

Det tværsektorielle  
netværk for utilsigtede  
hændelser i  
sektorovertagelse

Årsrapport for 2012



---

Det tværsektorielle  
netværk for utilsigtede  
hændelser i  
sektorovertagelse

Årsrapport for 2012

---

---

**Titel:** Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange. Årsrapport for 2012

© Region Midtjylland. Kvalitet og Sundhedsdata. Strategisk Kvalitet

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet d. 13-09-2013

Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg

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

---

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	5
Sammenfatning .....	9
Indledning .....	10
Tværasektorielle hændelser og hændelser med andet opdagelsessted .....	11
Samarbejdet i det tværasektorielle netværk .....	19
Aarhus Universitetshospital .....	19
Læring og forandring .....	19
Arbejdet med patientsikkerhed .....	19
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	19
Kommunerne i Aarhus-klyngen .....	20
Aarhus Kommune .....	20
Læring og forandring .....	20
Arbejdet med patientsikkerhed .....	20
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	20
Hospitalsenheden Horsens .....	20
Læring og forandring .....	20
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	20
Kommunerne i Horsens-klyngen .....	20
Odder Kommune .....	20
Læring og forandring .....	20
Arbejdet med patientsikkerhed .....	21
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	21
Skanderborg Kommune .....	21
Arbejdet med patientsikkerhed .....	21
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013/14 .....	21
Horsens Kommune .....	23
Læring og forandring: .....	23
Arbejdet med patientsikkerhed: .....	23
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	23
Hospitalsenhed Midt .....	23
Læring og forandring .....	23
Arbejdet med patientsikkerhed .....	24
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	24
Kommuner i Midtklyngen .....	24
Silkeborg kommune: .....	24
Læring og forandring .....	24
Arbejdet med patientsikkerhed .....	24
Planlagte tværasektorielle aktiviteter for 2013 .....	25

Viborg Kommune.....	25
Læring og forandring.....	25
Arbejdet med patientsikkerhed .....	25
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	25
Randers klyngen (samlet tilbagemelding) .....	25
Læring og forandring.....	25
Arbejdet med patientsikkerhed .....	25
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	26
Norddjurs Kommune .....	26
Læring og forandring.....	26
Arbejdet med patientsikkerhed .....	26
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	26
Randers Kommune .....	26
Arbejdet med patientsikkerhed .....	26
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	26
Syddjurs kommune.....	27
Læring og forandring.....	27
Arbejdet med patientsikkerhed .....	27
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	27
Favrskov Kommune .....	27
Arbejdet med patientsikkerhed .....	27
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	27
Hospitalsenheden Vest .....	28
Læring og forandring.....	28
Arbejdet med patientsikkerhed .....	28
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	29
Herning Kommune.....	29
Læring og forandring.....	29
Arbejdet med patientsikkerhed .....	30
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	30
Holstebro Kommune .....	30
Læring og forandring.....	30
Arbejdet med patientsikkerhed .....	30
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	31
Ikast-Brande kommune.....	31
Arbejdet med patientsikkerhed .....	31
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	31
Ringkøbing-Skjern kommune.....	31
Læring og forandring.....	31
Praksissektoren og Apoteker .....	31
Læring og forandring.....	31
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	33
Præhospitalet .....	33
Læring og forandring.....	33

Arbejdet med patientsikkerhed .....	34
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013 .....	34
Psykiatri og Social – behandlingspsykiatrien og det regionale sociale område .....	34
Læring og forandring.....	34
Arbejdet med patientsikkerhed .....	35
Speciallægepraksis .....	35
Planlagte aktiviteter for 2013.....	35
Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013.....	36





## Sammenfatning

Dette er den anden årsrapport for Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange. Netværket blev dannet i maj 2011 i henhold til den administrative aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser. I netværket samarbejdes og videndes om at forebygge utilsigtede hændelser, der går på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. I 2012 blev afholdt to møder i hhv. maj og november. Samme mødefrekvens fortsætter i 2013. Mange kommuner er repræsenteret ved møderne og stadig flere kommer til. Møderne bliver positivt evalueret og det opleves, at samarbejdet i netværket udvikler sig positivt fra gang til gang.

Der rapporteres fortsat kun få egentlige tværsektorielle hændelser – altså hændelser, som fordrer involvering af flere parter for at kunne analyseres og konkluderes. De fleste har fundet sted på regionale lokationer (hospitaller) og er rapporteret fra kommuner og almen praksis. Langt flere hændelser i overgange kategoriseres med andet opdagelsessted – hændelser, hvis videre udredning i princippet kun fordrer indsats fra hændelsesstedet og ikke fra den lokation, hvor hændelsen er opdaget og rapporteret fra. Begge typer hændelser er godt og vel fordoblet i antal ift. 2011. Dette mønster ligner det nationale billede. Begge typer hændelser adskiller sig, mht. fordelingen på alvorlighed og WHO-kategorier, ikke afgørende fra alle øvrige hændelser. To af regionens diagnostiske afdelinger har fokus på fejlmærkede prøver og rapporterer alle tilfælde. Det giver god mening lokalt, men der skal tages højde herfor, når totaltallene tolkes.

Et vigtigt formål med netværket er at foretage analyser af alvorlige utilsigtede hændelser og at dele denne viden. Dette har fundet sted ved hvert af netværkets møder i 2012, og i alle klynger har der været foretaget dybdegående og tværgående analyser. De regionale stabsmedarbejdere deltager så vidt muligt i alle klyngemøder, også for at kunne bidrage til at bære viden og erfaring på tværs mellem klyngerne.

Hospitaler og kommuner har i tekst beskrevet deres aktiviteter, og disse er i denne rapport sat sammen klyngevis. Beskrivelserne dokumenterer at nogle kommuner og klynger er nået langt og man får et billede af den glædelige underskov af aktiviteter og fokusområder, der finder sted i klyngerne. Der er tydeligt konsensus om, at medicinering og den tværsektorielle kommunikation er de væsentligste indsatsområder i sektorovergangene.

Sammenfattende er netværket ved at blive godt konsolideret og vil fortsætte denne konsolidering i 2013. Det er fortsat i klyngegruppernes nære miljø, den egentlige værdiskabelse finder sted, og regionens opgave vil først og fremmest være at bakke op om initiativer her.

## Indledning

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden og kvalitet i sundhedsvæsenet. Det kræver, at patienten er i centrum, og at der sker en god koordinering og velfungerende kommunikation i sektorovergange. Samarbejdet mellem sektorerne er en kontinuerlig udfordring, da mange utilsigtede hændelser sker på baggrund af manglende kendskab til de andre sektors arbejdsgange. Gennem indberetninger af tværsektorielle hændelser skabes mulighed for at drage læring, så vi kan sikre de bedst mulige sektorovergange.

I sundhedsaftalerne for Region Midtjylland beskriver afsnittet om opfølgning på rapportering af utilsigtede hændelser, hvordan de overordnede rammer for samarbejdet om utilsigtede hændelser, der involverer både regionen og kommunerne, skal håndteres. Blandt andet beskriver aftalen nedsættelsen af et tværsektorielt netværk vedrørende utilsigtede hændelser i sektorovergange. Regionen og alle kommuner i regionen er medlemmer af netværket.

Formandskabet i netværket deles af en regional og en kommunal formand. Regionen sekretariatsbetjener netværket. Denne rapport er det tværsektorielle netværks anden årsrapport og indeholder som før statistiske oplysninger om de rapporterede hændelser i sektorovergangene og beskriver arbejdet i regionen og kommunerne.

I 2012 blev Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange konsolideret. Der holdes to årlige møder i hhv. maj og november, og mellem 40 % og 60 % af de kommunale repræsentanter møder op. Alle kommuner i regionen har udpeget en risikomanager, og vi ser frem til at de 25 % der endnu ikke har haft mulighed for at deltage i det Tværsektorielle netværk støder til.

Evalueringen af møderne tyder på, at netværket udvikler sig positivt for hver gang. Der er fortsat diskussion af dagsordenernes og bilagsmængdens omfang, men formandskabet har hidtil vurderet, at der herigennem sikres et højt informationsniveau.

Denne rapport fremstilles i medfør af Administrativ aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser. Formålet er at oplyse om de igangværende tiltag, vidensdele imellem klynger, hospitaler og kommuner og ikke mindst at lade sig inspirere af de tiltag, der spirer frem.

Ud over denne mere udførlige rapport fremstiller Nære Sundhedstilbud yderligere afrapporteringer af den politiske aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser.

# Tværasektorielle hændelser og hændelser med andet opdagelsessted

Data er indsamlet fra kommuner, hospitaler og regionale sektorer i januar – februar 2013. Bidragsyderne har leveret dels kvalitative beskrivelser af deres arbejde i 2012, dels trukket tal fra DPSD til belysning af hændelser i sektorovergange.

Der opleves fortsat uklare definitioner og afgrænsninger af begrebet: *en tværasektoriel hændelse*. Det gælder ikke kun i Region Midtjylland. Ved den årlige patientsikkerhedskonference i foråret 2013 opregnede den mest erfarne overlæge i Patientombuddet, Jørgen Hansen, fem forskellige forslag til definitioner og endte med følgende formulering:

”En tværasektoriel 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”

Det betyder, at når man som sagsbehandler kalder en hændelse tværasektoriel, skal den tværasektorielle parts risikomanager som minimum kontaktes og muligvis skal parterne fra de to involverede sektorer sammenkaldes for at kunne færdigbehandle sagen.

Alle udtræk til årsrapporten fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase er foretaget, så hændelser, hvor der ikke er angivet en identificerbar lokation som opdagelsessted eller tværasektoriel part, ikke er inkluderet eller efterfølgende er frasorteret. Endvidere er hændelser med opdagelsessted/tværasektoriel part inden for samme sektor frasorteret. Hermed menes, at hændelser, der opstår i overgangene mellem flere lokationer eller afdelinger i *samme* kommune eller *samme* hospitalsenhed er frasorteret.

Hændelser, der er opstået i overgangen mellem *to forskellige* kommuner eller hospitalsenheder er derimod inkluderet i tabellerne.

Tabel 1 a viser fordelingen af de hændelser, der er kategoriseret som tværsektorielle.

**Tabel 1 a. Tværsektorielle hændelser afsluttet 2012**

Lokation (Angivet Hændel- sessted)	Involveret Lokation (Tværsektoriel part)										I alt
	Offent- lige Syge- huse (inkl. Psykiatri)	Regi- onale botil- bud (social områ- det)	Præ- hos- pital og am- bulan- cer	Prak- sis- sektoren*	Speci- al- læger	Apo- teker	Privat hos- pitale r og hospi- ce	Kom- mu- ner i Regi- on Midt	Invol- veret part i andre regio- ner <sup>1</sup>	An- det <sup>2</sup>	
Offentlige Sygehuse (inkl. Psykiatri)	1	1	0	8	0	4	1	91	0	0	106
Regionale botilbud (social- området)	2		0	0	0	0	0	0	0	0	2
Præhos- pital og ambulan- cer	2	0		0	0	0	0	1	0	0	3
Praksis- sektoren <sup>3</sup>	0	0	0		0	0	0	1	0	0	1
Special- læger	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	6
Apoteker	0	0	0	0	0		0	1	0	0	1
Kommu- ner i Re- gion Midt	5	0	0	2	0	0	0	3	0	1	11
<b>I alt</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>130</b>

<sup>1</sup> Kategorien dækker over både offentlige sygehuse og kommuner m.v. i øvrige regioner.

<sup>2</sup> Kategorien dækker over områder, der ikke har kunnet placeres i de øvrige kategorier, f.eks. patientkontoret i Region Midt.

<sup>3</sup> Praksissektoren dækker: almen praksis, fysioterapeuter og kiropraktorer, tandlæger, vagtlæger m.v., men ikke speciallæger, da risikomanagerfunktionen i praksissektoren er delt.

Af tabel 1 a fremgår, at 70 % af alle hændelser, der er kategoriseret som tværsektorielle, er rapporteret fra kommuner i regionen til regionens offentlige sygehuse (herunder psykiatrien). Otte hændelser, svarende til 6 % af alle hændelser, er rapporteret fra almen praksis og til et hospital. I alt er 82 % af de tværsektorielle hændelser rapporteret til hospitalerne.

**Tabel 1 b. Afsluttede hændelser vs. Tværsektorielle hændelser**

		Heraf tværsektorielle
Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (kommunale lokationer)	13.460	0,1 %
Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (regionale lokationer)	10.135	1,2 %
<b>Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (Alle lokationer)</b>	<b>23.595</b>	0,6 %

Endnu er der ganske få hændelser i kommunerne, der kategoriseres som tværsektorielle, hvilket kan skyldes, at de øvrige sektorer ikke rapporterer ret mange hændelser til kommunerne. Langt flere – procentvis tolv gange så mange – har fundet sted på de regionale lokationer. Men det er generelt ganske få hændelser, der er angivet som tværsektorielle.

Tabel 2 a viser hændelser, der alene er opdaget i andre sektorer end der, hvor hændelsen er sket, men som ikke er vurderet at have en egentlig tværsektoriel karakter.

**Tabel 2 a. Andet opdagelsessted afsluttet 2012**

Lokation (Hændelsessted)	Involveret Lokation (opdagelsessted)										I alt
	Offentlige Sygehuse (inkl. Psykiatri)	Regionale botilbud (socialområdet)	Præhospital og ambulancer	Praksissektoren	Speciallæger	Apotheker	Privathospitaler og hospice	Kommuner i Region Midt	Involveret part i andre regioner	Andet	
Offentlige Sygehuse (inkl. Psykiatri)	123	3	11	46	12	58	1	362	14	2	<b>632</b>
Regionale botilbud (socialområdet)	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>4</b>
Præhospital og ambulancer	47	0		1	0	0	0	1	1	1	<b>51</b>
Praksissektoren	700	0	43	3	2	68	0	78	1	0	<b>895</b>
Speciallæger	13	0	0	0		3	0	0	0	0	<b>16</b>
Apotheker	4	0	0	1	0	1	1	85	0	0	<b>92</b>
Kommuner i Region Midt	20	0	0	7	0	0	0	1	0	0	<b>28</b>
<b>I alt</b>	<b>907</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>14</b>	<b>130</b>	<b>2</b>	<b>527</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>1718</b>

Billedet af hændelser med andet opdagelsessted i tabel 2 a ser noget anderledes ud. Der er 13 gange så mange hændelser, der kategoriseres med andet opdagelsessted, som hændelser, der angives at være egentligt tværsektorielle. Når det gælder hændelser med opdagelsessted i en anden sektor end der, hvor de er sket, så er 74 % af alle hændelserne rapporteret til 4 af sektorerne. Praksissektoren har modtaget flest hændelser fra de øvrige sektorer efterfulgt af hospitalerne. På tredjepladsen ligger apothekerne og præhospitalet er også pænt repræsenteret.

Det er ikke så mærkeligt, at der generelt er langt flere hændelser med andet opdagelsessted, da rapportøren kun har denne mulighed for at angive, at de er involveret som part. Det er sagsbehandleren der, hvor hændelsen er sket, der skal revurdere hændelsen i forhold til, hvorvidt rapporteringsstedet reelt er involveret i hændelsen og dermed er "tværsektoriel part". At afklare dette kræver ofte en kontakt til risikomanageren eller rapportøren på det angivne opdagelsessted. Hvis det viser sig, at hændelsen har et egentligt tværsektorielt element, giver det naturlige udfordringer i det daglige arbejde og det er en arbejdsgang, der de fleste steder kræver tilvænnning og gensidige aftaler. Men der er ingen tvivl om, at implementeringen af dette prioriteres, og at der er stor værdi at hente for det tværgående patientforløb.

Mens det for de tværsektorielle hændelser er karakteristisk, at hospitalerne kun rapporterer sparsomt om de øvrige sektorer, så kunne man foranlediges til at tro, at det ser en smule anderledes ud når man ser på hændelserne med andet opdagelsessted. Her tænkes særligt på de 700 hændelser, der er rapporteret fra et sygehus til praksissektoren. Imidlertid er langt de fleste af disse hændelser rapporter om fejlbehæftede prøver indsendt til patologisk institut, der monitorerer dette følsomme område ved at rapportere alle hændelser. Derfor kan disse tal ikke tages som udtryk for en generel fremgang i forhold til rapporteringen fra hospitalerne til almen praksis. Det eneste område, hvor det kan konstateres, at hospitalerne har rapporteret en vis procentdel af hændelserne, er på det præhospitale område, hvor der er en mere direkte kontakt i overleveringen af patienter mellem sektorerne. Her står hospitalerne for rapportering af ca. 17 % af samtlige rapporterede og afsluttede hændelser på området.

På hospitalerne kan årsagen til den manglende rapportering om de andre sektorer være, at der ikke er fokus på det forudgående forløb, da man koncentrerer sig om at behandle patienten her og nu. Det kan dog meget vel tænkes, at der faktisk opdages uhensigtsmæssigheder i overgangene, som blot ikke rapporteres, fx i forhold til fejl i henvisninger, manglende medicinlister, tryksår eller lignende.

Af tabel 2 b fremgår, at også mht. mønstre i hhv. kommuner og region adskiller hændelserne med andet opdagelsessted sig fra de tværsektorielle hændelser. Mens der er en faktor 12 mellem kommuner og regioner for de tværsektorielle hændelsers andel af det samlede antal rapporter, er relationen 1:84 for hændelserne med andet opdagelsessted. Kommunerne modtager ganske enkelt ganske få rapporter fra de andre sektorer.

**Tabel 2 b. Afsluttede hændelser vs. hændelser med andet opdagelsessted**

		Heraf andet opdagelsessted
Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (kommunale lokationer)	13.460	0,2 %
Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (regionale lokationer)	10.135	16,7 %
<b>Totalt antal afsluttede hændelser i 2012 (Alle lokationer)</b>	<b>23.595</b>	<b>7,3 %</b>

I Region Midtjylland drøftes de tværsektorielle hændelser fast to gange årligt i Det Tværsektorielle Netværk. Det bliver dog tilbagevendende nævnt, at der bør gives tilbagemeldinger i forhold til alle hændelser over sektorgrænserne via klyngesamarbejdet. Det gør hændelser med andet opdagelsessted lige så relevant som de tværsektorielle hændelser. Det skyldes, at det er væsentligt for motivationen i forhold til at rapportere om andre sektorer, at rapportørerne modtager tilbagemeldinger om, hvorledes der er handlet på rapporteringerne. Såvel egentlige tværsektorielle hændelser som hændelser med andet opdagelsessted bør betragtes under ét som "sektorovergangshændelser" og der bør handles derefter.

**Tabel 3. Alvorlighedsgrader**

Alvorlighed	Opdagelsessted		Tværsektoriel		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
<b>Ingen skade</b>	717	41,7	69	53,1	786	42,5
<b>Mild</b>	756	44	30	23,1	786	42,5
<b>Moderat</b>	185	10,8	24	18,5	209	11,3
<b>Alvorlig</b>	56	3,3	5	3,8	61	3,3
<b>Dødelig</b>	4	0,2	2	1,5	6	0,3
<b>I alt</b>	1.718	100,0	130	100,0	1.848	99,9



Der er ikke de store forskelle på alvorlighedsgraden af hændelserne med andet opdagelsessted og de tværsektorielle hændelser. Der er lidt flere moderate hændelser og en anelse flere alvorlige og dødelige blandt de - forholdsvis få - tværsektorielle hændelser. De seks tilfælde med dødelig udgang handlede om manglende efterlevelse af gældende retningslinjer samt om en meget vanskelig, modvillig og delirøs patient. Der er udført kerneårsagsanalyser på flere af hændelserne.

Alvorlighedsgraden fastslås ud fra den skade som patienten faktisk har lidt i forbindelse med den utilsigtede hændelse. Alvorlighedsgraderne defineres således:

Værdier	Beskrivelse
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	Permanent skader, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig

**Tabel 4. WHO-klassifikationer**

WHO-klassifikation	Opdagelsessted		Tværsektoriel		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Administrative processer	856	32,5	39	20,7	895	31,7
Kliniske processer	860	32,7	13	6,9	873	31,0
Kommunikation og dokumentation	308	11,7	51	27,1	359	12,7
Medicinering	489	18,6	68	36,2	557	19,8
Blod og blodkomponenter	4	0,2	0	0,0	4	0,1
Gasser og luft	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infektion	3	0,1	1	0,5	4	0,1
Medicinsk udstyr	10	0,4	1	0,5	11	0,4
Patientuheld	4	0,2	3	1,6	7	0,2
Bygninger og infrastruktur	5	0,2	2	1,1	7	0,2
Individ-team-organisation	60	2,3	2	1,1	62	2,2
Selvskade og selvmord	4	0,2	2	1,1	6	0,2
Anden utilsigtet hændelse	10	0,4	2	1,1	12	0,4
Ikke klassificeret	18	0,7	4	2,1	22	0,8
<b>I alt</b>	<b>2.631</b>	<b>100,0</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>	<b>2.819</b>	<b>100,0</b>

Den væsentligste forskel mellem WHO-klassifikationerne for hhv. hændelserne med andet opdagelsessted og de tværsektorielle hændelser er, at over en tredjedel af de tværsektorielle hændelser handler om medicinering. Godt en fjerdedel handler om kommunikation og dokumentation. Der kan dog gemme sig mange hændelser af lignende art under over-kategorierne administrative hhv. kliniske processer for hændelserne med andet opdagelsessted.

# Samarbejdet i det tværsektorielle netværk

## Aarhus Universitetshospital

### *Læring og forandring*

På Aarhus Universitetshospital (AUH) er antallet af rapporterede tværsektorielle utilsigtede hændelser steget i 2012. Det er især hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, der rapporterer hændelser til hospitalet.

I 2012 er hændelserne analyseret hvert kvartal med henblik på at identificere mønstre og tendenser, der kan danne afsæt for indsatsområder i sektorovergange. Det gennemgående tema i hændelserne er mangelfuld planlægning af udskrivelsen til hjemmet – og det drejer sig især om manglende medicinafstemning, manglende medicinbestilling og mangelfuld information. De identificerede mønstre og tendenser er fremlagt for *Det faglige råd for tværsektorielt samarbejde* på AUH i december 2012. I det nye år vil rådet træffe beslutning om, hvordan der skal arbejdes videre med disse.

På AUH har der været rapporteret én alvorlig tværsektoriel hændelse med dødelig udgang. Hændelsen er analyseret ved en patientsikkerhedsaudit med deltagelse af tværfagligt personale fra den involverede afdeling på AUH og de involverede personaler fra hjemmeplejen. Læringen af analysen er, at planlægningen af en patients udskrivelse til hjemmet skal foregå i tæt samarbejde med hjemmeplejen. Klare kommunikationsveje og dokumentation af aftaler er meget vigtige for en sikker og god udskrivelse.

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

I 2012 er der etableret et samarbejde med Århus Kommune jfr. sundhedsaftalerne. De øvrige sektorer er der indgået samarbejdsaftaler med allerede i 2011.

Risikomanagerne fra Århus Kommune og AUH mødes hvert kvartal med henblik på at drøfte fælles udfordringer i arbejdet med de tværsektorielle utilsigtede hændelser. Risikomanagerne har desuden deltaget i den anden sektors netværksmøder for patientsikkerhedskoordinatorer med henblik på at sætte fokus på den tværsektorielle rapportering for at forbedre sikkerheden i sektorovergangene.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Hospitalet mødes med risikomanagerne fra præhospitalet, psykiatrien, praksisområdet, apoteker og speciallæger i foråret 2013 med henblik på at etablere et tættere samarbejde og tværgående læring af de rapporterede hændelser. Deltagelse i Det Tværsektorielle Netværk fortsættes i 2013.

## **Kommunerne i Aarhus-klyngen**

### **Aarhus Kommune.**

#### *Læring og forandring*

- Inden for behovsafklarede områder er der nu mulighed for at italesætte / påvirke arbejdsgange og udvikling gennem mere målrettet dialog og samspil.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

- Kvartalsmøder med risikomanagere fra sekundær sektor.
- Møderne udvides i 2013 til at omfatte samarbejdspartnere i klyngen.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Fastlagte halvårlige sparring og udviklingsmøder. Der arbejdes med:

- Mere fastlagt kommissorium.
- Ad hoc inddragelse af videnspersoner fra sektorerne, som kan bidrage - men også opsamle væsentligheder m.h.p. "viden til gavn" fra mange sider.
- Afklaring af den bedste form, i.f.t. læring ud fra de registrerede tværsektorielle hændelser.

## **Hospitalsenheden Horsens**

#### *Læring og forandring*

Gennem det seneste år er samarbejdet på tværs af sektorerne blevet styrket. I forbindelse med hændelser på tværs er der øget samarbejde omkring konkrete sager.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Det tværsektorielle netværk i Horsens klyngen mødes to gange årligt. På næste møde skal der eksempelvis erfaringsudveksles i forhold til at trække data ud af patientsikkerhedsdatabasen.

## **Kommunerne i Horsens-klyngen**

### **Odder Kommune**

#### *Læring og forandring*

- Lært, at vores kontaktoplysninger hos både kommunal og offentlig leverandør skal være opdateret på kommunens hjemmeside, da sygehusets afdeling ikke havde de rigtige oplysninger på trods af, at det er sendt til dem centralt.
- Lært, at når en borger har hjælp af både privat leverandør og kommunal hjemmesygepleje, så er den interne dokumentation og kommunikation endnu mere påkrævet, da dialogen og samarbejdet ellers ikke er eksisterende.

- Lært, at dokumentationen skal være langt mere specifik ift. identificerede problemområder, besluttede handlinger og evaluering af handlingernes effekt.
- Igangsat undervisning i den konkrete case ift dokumentation.
- Igangsat sidemandsoplæring af sosu-hjælperne på ugentlige "dokumentationscafeer".

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

- Vi mødes op til 4 gange årligt i den lokale Horsens Klynge bestående af Horsens, Skanderborg og Odder ift. erfaringsudveksling omkring arbejdet som risikomanager og generelt ift. sektorovergangene.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

- Ingen særlige.

### **Skanderborg Kommune**

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Samarbejds møder i Horsensklyngen x 2 årligt - der arbejdes her generelt med tværsektorielle hændelser, risikomanager fra Horsens sygehus medtager rapport til mødet, og hver enkelt kommunes hændelser bliver gennemgået med henblik på læring generelt.

Samarbejds møder i TSN x 2 årligt.

Decentrale sagsbehandlere i kommunen kan tage direkte kontakt til de decentrale sagsbehandlere på sygehus og her samarbejde om den enkelte hændelse med henblik på direkte læring. Både kommune og Horsens sygehus har gensidige kontaktlister på Region Midt. Opfølgende hjemmebesøg.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013/14*

PROJEKT BROBYGGER er et udviklingsprojekt mellem Skanderborg Kommune og Horsens Sygehus. En medarbejder fra kommunen (brobygger) arbejder 37 timer ugentligt på Horsens Sygehus.

#### *Baggrund for projektet*

I Skanderborg Kommune har vi en formodning om at kunne optimere borgerens udskrivningsforløb ved både at se på arbejdsgange, kommunikation og informationsudveksling tværsektorielt og tværfagligt, og på hvordan de faglige ressourcer anvendes og koordineres.

Via projekt "de hensigtsmæssige udskrivningsforløb" (2010-2011 ældreområdet Skanderborg kommune) afdækkedes nogle udfordringer i samspillet mellem hospital og kommune. Blandt andet vedrørende informationsudveksling, kendskab til muligheder og tilbud i hinandens områder samt utilsigtede hændelser med risici vedrørende fx medicin og opfølgning på behandling.

I projektets analyse ser det ud til, at såvel kommune som hospital kan have svært ved at leve op til forpligtelserne i Sundhedsaftalerne.

Ovennævnte projekt har afstedkommet ideen om en brobyggerfunktion.

Brobyggeren skal give mening i et **borgerperspektiv**, et **fagligt perspektiv** og i et **organisatorisk perspektiv**:

- Set fra *borgerperspektivet* handler det om sammenhæng i patientforløbet, således at borgeren modtager den rette indsats hurtigst muligt, utilsigtede hændelser forebygges samt ikke mindst, at borgerne er maksimalt involveret og bevarer mest mulig funktionsevne.
- Set i *organisatorisk perspektiv* handler det om at bygge bro mellem hospital og kommune, dvs. skabe sammenhæng i indsatserne på tværs af faggrupper, specialer og organisatoriske enheder. Her kan det være aktuelt at kikke på arbejdsgange og samarbejdsformer.
- Set i et *fagligt perspektiv* handler det om vidensdeling og erfaringsudveksling samt udvikling og afprøvning af metoder og faglige retningslinjer, som sikrer, at sundhedsaftaler bliver mere synlige i handlinger i hverdagen.

Projekt brobygger er et udviklingsprojekt, som kan få et efterforløb med implementering af nye samarbejdsformer og arbejdsgange.

#### *Formål med projektet*

At kvalificere forløbet for den "sårbare og komplekse patient" fra indlæggelse til eget hjem med henblik på at:

- Patienten understøttes til rehabilitering og den rette indsats hurtigst muligt.
- Patienten og pårørende har en oplevelse af kunne klare sig derhjemme med den rette indsats.
- Forebygge (gen)indlæggelser.
- Lære af og forebygge utilsigtede hændelser (UTH) i sektorovergange.

#### *Målgruppen*

Borgere fra Skanderborg Kommune, som indlægges i somatiske afdelinger, HEH.

Kriteriet er, at borgeren vurderes sårbar og kompleks. Det vil i høj grad være den ældre medicinske patient, men også yngre sårbare og komplekse patienter inden for andre specialer end det medicinske. Det drejer sig om borgere, som udskrives til eget hjem eller korttids-/genoptræningsophold (Frit Valg) i Skanderborg Kommune. Plejeboliger er fravalgt i første omgang.

## **Horsens Kommune**

### *Læring og forandring:*

- Der er stadig behov for at italesætte utilsigtede hændelser i de forskellige afdelinger i organisationen, herunder hvad der skal rapporteres og hvem der skal rapportere
- Der skal arbejdes med bedre beskrivelser af hændelserne samt kvalificerede bud på forbedringer og forebyggelse af gentagelser af hændelser

### *Arbejdet med patientsikkerhed:*

- Kommunens sagsbehandlere og risikomanager mødes tre gange årligt i en netværksgruppe, alle er forpligtigede til at bidrage til dagsordenen.
- Der af holdes to årlige netværksmøder i klyngesamarbejdet, hvor hospitalets risikomanager medbringer en statestik over rapporter hvor kommunen har været opdagelsessted, de rapporterede hændelser fordeler sig på to overskrifter, medicin, kommunikation og dialog.
- Deltagelse i de årlige netværksmøder i regionen (TSN)

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

- Deltagelse i de ovenfor nævnte netværksmøder

## **Hospitalsenhed Midt**

### *Læring og forandring*

- *Medicineringsprojekt: Farmakonomen som lægens hjælp*  
På baggrund af en række indberetninger fra primærsektoren omhandlende ufuldstændige medicinlister blev der i 2011 igangsat et medicineringsprojekt, der skulle undersøge, om øgede beføjelser til medicinservice-farmakonomen kan være med til at forbedre kvaliteten af de medicinlister, der udsendes fra hospitalet. Tanken var, at medicinservice-farmakonomens øgede beføjelser ville kunne give lægen mere tid til at afstemme medicin samt anviser hensigtsmæssige ændringer i medicineringen. Projektet blev til at starte med afprøvet på enkelte afdelinger og blev efterfølgende evalueret. Her nåede man frem til, at tiltaget var en succes, og det er nu blevet rullet ud på hele Regionshospitalet Viborg. I løbet af 2013 forventes projektet at blive rullet ud til de øvrige matrikler på HE Midt.
- *Fokus på manglende mærkning af prøver udtaget i lægepraksis*  
I forbindelse med, at der d. 1. juni 2012 blev igangsat en ny ordning for transport af prøver udtaget i lægepraksis til analyse på Klinisk Biokemisk Afdeling (KBA), Regionshospitalet Silkeborg, blev det observeret ved udpakning, at KBA i stigende omfang modtager prøver, som ikke er mærket korrekt med identitetsmærkat. Sådanne prøver må kasseres, idet det jo ikke er muligt at sammenholde prøverne med den patient, de er udtaget fra. I første omgang blev samtlige tilfælde som altid registreret i afdelingens interne afvigelsesystem. Men da det blev åbenlyst, at problemet

var omfattende og ikke blot stammede fra en enkelt lægepraksis, valgte KBA at igangsætte et tiltag, hvor afdelingen rapporterer til DPSD 2, når fejl opstår. Derudover tilbagemeldes hændelser med umærkede prøver til lægepraksis. Endeligt arbejdes der i afdelingen aktivt med at finde yderligere løsninger på problemet.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Samarbejdet mellem de forskellige sektorer foregår dels i det regionale netværk for patientsikkerhed (PS-netværket), der mødes 4 gange om året. To af disse møder holdes sammen med Det Tværsektorielle Netværk, hvor kommunerne er med. Derudover er der to gange om året møder i Midtklyngen om UTH og patientsikkerhed. Gruppen består af risikomanagere fra Silkeborg, Viborg og Skive kommune, Hospitalsenhed Midt samt risikomanagere fra praksisområderne og speciallægerne.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

- Intensivering af samarbejdet mellem risikomanagerne i kommunerne og HE Midt med henblik på vidensdeling i forhold til vores hændelser samt med henblik på at styrke overgangene mellem sektorerne.
- Arbejde med at styrke hospitalsenhedens personales viden om, at de også kan indberette utilsigtede hændelser, der har fundet sted uden for hospitalets regi.
- Udrulning af et større medicineringsprojekt, der sigter mod kvalitetsforbedring af medicineringsområdet gennem en flersporet og målrettet indsats.

## **Kommuner i Midtklyngen**

### **Silkeborg kommune:**

#### *Læring og forandring*

- Der har ikke i 2012 været rapporteret tværsektorielle hændelser.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

- Internt i kommunen arbejdes kontinuerligt med udvikling af den sundhedsfaglige indsats.
- Kommunens risikokoordinatorer mødes 3-4 gange årligt med risikomanager mhp. vidensdeling, kvalificeret brug af DPSD og andet, der har relevans for gruppen.
- Kommunens risikomanager deltager i den regionale Tværsektorielle netværksgruppe.
- Der afholdes ultimo februar måned temamøde med ledere i Sundheds – og Omsorgsafdelingen om "Ledelse af patientsikkerhed", hvor facilitator er



den ene af de 2, der underviser på Syddansk Universitets kursus "Sikkerhedstænkning og Risikostyring

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

- Kontaktgruppen "Indlæggelser og Utilsigtede hændelser" i Midtklyngen, anbefaler, at risikomanager i de 3 kommuner og risikomanager i Hospitalsenhed Midt mødes hver anden måned mhp. tættere samarbejde og opfølgning på tværsektorielle og sektorovergangshændelser.

### **Viborg Kommune**

#### *Læring og forandring*

Der har ikke været igangsat aktiviteter omkring det tværsektorielle patientsamarbejde i 2012.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Viborg Kommune har i 2012 gennemført 2 kerneårsagsanalyser. I 2012 er der iværksat en aggregeret kerneårsagsanalyse på medicineringshændelser. Dette arbejde pågår i foråret 2013.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Der er ingen planlagte tværsektorielle projekter. Viborg Kommune foreslår en aggregeret kerneårsagsanalyse på medicineringshændelser, der sker tværsektorielt.

### **Randers klyngen (samlet tilbagemelding)**

#### *Læring og forandring*

- Arbejdet med en alvorlig hændelse med dødelig udgang og lavet kerneårsagsanalyse. Hospital, primærsektoren, praktiserende læge og apoteket var parter i sagen. Det har betydet ændring af medicindoserings-skema på sygehuset, ændring af procedure både ved den praktiserende læge og ved primær-sygeplejerskerne. Ved primær-sygeplejerskerne er der udviklet en instruks vedr. udskrivelse/modtagelse af borgere fra hospitalet. I primærsektoren fokus på introduktion af nye sygeplejersker, mulighed for refleksionsrum til sygeplejerskerne til udvikling af det faglige skøn, og fokus på individuelle kompetencer og forskellighed.
- Erfaringsudveksling og læring til hele klyngen, da tværsektorielle hændelser altid er et punkt på dagsordenen.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Fremadrettet vil vi udvikle på følgende:

- Kommissorium for arbejdet med utilsigtede hændelser i sektorovergange i Randers klyngen. Der er lavet et udkast, som vi anser for værende et dynamisk stykke papir, der kan og skal udvikles på.
- Arbejde med konkret case i klyngen og dermed skabe mulighed for at udvikle et redskab/metode, som kan benyttes ved de utilsigtede hændelser i sektorovergange blandt de implicerede parter m.h.p. at skabe læring i organisationen.
- Vi afventer fælles medicin kort (FMK) og de udfordringer det vil give for samarbejdet mellem sektorer.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Som nævnt ovenfor.

### **Norrdjurs Kommune**

#### *Læring og forandring*

Norrdjurs Kommune er først påbegyndt arbejdet med utilsigtede hændelser for alvor i 2. halvdel af 2012. Det er derfor begrænset, hvor langt vi i kommunen er nået. Men samarbejdet med øvrige kommuner og Regionshospitalet Randers i klyngen, har givet god indsigt i og forståelse for de tværsektorielle hændelser. Der har endnu ikke været tværsektorielle hændelser.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Se ovenfor.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Ingen aktuelle forslag.

### **Randers Kommune**

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Vi mødes i Randers klyngen regelmæssigt og diskuterer fælles problemstillinger; erfaringsudveksling, det tekniske system, implementering af læring, analyse af hændelser og handleplaner. Tiltag, som tages på baggrund af de hændelser, som viser sig, fx samarbejde med apotekerne/farmaceuter i Randers omkring kvalitetssikring i forbindelse med medicinbehandling.

Vi har lavet en kerneårsagsanalyse grundet en hændelse med dødelig udgang, hvor vi har arbejdet tæt sammen med hospitalet og trukket på risikomanagerens erfaringer.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Vi mødes fortsat i Randers Klyngen og udvikler på vores samarbejde.

Vi skal have implementeret kommissorium for arbejdet med UTH i sektorovergange. Dette arbejde skal kvalificeres, implementeres og udvikles.

## **Syddjurs kommune**

### *Læring og forandring*

Vi har i Syddjurs kommune ikke været involveret i en tværsektoriel hændelse i 2012

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Vi har i Syddjurs kommune pilottestet undervisningsmateriale om patientsikkerhed til borgere, der deltager i patientundervisning. Dette vil vi fortsætte med i 2013, da det er vigtigt, at patienterne selv er klædt på til at sikre deres egen sikkerhed i sundhedsvæsenet samt, at patienter ligger inde med viden om utilsigtede hændelser, som er lærerigt for sundhedsvæsenet at få viden om.

Ligeledes er de lokale patientforeninger blevet informeret om indberetninger af UTH og patientsikkerhed.

Vi har i Randers klyngen modtaget undervisning i dataudtræk fra DPS2. DPS2 volder fortsat problemer, da de kommunale institutioner ikke er oprettet i SOR.

I forbindelse med, at Region Midt har omlagt forløb for apopleksipatienter, har Syddjurs kommune haft en skærpet opmærksomhed på at få indberettet UTH.

Ligeledes er der ved at ske en ændring af svangre forløb, og sundhedsplejerskerne er opfordret til at skærpe opmærksomheden på at få indberettet UTH.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Workshop i DPS2 dataudtræk.

## **Favrskov Kommune**

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Favrskov Kommune rapporterer løbende hændelser, der involverer andre sektorer. Der er primært tale om hændelser, hvor Favrskov Kommune er opdagelsessted. Favrskov Kommune samarbejder med Regionshospitalet Randers, Syddjurs, Norddjurs og Randers Kommuner omkring opfølgning på tværsektorielle hændelser. I denne forbindelse arbejdes der på at udvikle fælles redskaber og metoder, som kan benyttes ved de utilsigtede hændelser i sektorovergange, så der skabes læring blandt alle parter, der er involveret i hændelsen.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Se ovenfor.

## Hospitalsenheden Vest

### *Læring og forandring*

I Hospitalsenheden Vest ses, at de *administrative processer* udgør 32 % og *kommunikation og dokumentationsprocesser* udgør 29 % af det samlede antal hændelser. Hovedparten handler om uklarhed i indkaldelser og henvisninger, som gør, at patientforløbet forsinkes og der sker forskellige kvalitetsbrist. Der er igangsat flere tværsektorielle projekter på området:

- Udviklingsprojekt i samarbejde med almen praksis og Nære Sundhedstilbud. Styregruppen for projektet går videre med en del tekniske forbedringer i MidtEPJ samt forbedringer af arbejdsgange i sektorovergange. Projektet skal deles i regionen i 2013.
- Udredning af årsagen til forsinket udsendelse af genoptræningsplaner. Området er analyseret og der gøres en indsats for nye arbejdsgange i MidtEPJ. Der vil være månedlig opfølgning i 2013.

Fejl i *medicineringsprocessen* udgør ca. 25 % af hændelserne i HEV.

Medicinhåndteringsgruppen på tværs i HEV tager i marts 2013, initiativ til en tværfaglig og tværsektoriel kvalitativ audit på hele medicineringsprocessen for udvalgte risikopatienter.

I januar 2012 blev afholdt en tværsektoriel temadag med fokus på medicin i overgange. Her deltog 120 medarbejdere fra begge sektorer. Dagen skabte større klarhed over arbejdsgange i medicinprocessen og bidrog til forbedringer af kommunikationsredskaber i overgange. Idéer er givet videre til bl.a. udviklingsgruppen for MidtEPJ.

HEV har taget konceptet for waste-runder i brug. Der er gået 6 runder i 2012 på hhv. medicinske sengeafsnit og akutafdelingen. Hospitals-, afdelings- og funktionsledelser får - på en relativt hurtig måde - indsigt i, hvilke aktuelle patienter, der er i afdelingen, hvorfor de er der, og ikke mindst, hvilke planer der er lagt. Der har deltaget repræsentanter fra primær- og praksissektoren. De foreløbige erfaringer er, at patientforløbene er effektivt tilrettelagt, og at de indlagte patienter er dårlige og har behov for hospitalets kompetencer. Der er dog også påvist et potentiale for en fremtidig anderledes opgavefordeling mellem sektorerne. Waste-runderne fortsætter i 2013, hvor der også vil blive kigget på ambulante forløb.

Der har været afviklet en tværsektoriel dyberegående analyse, og en ny er på vej. Erfaringerne med den første viste, at analyseteamets sammensætning i forhold til beslutningskompetencer er afgørende. Når teamet udformer handleplaner, skal de være realistiske at gennemføre i begge sektorer.

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Vestklyngen og HEV har forankret patientsikkerhedsarbejdet i Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed, og der er udarbejdet et kommissorium for gruppen.

Gruppen mødtes 2 gange i 2012. Der er brugt tid på at diskutere, hvad en tværsektoriel hændelse er, og hvordan vi får gang i indrapporteringerne. I HEV har der været tradition for at indrapportere til samarbejdsgruppen "Gør et godt samarbejde bedre", men efter nyorganiseringen og indførelse af DPSD 2, kommer der ikke det samme antal indrapporteringer.

Ved hvert møde er drøftet tendenser i indrapporteringerne og læring af de enkelte cases.

Samarbejdsgruppen deltog sammen med de andre samarbejdsgrupper i Vestklyngen i en temadag om "organisering af sundhedsarbejdet i Region Midtjylland", herunder præcisering af, hvor og hvordan utilsigtede hændelser og patientsikkerhed bliver formidlet og håndteret i de enkelte samarbejdsgrupper. Samarbejdsgruppen har indstillet over for Faglig Følgegruppe, at psykiatrien deltager i gruppen med begrundelsen, at der er gensidig læring på tværs af somatik og psykiatri, som kan gavne den samlede patientsikkerhed. Det er rationelt for kommunerne at drøfte patientsikkerhed ét sted frem for at køre parallelle systemer. Der er flere patienter med både somatiske og psykiatriske lidelser. Fra 2013 deltager en repræsentant for patientsikkerhed i Regionspsykiatrien Vest i samarbejdsgruppen.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Der er foretaget tværsektoriel audit på henvisninger og epikriser som en del af monitoreringen af udviklingsprojektet med Nære sundhedstilbud og almen praksis.

Fortsat fokus på rettidig udsendelse af genoptræningsplaner.

Fortsætte med waste-runder og øget opmærksomhed på ændret opgavefordeling mellem sektorerne.

Opnå større klarhed over, hvordan patientsikkerhed skal indgå i samarbejdsgruppernes arbejde.

## **Herning Kommune**

### *Læring og forandring*

- Vi har haft en dybere tværsektoriel årsagsanalyse. Sagen drejer sig om et patientforløb med tre genindlæggelser på gule papirer over en periode på 17 dage.

Konklusion efter analyse mødet:

Forløbet kunne ikke have været meget anderledes, da patienten er svært syg med mange konkurrerende lidelser og er i stor risiko for udvikling af delir. Såvel kommune som praksis syntes, det gav mening og læring at deltage i analysen.

Vi formoder, at vi vil se flere og flere gamle patienter med multisygdomme, hvor delir er en hyppig komplikation, særligt hos gamle. Udskrivelser af gamle patienter med delir eller begyndende delir kræver en særlig indsats i et tværsektorielt samarbejde.

- Herning Kommune har modtaget to utilsigtede hændelser fra anden sektor (den ene fra Hospitalsenheden Vest og den anden fra praktiserende læge). Der kan på baggrund af de få rapporter ikke ses nogen mønstre eller tendenser af utilsigtede tværsektorielle hændelser i Herning Kommune.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

- DPSD er ikke et brugervenligt system:  
Specielt søge- og rapportmodulerne er komplicerede.  
WHO klassifikation – svært at udfylde optimalt.  
De felter rapportør SKAL udfylde er ikke obligatorisk, for at rapporten kan sendes ind. Det bør det være, da der ellers mangles data.
- En utilsigtet hændelse kan have flere ejermænd. Hvem gør hvad?  
Organiseringen af Vestklyngens tværsektorielle samarbejde kan være årsag til, at en rapport kan ligge i flere samarbejdsgrupper. Eksempelvis en uheldig udskrivelse, hvor der er problemer med hjælpemidler og medicinen. Sagen kan ligge i indlæggelses-/udskrivningsgruppen + hjælpemiddelgruppen + medicin håndteringsgruppen + patientsikkerhedsgruppen. Hvem ejer sagen? Arbejder alle fire grupper med sagen, eller er det den gruppe, hvor problemet vægtes størst? Hvordan skabes forbindelse mellem grupperne?
- Det er fortsat en udfordring at få medarbejderne til at rapportere alle tværsektorielle utilsigtede hændelser.
- Den største udfordring er: Hvilke metoder kan vi anvende for at skabe læring bedst muligt? Og hvordan formidler vi læringen?

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

- Psykiatrien indgår i Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen fra 2013.

### **Holstebro Kommune**

#### *Læring og forandring*

Erfaringerne gennem anvendelse af tværsektorielle utilsigtede hændelser i patientsikkerhedsarbejdet er præget af den startfase, arbejdet stadig er i, med et stærkt begrænset data- og erfaringsmateriale til følge.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Fokus på Patientsikkerhedsarbejdet i Holstebro kommune øges fremadrettet, hvor arbejdet med utilsigtede hændelser i et meningsfyldt læringsperspektiv ses i naturlig sammenhæng med kvalitetsudviklingsarbejdet internt og det tværsektorielle samarbejde.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Holstebro Kommune vil fortsat medvirke til og spille en aktiv rolle i udvikling af samarbejde og patientsikkerhed i det tværsektorielle samarbejde på regions- og klyngeplan.

### **Ikast-Brande kommune**

Der har været et tværsektorielt møde vedrørende analyse af en alvorlig utilsigtet hændelse. Læringen var især en bekræftelse af betydningen af et godt samarbejde og gode handlinger. Desuden blev der udarbejdet nye procedurebeskrivelser.

Der er lokalt fortsat meget fokus på rapportering. Fremadrettet skal der arbejdes med mere kvalificerede beskrivelser af hændelsesforløbet/årsagsbeskrivelser i hændelserne.

Arbejder lokalt med medicinering – anbefalinger om at have fokus på området i 2013 og 14 ud fra en innovativ og kreativ tilgang.

Gennemgang lokalt af rapporten: "Medicinering i hjemmeplejen og plejeboliger".

### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Løbende fokus på patientsikkerheden, herunder udvikling af metoder med fokus på handling og læring.

### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Styregruppemøder lokalt i kommunen med risikomanager

Møder i lokal erfa-gruppe kommunalt (Vestklyngen).

Møder i Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen.

Møde med Regionen.

Deltagelse i diverse kurser om patientsikkerhed.

### **Ringkøbing-Skjern kommune**

#### *Læring og forandring*

Optælling viser, at det hovedsageligt er forglemmelser samt at give medicin til bestemt klokkeslæt, der angives som væsentligste årsag til rapportering. Der har ikke været konsekvenser for borgerne. Internt i fagområdet Sundhed og Omsorg vil vi i det kommende år undersøge, om det er muligt at finde gode alternativer til forglemmelse. Endvidere vil vi se på undervisning af personalegrupper samt på besparelser ved at gøre tingene rigtigt første gang.

### **Praksissektoren og Apoteker**

#### *Læring og forandring*

Der er i 2012 ikke rapporteret tværsektorielle hændelser, der har krævet dybere analyser.

Der er rapporteret 936 hændelser med hændelsessted i praksisområdet (823) og på apoteker (113). 862 af disse hændelser er rapporteret med opdagelsessted i en anden sektor.<sup>4</sup> Det vil sige, at hændelserne er rapporteret fra én sektor (hospitaller og kommuner), men er udredt i almen praksis eller på apoteker. Ingen af hændelserne er rapporteret som alvorlige eller dødelige.

Der er afsluttet et projekt om "Kvalitetsudvikling af epikriser og henvisninger" i regi af Hospitalsenheden Vest, Nære Sundhedstilbud og Praksiskonsulentordningen. Projektets anbefalinger forventes at blive implementeret i regionen i løbet af 2013.

En del af anbefalingerne knytter an til medicinlisterne i såvel henvisninger som epikriser. Blandt andet har det vist sig, at der i et enkelt lægesystem genereres medicinlister, der ikke er hensigtsmæssige. Dette er i øjeblikket ved at blive udredt.

Størstedelen af hændelserne i almen praksis rapporteres fra hospitalerne og omhandler prøvemateriale, der ikke identificeres korrekt. Disse hændelser er alle kategoriseret med alvorlighedsgraden: *Ingen skade* eller *Mild*. Risikomanageren er i dialog med den enkelte praksis om hændelserne.

Håndskrevne (papir-) recepter udgør en potentiel risiko for fejl, idet der er risiko for, at apotekspersonalet kan læse forkert og efterfølgende taste forkert. Risikoen gælder både i forhold til præparatet og i forhold til dosis. Apotekernes arbejdsgange er i dag baseret på recepter, der udarbejdes og sendes elektronisk. Et af regionens apoteker har samlet håndskrevne recepter, og det har vist sig, at de hovedsageligt kom fra hospitalet. Hospitalet har gennemgået recepterne og har konkluderet følgende:

*"Ved gennemgang af recepterne ses flere recepter skrevet ud af læger til familiemedlemmer, men også recepter på ikke-markedsførte lægemidler, magistrelle lægemidler og sondeernæring, hvor de sidste kræver en speciel blanket. Forklaringen er, at Sundhedsstyrelsen ikke har godkendt disse lægemidler, og de derfor ikke har et officielt varenummer."*

Papirrecepter kan således ikke helt undgås, hvorfor apotekerne skærper kontrollen i forbindelse med håndtering af disse recepter.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Som en udløber af Det Tværsektorielle Netværk i regionen er der nedsat 5 netværksgrupper, svarende til klyngestrukturen.

---

<sup>4</sup> Disse tal dækker oprettede sager – ikke afsluttede som i tabellerne side 11 – 17.



Der afholdes møder i hver gruppe 2 gange om året. I netværksgrupperne udveksles erfaringer om patientsikkerhedsarbejdet, sagsbehandling, brug af DPSD's rapportmodul og mange andre emner.

Her gives også en samlet tilbagemelding til kommunerne i forhold til de hændelser, der rapporteres til praksisområdet og apotekerne.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

I 2012 blev det forsøgt at gennemføre et projekt vedrørende dosisdispensering med det formål at få forbedret kvaliteten af de rapporterede hændelser og dermed gøre det muligt at arbejde med hændelser på aggregeret niveau. Desværre kom der ikke tilstrækkelige data i løbet af projektperioden. Det overvejes, om der skal gøres et nyt forsøg i 2013.

Med implementering af "Fælles medicinkort" (FMK), forventes der en optimering af medicinsikkerheden. Der vil i 2013 være fokus på utilsigtede hændelser, der kan relateres til FMK.

I en af klyngerne vil der blive gjort et forsøg på at lave *fokuseret rapportering*. Hermed menes, at der i en given periode rapporteres utilsigtede hændelser af en bestemt kategori. Det er meningen at rapportere de hændelser, der kan relateres til medicinlisterne i epikrisen til den praktiserende læge. I en periode på 4 uger skal den praktiserende læge, hvis det er muligt, rapportere en hændelse om ugen. Formålet med denne form for rapportering er at give hændelsesstedet (hospitalet) mest muligt at arbejde med.

## **Præhospitalet**

### *Læring og forandring*

Præhospitalet har lavet 3 dybdegående analyser, hvor der har været et tværsektorielt samarbejde med parter fra andre hospitaler og brand og redning. Dette har blandt andet ført til:

- Klarlagt kommandovejen, når der ved et skadessted med politi og brand og redning skal kaldes efter flere præhospitale enheder. Dette skal ske via 1-1-2, således at AMK-Vagtcentralen kan visitere og disponere de rette beredskaber til skadesstedet.
- Opdateret instruks for træning af nødkald hos ambulanceentreprenørerne.
- Udarbejdet instruks/retningslinje for forflytning af patienter til akuthelikopter.
- PreHospital Trauma Life Support kursus til præhospitale læger og akutsygeplejerske.
- Der blev planlagt internt audit på et regionshospitals traumemodtagelse med henblik på:
  1. hurtig overflytning af traumepatienter

2. nødkirurgi
3. tidlig og hurtig overflytning af stabile hovedtraumer.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Præhospitalet har ikke deltaget i klyngesamarbejdet endnu. Da Præhospitalet dækker hele regionen, alle kommuner og hospitaler, er Præhospitalet ikke med i en bestemt klynge, men deltager i klyngesamarbejdet efter behov. Præhospitalet holder halvårlige møder med politiet, og her bliver problemstillinger/temaer fra utilsigtede hændelser taget op. Præhospitalet har etableret et mødeforum med Praktiserede Lægers Organisation, hvor patientsikkerhed også bliver drøftet.

#### *Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013*

Der er ikke planlagt nogle tværsektorielle aktiviteter på nuværende tidspunkt.

### **Psykiatri og Social – behandlingspsykiatrien og det regionale sociale område**

#### *Læring og forandring*

Det regionale sociale område og behandlingspsykiatrien har i 2012 gennemført en omfattende tværsektoriel analyse omkring sektorernes samarbejde om en beboer/patient med dom til behandling. Analysen tydeliggjorde kompleksiteten af forløb, som involverer både den regionale socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, og gav anledning til at styrke samarbejdet mellem de to sektorer samt en række andre involverede parter.

Der er på baggrund af analysen iværksat et intensiveret arbejde dels omkring sikkerhed i de regionale sociale områder og behandlingspsykiatriens afdelinger, og dels omkring samarbejde og kontinuitet i overgange mellem sektorerne.

Handlinger og tiltag, som er udsprunget af analysen, er blandt andre:

- udarbejdelse af samarbejdsaftaler mellem de regionale sociale områder og behandlingspsykiatriens afdelinger, særligt i forhold til at sikre samarbejdet omkring beboere/patienter med dom til behandling,
- udmøntning af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt behandlingsdom eller dom til ambulans behandling,
- udarbejdelse og implementering af sikkerhedsmodeller i begge sektorer, med henblik på at sikre personale, beboere/patienter og pårørende mod vold og risikobetonede arbejdssituationer,
- indførelse af redskaber til systematisk vurdering af risikoen for vold, herunder konsekvent anvendelse af Brøset Violence Checkliste på alle socialpsykiatriske botilbud med henblik på at forebygge risikosituationer.

Analysen blotlagde i øvrigt et lovgivningsmæssigt problem, der knytter sig til, at det regionale sociale område er omfattet af rapporteringsforpligtelsen via lovgivningen på sundhedsområdet. Det viser sig i mange sammenhænge at være

svært eller umuligt at skelne sundhedsfaglig virksomhed fra anden virksomhed på socialområdet. Der kan opstå tvivl om, hvorvidt alle hændelser på socialområdet kan forstås som værende forekommet i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed og dermed omfattet af og beskyttet af lovgivningen om patientsikkerhed.

#### *Arbejdet med patientsikkerhed*

Det regionale sociale område og behandlingspsykiatrien er organiseret under psykiatri- og socialledelsen og har fælles administration. Risikomanagere for det regionale sociale område og behandlingspsykiatrien er placeret i samme afdeling i administrationen, hvilket muliggør et tæt samarbejde omkring tværsektorielle hændelser, som involverer de to sektorer.

### **Speciallægepraksis**

Der er ikke rapporteret tværsektorielle hændelser på området. Der har dog været en enkelt sag om "doctor-shopping" med involvering af flere speciallæger og almen praksis, som drejede sig om afhængighedsskabende medicin. Når FMK er implementeret, vil denne type hændelser formentlig minimeres.

I speciallægepraksis har udviklingen ikke rykket sig særligt ila. 2012. Sektoren består af flere, mindre og temmeligt forskellige enheder, hvor det ofte ikke giver umiddelbar mening at arbejde med utilsigtede hændelser. Projekterne om fejlmærkede prøver har dog naturligvis også berørt speciallægepraksis.

Risikomanager fik sammen med kontaktpersonen for speciallægerne arrangeret et møde i maj, hvor ordningen blev fremlagt og diskuteret ved et møde i FAPS. Speciallægerne tog godt imod oplægget og kunne godt se nogle fordele ved systemet og nogle potentielle risikoområder, som det kunne være hensigtsmæssigt at arbejde med. Men der var også tøven over for tidsforbruget og over for database-plattformens muligheder og begrænsninger. Et forslag om en "patientsikkerhedsuge" i speciallægepraksis lykkedes det ikke at gennemføre.

Risikomanager deltager regelmæssigt i klyngemøderne i samtlige fem klynger.

#### *Planlagte aktiviteter for 2013*

Da sektoren kun af historiske grunde håndteres i Strategisk Kvalitet, er det tanken at lægge håndteringen sammen med den øvrige primærsektor, der varetages i Nære Sundhedstilbud.

## Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2013

Klyngesamarbejdet er nu kommet i gang i alle regionens klynger, og alle klynger rapporterer, at de vil fortsætte dette samarbejde. Nogle klynger vil øge deres mødefrekvens, fordi arbejdet opleves meningsfuldt og værdiskabende. I løbet af 2012 er der blevet udført flere dybdegående analyser af alvorlige hændelser i sektorovergangene, og læring er skabt og delt. At fortsætte og videreudvikle dette samarbejde er den væsentligste og hyppigst nævnte tværsektorielle aktivitet for 2013.

Det tværsektorielle samarbejde er konsolideret så langt, at én klynge fx har udarbejdet kommissorium og udviklet en lokal retningslinje for rapportering. Samarbejdet har mange steder fundet sin form. Regionen støtter op om dette samarbejde og bidrager gerne med viden, kompetencer osv. Såvel fra Nære Sundhedstilbud som fra Kvalitet og Sundhedsdata deltager medarbejdere så vidt muligt i alle klyngemøder, også for at kunne bidrage til at bære viden og erfaring på tværs mellem klyngerne.

I flere klynger fokuseres på de samme permanente udfordringer, først og fremmest medicinering og den tværsektorielle kommunikation – henvisninger, epikriser og genoptræningsplaner. Et særligt indsatsområde er fejlmærkede prøver, som to laboratorier i regionen har fokus på og vil fortsætte med i 2013. I 2013 skal det fælles medicinkort FMK implementeres på alle hospitaler og i almen praksis. Denne nyskabelse vil blive fulgt tæt såvel fra regionalt som fra kommunalt hold med henblik på så tidligt som muligt at opfange eventuelle risici og forbedringsmuligheder. Medicineringshændelser er og bliver de hyppigst rapporterede hændelser, såvel inden for den enkelte sektor som imellem sektorerne.

Der hersker uændret nogen usikkerhed med hensyn til, hvad en tværsektoriel hændelse helt præcist er. Der er dog tegn på, at de definatoriske vanskeligheder kommer til at fylde mindre, efterhånden som man får arbejdet sig ind på hinanden. Når det kommer til de konkrete hændelser, som efterhånden drøftes rutinemæssigt i næsten alle klynger, er det mere de praktiske, konkrete forhold, der tæller og ikke teoretiske definitioner. I 2013 og fremover vil vi i netværket arbejde på at udvikle begrebet 'hændelser i sektorovergange', så læringsperspektivet optimeres og det konkrete ejerskab til hændelsen får mindre betydning.

Når der ikke bliver rapporteret flere hændelser som tværsektorielle eller med andet opdagelsessted, end der gør, kan det skyldes, at de sundhedsprofessionelle måske ikke er helt opmærksomme på muligheden for og betydningen af

at rapportere uden for eget domæne. En enkelt hospitalsenhed nævner dette som et indsatsområde inden for hospitalet. Det er et område, som fortjener udbredelse i hele regionen.

Netværket holdt sit første møde i maj 2011, så det er fortsat et ganske ungt foretagende. Kommunerne og klyngerne er fortsat på forskellige stadier fra det erfarne og højt prioriterede til det mere prøvende. Der er fortsat kommuner i regionen, hvor efterlevelse af sundhedsaftalen om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser kun er i sin spæde start. Vi finder det vigtigt, at der skabes mulighed for, at de kommuner, der har svært ved at komme i gang, kan høste erfaringer og viden fra netværket. Årsrapporten er en vigtig del af denne vidensdeling.

Vi ser frem til at fortsætte den positive udvikling af samarbejdet og det voksende engagement, vi har iagttaget indtil nu. Op til årsskiftet 2014-15 skal sundhedsaftalerne fornys. Til den tid er det naturligt at tage hele området op til fornyet overvejelse og se, hvilke nye tiltag, det kan være hensigtsmæssigt at sætte i værk.

