne:

I de tidligere årsrapporter blev efterspurgt flere rapporteringer til kommunerne fra de andre sektorer, da der mangler viden om, hvad der sker i overgangen mellem kommunerne og de øvrige sektorer. Det kan konstateres, at rapporteringen i 2015 er steget. Der er rapporteret 186 hændelser i 2015, hvilket svarer til en stigning på 40 % siden sidste år. Det er hovedsageligt hospitalerne, der rapporterer hændelserne (124 hændelser) efterfulgt af praksisområdet (35 hændelser). Men der mangler fortsat 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. Hospitalerne og almen praksis m.fl. opfordres derfor fortsat til at rapportere, når der f.eks. opleves mangler i overleveringen fra kommunen i forbindelse med en indlæggelse.

Kommunerne er fortsat bedst til at rapportere hændelser til de andre sektorer, når de oplever problemer i koordineringen f.eks. i forbindelse med udskrivelser fra hospitalet. Det er oftest hospitalet, som kommunerne rapporterer om (503 hændelser), men praksissektoren modtager også hændelser fra kommunerne (175 hændelser).

Fordeling på alvorlighedsgrader og hvortil rapporteres hændelser med en patientskade?

Alvorlighedsgraden angives som den *faktuelle skade* som patienten blev påført ved hændelsen. Men rapportørerne tager ofte den *potentielle skadevirkning* i betragtning. Sagsbehandlerne har dog pligt til at ændre alvorlighedsgraden, hvis rapportøren ikke har scoret hændelsen efter den faktuelle skadevirkning. Derfor medtages kun afsluttede sager i årsrapporten.

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

Tabel 3 viser fordelingen af hændelserne i sektorovergange på alvorlighedsgrader i 2015. Den procentuelle fordeling mellem alvorlighedsgraderne ændrer sig typisk ikke nævneværdigt fra år til år. Det er derfor normalt, at hændelserne fordeler sig på alvorlighedsgrader som det ses i Tabel 3.

Tabel 3

Alvorlighedsgraden af sektorovergangshændelser 2015 (Antal afsluttede sager: 2.307)					
Lokation	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig
Somatiske Hospitaler	486	215	188	33	2
Psykiatrien	43	19	8	0	5
Regionale botilbud	4	2	0	0	0
Præhospital og ambulancer	15	9	11	2	0
Praksissektoren	304	593	112	9	1
Apoteker	54	10	3	1	0
Kommuner	96	32	35	15	0
Alle sektorer	1.002	880	357	60	8
i %	43,4%	36,9%	15,0%	2,5%	0,3%

De moderate, alvorlige og dødelige hændelser er kendetegnet ved, at hændelsen *som minimum* gav anledning til en øget behandling af patienten, jf. billedet ovenfor. Derfor betegnes disse hændelser i årsrapporten som hændelser med en egentlig *patientskade*. Andelen af patientskader i de rapporterede hændelser i sektorovergange er samlet set 17,8 %. Det er disse hændelser, som hovedsageligt kommenteres i årsrapporten i dette afsnit og i de følgende afsnit, hvor der ses nærmere på problemstillingerne i de hændelser, der forekommer i sektorovergange.

Hospitalernes hændelser:

De rapporterede moderate, alvorlige og dødelige hændelser som helhed sker hovedsageligt på hospitalerne, hvilket nok ikke er 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. 24 % af sektorovergangshændelserne rapporteret til et hospital medførte en patientskade. For disse hændelser kan i øvrigt, ud fra bagvedliggende tal, konstateres:

- At de 2 dødelige hændelser er foregået eller rapporteret i overgangen mellem 2 hospitaler.
- At 24 % af de alvorlige hændelser og 27 % af de moderate hændelser er foregået eller rapporteret mellem to hospitaler.
- At det er kommunerne, der har rapporteret halvdelen af de alvorlige hændelser til hospitalerne og mere end halvdelen af de moderate hændelser.
- At praksisområdet har rapporteret eller er involveret i 21 % af de alvorlige hændelser til hospitalet.

Psykiatrien:

At der er flest dødelige hændelser i psykiatrien skyldes, at der arbejdes intensivt med de selvmord hos psykiatriske patienter, der forekommer her. Det gælder også, når andre sektorer er involveret eller opdager selvmordet. Her er 4 af de 5 hændelser rapporteret i overgangen mellem kommune og psykiatri.

Praksisområdet:

Det høje antal moderate hændelser i praksissektoren skyldes igen hovedsageligt rapportering af fejl i behandlingen af de parakliniske prøver. Hændelserne markeres som moderate, hvis f.eks. forkert eller manglende mærkning betyder, at en prøve skal tages om, da dette også må betragtes som øget behandling af patienten.

Kommunerne:

Det er værd at lægge mærke til, at der i de hændelser, der rapporteres til kommunerne er en forholdsvis høj andel af *patientskader*, dog ingen dødelige. 28 % af de hændelser, der rapporteres til kommunerne er markeret som en patientskade. De fleste af hændelserne er rapporteret fra et hospital, hvilket kunne tyde på, at hospitalerne oftere vælger at rapportere en hændelse til kommunerne, når den skønnes at *kunne være* eller *faktuelt er* alvorlig for patienten.

Fokus i det Tværsektorielle netværk i 2015

På netværkets to møder i 2015 er netværkets rolle i forhold til den nye Sundhedsaftale blevet drøftet. Det har været vigtigt for netværket at sikre, at netværkets viden og erfaringer fra de utilsigtede hændelser bliver brugt aktivt i det tværsektorielle samarbejde under Sundhedsaftalen.

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange og patientsikkerhedsklyngerne er indskrevet i den nye Sundhedsaftale, men det er ikke tydeligt beskrevet, hvordan netværkets viden og erfaringer skal videregives til temagrupperne. Derfor besøgte de to formænd Temagruppen vedr. Behandling, Pleje, Træning og Rehabilitering (BPTR) i juni, hvor kontaktflader blev drøftet. BPTR vil gerne have relevante temaer præsenteret og meget gerne i caseform. BPTR vil sikre viderebringelse til de øvrige temagrupper under sundhedsaftalen.

Kommunikation ved udskrivelser

Netværket drøftede i november 2015, hvorledes netværket kan arbejde videre med de store problemområder, som netværket identificerer. Der blev lavet en brainstorm, der resulterede i, at netværket vedtog, at **Kommunikation ved udskrivelser** skal være et fremadrettet fokusområde. Tanken er, at et intensivt fokusområde, som fastholdes over længere tid kan øge muligheden for at skabe resultater. Formandskabet identificerede 4 hovedområder ud fra netværkets inputs på et opsamlende eftermøde:

Indholdet i Kommunikation til egen læge, kommune og patient/pårørende, herunder epikriser og udskrivelsesrapporter:

Det er uheldigt, at der gives meget forskellige informationer til praktiserende læge og kommunen. Hvis kommunen skal varetage pleje- og behandlingsopgaver efter en udskrivelse er mange af de informationer som gives til egen læge også relevante at kende for kommunen. Derfor blev det bl.a. foreslået, at egen læge og kommunen får de samme beskeder, f.eks. ved, at den lægefaglige epikrise inkluderes i MedCom-rapporten til kommunen.

Behovet for fælles kommunikation blev yderligere illustreret, da der blev gjort opmærksom på, at der nogle gange laves aftaler med patienten eller gives informationer til patienten som de sundhedsprofessionelle i andre sektorer ikke får kendskab til, selv om det er relevant for den senere pleje og behandling. Det blev bl.a. foreslået, at epikrisen følger med borgeren ved udskrivelsen.

Elektronisk kommunikation:

Med FMK's implementering i kommunerne er der et ønske om enstrenget kommunikation omkring medicin, men f.eks. betyder overførsel af medicin fra FMK til medicinmodulet i EPJ ved indlæggelse og tilbage igen med evt. medicinændringer ved udskrivelse, at der opstår fejl og mangler i medicinlister. Det gælder begge veje. I

Øvrigt opleves andre problemstillinger i kommunikationen vedr. ændringer af medicinen bl.a. i forhold til begrundelser for, hvorfor medicin er seponeret eller ændret.

I relation til akut ambulante forløb, hvor borgeren alene ses i akutmodtagelsen og patienten ikke indlægges, modtager kommunen ikke en plejerapport og advis. Det er problematisk, hvis medicin, funktionsniveau og borgerens behov for behandling og pleje er ændret.

En række andre udfordringer identificeres løbende i relation til elektronisk kommunikation mellem de regionale og kommunale systemer samt praksisområdets systemer m.v.

Tjeklister ved udskrivelse:

Manglende informationer m.v. i overgangene vedrører mange forskellige emner, herunder f.eks. vedrørende medicin, genoptræningsplaner, bestilling af hjælpemidler, beskrivelse af funktionsniveau og plejebehov, korrekt visitation til rette sted m.v. I øvrigt opleves andre problematikker omkring færdigbehandling af patienter inden udskrivelse. Det gælder f.eks. i forhold til, at sikre, at der er givet svar på relevante prøver, som be- eller afkræfter, at patienten er klar til udskrivelse. Det handler også om grænserne for behandlingsmuligheder i kommunen og hvilke problemstillinger plejepersonalet har kompetencer og udstyr til at håndtere. Tjeklister ved udskrivelse kan sikre, at stafetten videregives på alle relevante områder.

Mundtlig kommunikation og ISBAR¹¹:

Der er fortsat behov for opmærksomhed på, at der ikke altid tales et fælles sprog i kommune, hos egen læge og på hospitalet. Blandt andet benyttes forskellige kommunikations- og scoringsredskaber. F.eks. anvendes TOKS (Tidlig opsporing af kritisk sygdom) på hospitalerne og TOBS (Tidlig opsporing af begyndende sygdom) i kommunerne, der også i Sundhedsaftalen angives som et redskab, der skal benyttes. Det handler også om at huske at bruge ISBAR ved mundtlig kommunikation omkring problemstillinger og at sikre, at mundtlig kommunikation hænger sammen med informationen i de elektroniske sygeplejerapporter ved udskrivelse o.lign.

Risikosituationslægemidler

Andre emner, der har været drøftet på møderne har været *risikosituationslægemidler*. Drøftelsen var på baggrund af et materiale udsendt fra det Patientombuddet (i dag Styrelsen for Patientsikkerhed). Netværket gav inputs til den regionale risikomanager, der bragte det videre til den regionale lægemiddelkomité (RLK).

¹¹ ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på særligt ved sektorovergange og er en forkortelse, der står for: I - Identificer dig selv og patienten, S - Beskriv situationen, B - Beskriv baggrunden kort, A - giv din analyse af situationen og R - giv eller få et råd om problemet.

Flere af problemstillingerne var det dog ikke muligt for den regionale lægemiddelkomité at løfte, hvorfor det er blevet fremført i Styrelsen for Patientsikkerhed, at der er behov for en national risikomanager-enhed, der kan løse de problemstillinger, der har baggrund i eksempelvis en uhensigtsmæssig lovgivning eller manglende IT-funktioner i FMK. Skemamedicin i FMK, eksempelvis Metrotrexat og Marevan udgør en særlig risiko i sektorovergange. RLK vil gerne løfte de opgaver, der kan løses på regionalt niveau. Der har tidligere været et årligt patientsikkerhedstema på RLK, fremadrettet kan der meldes emner ind ad hoc.

Øvrige emner

Møderne evalueres og tilpasses løbende, hvorfor netværket med jævne mellemrum drøfter, hvordan netværksarbejdet kan give mening. Årets andet møde fokuserede derfor på tilpasning af retningslinjer ift. den nye sundhedsaftale, opdatering af hjemmeside, samt en drøftelse af netværket formål og opgaver mhp. at forny kommissoriet for netværket.

Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk

I dette afsnit præsenteres klyngernes arbejde. Arbejdet omhandler både UTH, men også andre tværsektorielle patientsikkerhedstiltag beskrives i dette afsnit.

"Kommunikation ved udskrivelser" har været behandlet i TSN i 2015 og er gjort til fokusområde for 2016. Derfor beskriver klyngerne dette område særskilt.

De beskrevne initiativer og planlagte indsatser kan være iværksat i den enkelte klynge *som helhed*. Men der kan også være tale om emner som *enkelte parter* indenfor klyngen eller *på tværs af klyngerne* har arbejdet med. Det kan f.eks. være én kommune i samarbejde med ét hospital.

Aarhusklyngen

Aarhusklyngen består af risikomanagers fra Aarhus Kommune, Aarhus Universitetshospital, Praksisområdet og apoteker i Region Midtjylland. Endvidere deltager Psykiatri- og socialområdet samt Præhospitalet.

Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet i 2015

Aarhus Klyngen afholder to møder om året. I 2015 har vi arbejdet med følgende:

Medicinering i sektorovergange

Taskforce-projektet startede tilbage i 2014. Efter en indledende undersøgelse, der blev foretaget ved at "gå i patientens fodspor" i 2014, har der været forskellige praktiske udfordringer med at komme videre med de fund, der blev gjort i denne undersøgelse. I forbindelse med "Sputnik" projektet på AUH – et projekt, hvor Aarhus Kommunes øverste chef Kirstine Markvorsen flyttede ind på Aarhus Universitetshospital med det formål at forbedre samarbejdet og kommunikationen mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital – var deltagere fra Aarhus Klyngen inviteret til et møde med personerne bag Sputnik. Formålet var at sætte spot på medicinering og det tværfaglige samarbejde. Hvilke udfordringer har vi og hvad gør vi ved dem?

Efterfølgende er det blevet besluttet ikke at lave endnu en undersøgelse, men fortsat at følge rapporteringerne af de utilsigtede hændelser vedrørende medicinering. Opdatering af FMK og øget anvendelse af FMK forventes at eliminere flere af de rapporterede utilsigtede hændelser.

Aarhus Kommune har iværksat en registrering af fejl i medicinhåndtering i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Herefter vil der blive set på mønstre og tendenser og eventuelle tiltag afledt heraf, vil blive iværksat i samarbejde med hospitalet.

Udveksling af rapporterede utilsigtede hændelser

Klyngen har nu igennem et år udvekslet DPSD-rapporter på tværs af sektorerne med oplysninger om, hvilke utilsigtede hændelser, der er rapporteret fra den ene sektor til den anden. Rapporterne er blevet udviklet, så de nu også rummer den planlagte eller iværksatte forebyggende indsats. Der er set på mønstre og tendenser.

Der rapporteres ganske få egentlige tværsektorielle hændelser, hvor der er læring i begge sektorer. De fleste sektorovergangshændelser er hændelser med et andet opdagelsessted, hvor der kun er læring i den sektor, hvor hændelsen er sket.

Sagsbehandling af en tværsektoriel hændelse

Vi har ud fra en konkret hændelse drøftet, hvordan vi sikrer en god tværsektoriel sagsbehandling. Hvordan får vi de to sagsbehandlere fra hver sin sektor til at kommunikere med hinanden i sagsbehandlingen?

Som et forsøg vil risikomanageren konkret skrive kontaktoplysninger på sagsbehandleren i den anden sektor ind i et "internt notat" i DPSD.

Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"

Som ovenfor beskrevet er følgende initiativer med til at kvalificere kommunikationen ved udskrivelser:

- Sputnik-projektet, jf. ovenfor.
- Ledelse på tværs – et initiativ, hvor funktionsledere på tværs af sektorerne laver små prøvehandlinger omkring udfordringer i samarbejdet mellem kommunen og hospitalet.
- Udgående teams indenfor forskellige specialer/områder. P.t. findes der 21 teams. Formålet er primært forebyggelse af genindlæggelser.
- Fælles temadag for Aarhus Kommune og AUH – løftede sløret for fælles udfordringer i relation til "overgangsborgere" men berigede også ved at være gensidigt inviterende til fremtidig dialog.

Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016

Klyngen har ikke haft deres første møde i 2016 endnu. Derfor er kommende indsatsområder endnu ikke drøftet.

I forbindelse med den nye sundhedsaftale og heraf ny organisering lægger klyngen op til et samspil med styregruppen for voksne borgere/patienter i forhold til at få patientsikkerhed sat på dagsorden i styregruppen. Der planlægges et møde med klyngen i løbet af foråret 2016.

Midtklyngen

Midtklyngen består af risikomanagers fra Hospitalsenhed Midt, Viborg-, Skive- og Silkeborg Kommune, Praksisområdet og Apoteker i Region Midtjylland, Psykiatri- og Socialområdet samt Præhospitalet.

Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet

Midtklyngen mødes 5-6 gange årligt og vil gerne fremhæve 2 projekter fra 2015: *Opridsning af patientsikkerhedsrisici ved anvendelse af FMK i praksis på hospitalet og i kommuner og Projekt "I patientens fodspor".*

Patientsikkerhedsrisici ved anvendelse af FMK:

Midtklyngen afholdt i 2015 et temamøde om de udfordringer, der er fulgt med implementeringen af FMK i kommunerne. Konklusionen var, at FMK er et fælles arbejdsredskab, som kræver disciplin og i nogle tilfælde ændrede arbejdsgange før, det kan komme til at fungere optimalt. Intentionerne med FMK er super gode, og hvis FMK benyttes, som den var tænkt, vil det helt sikkert højne patientsikkerheden – men lige nu er det en udfordring, da der er mange arbejdsgange, der ikke er tilpasset et helt nyt fællessystem og som derfor i stedet kompromitterer patientsikkerheden.

Følgende områder blev identificeret som problematiske for patientsikkerheden:

- **Samarbejde – den organisatoriske implementering:** Der mangler kendskab til de andres arbejdsgange.
- **Fejl i FMK oplysninger:** Der opleves ofte uoverensstemmelser mellem medicinlisterne i de forskellige sektorer.
- **Ændrede ordinationer og recepter:** Ved ændrede ordinationer er der behov for også at ændre recepten, så den kommer til at afspejle ordinationen.
- **Genbestilling af medicin:** Leveringsoplysninger fra kommunen overføres automatisk til lægens system som en bemærkning. Det er kommunens oplevelse, at disse bemærkninger ikke overføres til recepten og videre til apoteket.
- **Mg-stk problematikker:** Der ses fortsat fejl vedrørende mg-stk. Ordinationer, fra hospitalerne dannet før 2014, kan være behæftet med denne fejl, når ordinationen bruges til at danne nye recepter. Lægerne bør være ekstra opmærksomme på at læse recepterne inden de sendes til apoteket. De fejlbehæftede ordinationer bør seponeres.
- **Forskellige adgange til FMK i sektorerne:** FMK's opdeling af ordinationer og recepter betyder, at kommunen i deres omsorgssystem, kan se ordinationen, men ikke tilgængelige recepter (tilgængelige recepter kan ses på FMK online – men denne ekstra arbejdsgang gør, at det ikke anvendes i dagligdagen). Apotekerne har ikke adgang til FMK. De kan se tilgængelige recepter, men ikke ordinationen og udleverer derfor på de gyldige recepter, der er tilgængelige. Dette giver fejl på kommunens medicinliste, da recept og ordination *skal* være knyttet sammen på FMK for, at det kommer rigtig ind på medicinlisten. Lægen

kan se både ordination og recept – men det er en stor udfordring i praksis at få ryddet op i løse recepter.

Konklusionerne blev videresendt til Den tværsektorielle FMK styregruppe i Region Midtjylland og Kontaktgruppen for behandling, pleje, træning og rehabilitering i Midtklyngen. Efterfølgende er notatet videresendt til de øvrige klyngers styregrupper.

Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"

I midtklyngen er der gået "*I patientens fodspor*", hvilket vil sige, at vi har fulgt en patient i udskrivelsesforløbet. "Fodsporet" havde fokus på medicinering og kommunikation. Der vil blive gået endnu et "fodspor" i foråret 2016. Herefter vil der blive udarbejdet handleplaner i samarbejde med de involverede parter.

De vigtigste problemstillinger der blev fundet, da vi gik fodspor ved udskrivelsen er: Problematikker i kommunikationen mellem hospital og kommune:

- Der er sendt rigtig mange advis'er fra hospitalet til kommunen (12 på 3 dage). De ser ikke alle ud til at være relevante og har flere gange samme indhold som tidligere.
- Der er sendt en automatisk advis til kommunen om, at borgeren er indlagt, men borgeren har ikke haft kontakt med kommunen forud for indlæggelsen, så det burde ikke være sket.
- Problematikker omkring medicin:
 1. Der er ikke medgivet en medicinliste ved indlæggelsen, hvorfor der mangler medicin i EPJ som patienten ikke får under indlæggelsen.
 2. Der er fejl i medicinlisten ved udskrivelsen i forhold til den medicin borgeren fik før indlæggelsen. Patienten fik blodfortyndende medicin før indlæggelsen, det er ikke på medicinlisten/FMK ved udskrivelsen. Der må tages kontakt til egen læge for at få ordineret den manglende medicin.
 3. Det fremgår ikke af epikrisen, hvorfor behandlinger fra før indlæggelsen er ophørt.
 4. Borgeren har fået medicin med til første døgn efter udskrivelsen. Enten er der ikke medgivet det korrekte antal tabletter eller også har borgeren ikke helt forstået hvordan hun skulle tage dem. Det kunne konstateres, at der manglede en dosis antibiotika efter udskrivelsen.

Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016

Der vil blive gået endnu et "fodspor" i foråret 2016. Herefter vil der blive udarbejdet handleplaner i samarbejde med de involverede parter.

Der vil blive fulgt op på de handleplaner, der iværksættes efter fodsporet.

Randersklyngen

Randersklyngen består af risikomanagers fra Randers Kommune, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune og Syddjurs Kommune samt fra Regionshospitalet Randers. Endvidere deltager risikomanager fra Praksisområdet og Apoteker i Region Midtjylland, Psykiatri- og socialområdet samt Præhospitalet.

Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet i 2015

Vi har i klyngen besluttet at sætte kadencen på vores møder op til at mødes 5 gange årligt, med forventning om at skabe en bedre dynamik og læring på tværs.

I efteråret er FMK reimplementeret på hospitalet med undervisning af alle læger. Det formodes at mindske risiko for fejlmedicinering efter udskrivelse.

Kommunerne i Randersklyngen arbejdede i efteråret med at få FMK implementeret, og det var etableret i slutningen af oktober. Det giver mulighed for at have et fælles udgangspunkt i forhold til medicinlister hos patienter og borgere.

Vi følger op løbende på eventuelle problematikker og startproblemer i klyngesamarbejdet.

I Randersklyngen er der et tæt samarbejde i Sundhedsstrategisk Ledelse. I samarbejde mellem hospital, kommuner og almen praksis udvikles og afprøves indsatser, hvor målet er at skabe bedre kvalitet i de enkelte patientforløb, f.eks. er der implementeret tværsektorielt pakkeforløb for borgere med hoftebrud.

Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"

Utilsigtede hændelser fra kommunerne viser, at kommunikationen fra hospitalet til hjemmeplejen ikke altid er fyldestgørende i forbindelse med udskrivelser.

På Regionshospitalet Randers arbejder Kirurgisk Center derfor med "Den gode udskrivelse". Kommunerne har i workshops bidraget med input og afdelingen arbejder nu videre med de identificerede problemstillinger, blandt andet medicin, stuegang og hjælpemidler.

Medicinsk afdeling har ansat en sygeplejerske til at koordinere alle udskrivelser. Der er udarbejdet en udskrivningstjekliste, så kommunikation i forbindelse med udskrivelse bliver fyldestgørende.

Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016

I 2016 vil vi gerne have de tværsektorielle utilsigtede hændelser mere i spil i de forskellige mødefora der er i Randersklyngen. Vi vil gerne præsentere vores relevante UTH'er i de forskellige klyngegrupper fx en gang årligt og gerne på case niveau.

Konkret vil vi:

- Have et fast punkt på hvert møde hvor hver enkelt risikomanager præsenterer: antal UTH siden sidst (rapporteret fra anden sektor/kommune), hvilke problemstillinger omhandler de, sagsopfølgning etc.
- På baggrund af præsentationerne besluttet det, om der er grundlag for præsentation på klyngegruppemøder, hvilken og hvem der skal lave præsentationen.

Til præsentationerne af "UTH siden sidst" vil der blive lavet en fælles skabelon.

Horsensklyngen

Horsensklyngen består af risikomanagers fra Hospitalsenheden Horsens, Horsens Kommune, Hedensted Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune. Endvidere deltager Risikomanager fra Praksisområdet og Apoteker i Region Midtjylland, Psykiatri- og Socialområdet samt Præhospitalet.

Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet

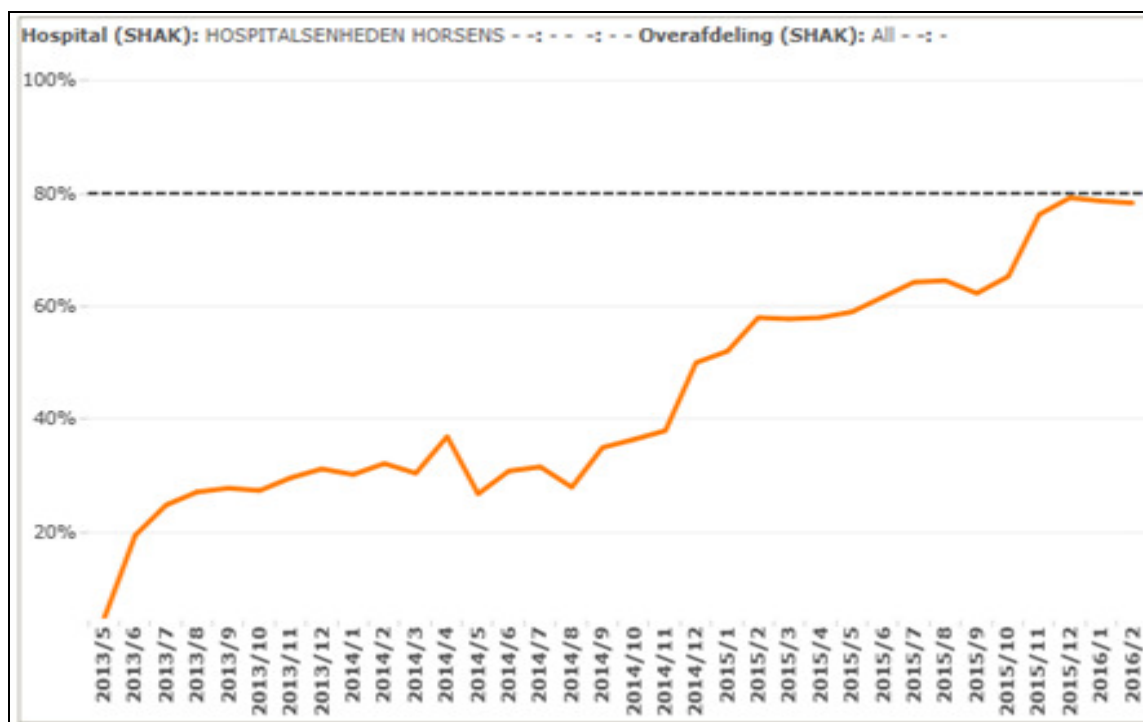
Horsens klyngen har arbejdet på at få en større integration til den lokale klyngestyregruppe. Således er UTH sat på til temadrøftelse på klyngestyregruppemøde d. 3. marts 2016.

Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"

Hospitalsenheden Horsens:

På Hospitalsenheden Horsens har der i andet halvår 2015 været et meget stor fokus på opdatering af FMK ved udskrivelse. Der er uddannet nøglepersoner fra alle afdelinger og disse er blevet klædt på til at undervise lokalt i afdelingerne. Sideløbende hermed er der kørt meget tæt datamonitoring med data på ugebasis, og der følges løbende op via hospitalets strategiske medicingruppe. Som nedenstående graf viser, har Hospitalet flyttet sig markant inden for det seneste år, om end målopfyldelse stadig ikke har nået 100% - et af de steder, hvor det forsat halter er i vores fødselsforløb, hvor FMK ikke altid bliver opdateret. Medicineringen er dog her ofte af mild smertestillende karakter og midlertidig.

En anden udfordring er kvaliteten af afstemningen – her er der eksempelvis forsat udfordringer med, at FMK, medicinliste m.m. stemmer overens samt begrundelser for medicinændringerne.



Hedensted Kommune: UTH netværket for Bofællesskaberne i Handicap har udarbejdet en tjekliste mhp. at minimere antallet af uth i forbindelse med udskrivelse af borger fra sygehuset. Tjeklisten vil fra 2016 blive tilgængelig i CSC. Således at alle medarbejderne hurtigt kan følge/følge op på aftaler og eventuelle ændringer.

Skanderborg Kommune: Vil i 2016 have fokus på indberetning af utilsigtede hændelser mellem de praktiserende læger og Skanderborg Kommune. Endvidere vil der være fokus på at styrke samarbejdet med brobyggerne og Skanderborg Kommune mhp. at sikre den gode udskrivelse.

Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016

Forsat fokus på UTH via klyngestyregruppen. Pt. kender vi ikke resultatet af den første UTH-drøftelse i klyngestyregruppen – herunder om der skal være særlige UTH-fokusområder. Patientombuddet har i 2016 fokus på henvisninger og udskrivelser – er et af de fokusområder, der er i spil i klyngen.

Hospitalsenheden Horsens vil have fokus på rapportering til praksis og kommuner. I dag er rapporteringen meget begrænset, og hospitalet vil lave en fokuseret indsats på dette område.

Vestklyngen

Vestklyngen består af risikomanagere fra Hospitalsenheden Vest, Holstebro Kommune, Herning Kommune, Ikast-Brande Kommune, Struer Kommune, Lemvig Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune. Endvidere deltager Praksisområdet og Apoteker i Region Midtjylland, Psykiatri- og Socialområdet samt Præhospitalet.

Gennemførte/igangsatte initiativer i patientsikkerheds- og UTH-arbejdet

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen:

- Har kæmpet med at finde sin position og en fornuftig organisering ift. den øvrige organisering af Sundhedsaftaleområdet. Vestklyngen har organiseret sig på linje med den regionale organisering i Sundhedsaftaler version 2. Det vil sige, at Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange er en undergruppe af Implementeringsgruppen for Behandling/Pleje/Genoptræning/ Rehabilitering. Det har været positivt for kontinuiteten at de kommunale risikomanager har deltaget i de andre samarbejdsgrupper – særligt i medicineringsrådet, hvor hovedparten af de rapporterede hændelser ligger.
- Har drøftet, hvordan der kan arbejdes med kulturen. Det drejer sig 1) om rapporteringskulturen – får vi overhovedet rapporteret? og 2) tonen i rapporterne – holder vi os til sagen??
- Har været initiativtagerne til, at der er udarbejdet en retningslinje for brug af ID armbånd, når ældre medborgere indlægges. Retningslinjen er til godkendelse i Implementeringsgruppen for Behandling/Pleje/Genoptræning/ Rehabilitering.
- Har initieret, at der arbejdes med Sundhedsstyrelsens vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse. Der følges op i 2016 efter en drøftelse i Klinikforum.
- Finder ikke, at det giver mening "kun" at snakke om UTH'erne. Patientsikkerhed er mere end blot DPSD-rapporterne. Der er udarbejdet et idékatalog over områder, der vil kunne fremme det gode samarbejde og de smidige og sikre overgange mellem sektorerne. Kataloget er påbegyndt i 2015 og der arbejdes videre med områderne i 2016.

Patientsikkerhedsarbejde vedrørende "Kommunikation ved udskrivelser"

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange drøfter gentagne gange problematikker, der vedrører korrespondance og kommunikation i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser. Konsulenter fra Hospitalsenheden Vest - som generelt arbejder med det tværsektorielle samarbejde - deltager i Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed for at sikre sammenhæng og kontinuitet. Konsulenterne afholder møder med sygeplejeleder m.fl. i kommunen, hvor den gode indlæggelse og udskrivning drøftes, og deltager ligeledes i personalemøder på afdelinger i Hospitalsenheden Vest, for at udbrede kendskabet til Sundhedsaftalerne.

Beskrivelse af planlagte indsatser i 2016

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange har kæmpet med at finde snitfladen mellem patientsikkerhed og de øvrige faglige grupper relateret til sundhedsaftaler og klyngesamarbejde. Det hilses velkommet, at der vil blive satset mere på koordination. I Vestklyngen vil der fra marts 2016 blive oprettet sagsbehandleradgang i DPSD for en af konsulenterne, der arbejder med det tværsektorielle samarbejde. Dette initiativ forventes at ville give et større overblik over de patientsikkerhedsmæssige brists, og en mulighed for en endnu større koordinering af de tværsektorielle indsatsområder.

Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed

Drøftelserne på det sidste møde i TSN i 2015 har resulteret i en omskrivning af kommissoriet for netværket. Kommissoriet er allerede godkendt i regionalt regi og i gang med at blive godkendt i den Kommunale Styregruppe på Sundhedsområdet (KOSU).

Tanken er, at det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde skal være forankret i klyngerne. Det betyder, at netværkets tidligere opgave i den gamle sundhedsaftale med at få etableret et samarbejde omkring de utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange anses for at være løst. Det forventes, at netværket fremadrettet får en mere koordinerende rolle ift. at sikre vidensdeling mellem klyngerne. Netværket vil forsat skulle formidle viden om utilsigtede hændelser i sektorovergange til ledelsesfora, politikere og evt. nationalt niveau.

Da kommunerne har begrænsede ressourcer til denne opgave foreslås det i udkastet til kommissorium, at en koordinationsgruppe udvalgt blandt medlemmerne i netværket, varetager opgaven. Det betyder, at det samlede TSN fremover kun vil mødes én gang årligt.

Mødet bliver til gengæld et større læringsseminar, hvor klyngernes tværsektorielle indsatser præsenteres. Klinikere, der står for udførsel af indsatserne kan deltage på læringsseminaret.

Det bliver koordinationsgruppens arbejde at planlægge læringsseminaret.

Kommunikation ved udskrivelser vil være et fokusområde i 2016. Det stemmer godt overens med det nationale fokusområde: *Henvisninger og udskrivelser*, der er vedtaget i Nationalt Forum i Styrelsen for Patientsikkerhed.