

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorover- gange

Årsrapport for 2013

Titel: Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange. Årsrapport for 2013

© Region Midtjylland. Kvalitet og Data. Strategisk Kvalitet.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet september 2014

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

URL: www.regionmidtjylland.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	4
Sammenfatning	6
Indledning	9
Sektorovergangshændelser	10
Definitioner	10
Antal og fordeling af de rapporterede hændelser	11
Alvorlighedsgrad	13
Hændelsestyper	14
Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk	18
Aarhusklyngen	18
Aarhus Universitetshospital	18
Aarhus Kommune	18
Midtklyngen	20
Hospitalsenhed Midt	20
Viborg Kommune	21
Skive Kommune	21
Silkeborg Kommune	22
Randersklyngen	23
Regionshospitalet Randers	23
Favrskov Kommune	24
Norddjurs Kommune	24
Syddjurs Kommune	24
Randers Kommune	25
Horsensklyngen	26
Hospitalsenheden Horsens	26
Horsens Kommune	26
Hedensted Kommune	26
Skanderborg Kommune	27
Vestklyngen	29
Hospitalsenheden Vest	29
Herning Kommune	31
Holstebro Kommune	31
Ringkøbing-Skjern Kommune	32
Ikast-Brande Kommune	33
Struer Kommune	33
Øvrige regionale sektorer	34
Præhospitalet	34

Socialområdet	34
Psykatrien	35
Praksissektor og Apoteker	36
Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed.....	38

Sammenfatning

Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN-netværket) er veletableret og næsten alle af de 19 kommuner er nu deltagende. I alle klynger¹ arbejdes der med analyser af tværgående hændelser. Der er dog stadig forskel på, hvor langt man er kommet i klyngesamarbejdet i de enkelte lokale klynger. Flere klynger har udvidet samarbejdet til også at omfatte andre initiativer inden for patientsikkerhedsarbejdet, klyngerne er derfor generelt ret forskelligartede i forhold til organisering og anvendte metoder.

Mange af klyngerne arbejder med aggregerede analyser² af utilsigtede hændelser for at identificere indsatsområder, og nogle klynger gør en stor indsats for at finde andre metoder til at løfte det tværsektorielle arbejde til nye højder og også den proaktive tilgang til patientsikkerhed er på vej ind flere steder. Et eksempel herpå er, at der på et hospital gås Waste-runder i samarbejde med primær- og praksissektoren, for at identificere problemstillinger i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

Det tætte tværsektorielle samarbejde i netværket og klyngerne har imidlertid også tydeliggjort, at anvisningerne i sundhedsaftalerne ikke altid bliver fulgt konsekvent. Dermed kan netværket konstatere, at sundhedsaftalerne ikke er helt så velimplementerede som ønsket.

Der blev i 2013 rapporteret 1689 hændelser med relation til sektorovergange. Netværket finder, at dette tal ikke afspejler det reelle antal hændelser, der opleves i den kliniske hverdag på tværs af sektorerne. Det er derfor ønskeligt, at langt flere af de tværsektorielle hændelser bliver rapporteret, da den læring, der kan komme ud af analyserne af disse hændelser, kan være meget svær at få på anden vis. For patienterne er det ikke afgørende, om en utilsigtet hændelse er sket i den ene eller den anden sektor. For patienterne er det afgørende, at vi som sundhedssystem lærer af vores fejl og derved forebygger, at de sker igen.

Overordnet set, ses det samme mønster i rapporteringen af utilsigtede hændelser i sektorovergangene fra 2012 til 2013. Det er forsat kommunerne, der er bedst til at

¹ 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.

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

rapportere utilsigtede hændelser (UTH'er) til de andre sektorer. Hospitalernes rapporter til almen praksis sker primært fra de parakliniske afdelinger. Hospitalerne rapporterede kun 30 hændelser til kommunerne i 2013 og der er derfor behov for langt flere rapporter fra hospitalerne til kommunerne

I mange af kommunerne er rapporteringskulturen allerede ret veludviklet, men der er behov for at udvikle kvaliteten af rapporteringerne, da det ikke altid er muligt at undersøge alle hændelser rapporteret fra kommunerne. Hændelserne kan eksempelvis være beskrevet meget kort, være uden oplysninger om, hvem der er rapportør og uden patient-ID. I så fald er det vanskeligt at følge op på hændelsen og derved opnå læring.

Udskrivelser fra hospitalet

I klyngerne er udskrivelser fra hospitalet et af de store indsatsområder. Flere klynger har identificeret dette område som specielt problemfyldt. Genoptræningsplaner er f.eks. ikke afsendt eller for sent afsendt. For sent afsendte epikriser og manglende informationer til det modtagende personale er en del af hverdagen for kommunerne, som giver en masse ekstraarbejde for personalet og medfører en patientrisiko. Klyngerne har taget forskellige initiativer til at forbedre sektorovergangene i forbindelse med udskrivelse fra hospitalerne. En klynge har eksempelvis udarbejdet en tjekliste til udskrivelser; andre har i det forgange år udarbejdet retningslinjer og flere er på vej.

Kommunikation

Det er ved analyser og eksempler synliggjort, at nogle af de udfordringer, der er i kommunikationen mellem sektorerne ved udskrivelse af patienten, herunder forsinkede eller manglende genoptræningsplaner, endnu ikke er tilstrækkeligt løst. I efteråret 2013 startede implementeringen af nye Med Com standarder til udveksling af kommunikation ved borgeres indlæggelse og udskrivelse. Der er i netværket forventninger til, at det kan forbedre en del af kommunikationen på tværs af sektorerne.

Fejl i medicin ved udskrivelser

Medicineringshændelser udgør en betragtelig del af hændelserne. Klyngerne beretter samstemmende om, at hyppigt rapporterede problematikker handler om mangelfuld planlægning af udskrivelsen til hjemmet, herunder manglende medicinafstemning og opdatering af medicinlister. En stikprøve har vist, at der er fejl og uoverensstemmelser i patienternes medicinliste ved udskrivelsen fra hospitalerne i op mod 50 % af udskrivelserne. Dertil kommer ændringer i medicin ved ambulatoriebesøg, som ikke bliver tilstrækkeligt kommunikeret videre til primærsektor, manglende bestilling af ny medicin samt for lidt medicin medgivet ved udskrivelsen. Udfordringer med at sikre, at den medsendte medicinliste er korrekt og opdateret fra begge sektorer, skal tages alvorligt, da fejl i medicinlister udgør en betragtelig og større patientrisiko i kommunerne, hvor kompetenceniveauet er anderledes end på hospitalerne. Det Fælles Medicinkort (FMK) vil være løsningen for de fleste af disse hændelser, men det forudsætter korrekt og 100 % anvendelse af systemet i alle sektorer.

Der er således fortsat god grund til at have stor opmærksomhed på at fremme det tværsektorielle samarbejde, hvor der fortsat er plads til forbedringer for at sikre de gode patientforløb. Vidensdeling mellem klyngerne via denne årsrapport kan give inspiration til en yderligere styrkelse af samarbejdet mellem sektorerne.

Indledning

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

Formandskabet i netværket varetages af regional risikomanager Heidi Aagaard, Kvalitet og Data, Region Midtjylland og en kommunal medformand: Risikomanager Mette Bredsgaard, Viborg Kommune. Kvalitet og Data sekretariatsbetjener netværket. Det TværSektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN-netværket) har i 2013 afholdt 2 møder, hvor fokus bl.a. har været på brugen af DPSD- systemet og alvorlige utilsigtede hændelser.

Denne rapport er TSN-netværkets tredje årsrapport og indeholder som de tidligere år statistiske oplysninger om de rapporterede hændelser i sektorovergangene og beskriver arbejdet i regionen og kommunerne. Bidrag til årsrapporten er indsamlet fra sektorerne i TSN-netværket i februar 2014. Bidragsyderne har leveret dels kvalitative beskrivelser af deres arbejde i 2013, dels trukket tal fra DPSD til belysning af de rapporterede hændelser i sektorovergangene.

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

Klyngesamarbejdet omkring patientsikkerhed har den store fordel, at risikomanagerne i sektorerne kender hinanden, hvilket styrker samarbejdet omkring både analyser og læring af hændelser i overgangene.

Samarbejdet i klyngerne og netværket skaber en bedre forståelse for 2 eller flere komplekse verdener, hvor der i fællesskab skal arbejdes på at skabe gode forløb for borgerne på tværs af sektorerne.

Sektorovergangshændelser

I arbejdet med de utilsigtede hændelser bruges en række definitioner.

Definitioner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uanset hændelsens placering i den ene eller den anden kategori, handler hændelserne ofte om mangler ved overlevering af ansvaret for patienten/borgeren til en anden sektor. Det er meget forskelligt og kan virke lidt tilfældigt, hvorvidt en hændelse er markeret som *tværsektoriel* eller andet *opdagelsessted*. Ikke alle kommuner og regionale enheder benytter de to kategorier ens. To næsten identiske hændelser kan være kategoriseret forskelligt. I sundhedsaftalernes definitioner lægges der vægt på læringsper-

spektivet for parterne/sektorerne, men det kan i mange tilfælde være vanskeligt at afgøre, hvorvidt det kun er én af parterne, der kan opnå læring af en opstået utilsigtet hændelse. Der er derfor ikke mange gode grunde til at holde de to typer af hændelser adskilt, men begge typer er lige relevante i det tværsektorielle samarbejde. Derfor er det i år for første gang valgt, at vise tallene for både hændelser kategoriseret som tværsektorielle og andet *opdagelsessted* samlet under betegnelsen *sektorovergangshændelser*.

Antal og fordeling af de rapporterede hændelser

Der er i alt behandlet 1689 sektorovergangshændelser³ i 2013 i Region Midtjylland og de tilhørende kommuner, jf. tabel 1 herunder. I perioden er der dog samlet set behandlet 15680 utilsigtede hændelser i kommunerne og 11175 utilsigtede hændelser i de regionale sektorer; i alt 26855 hændelser. Sektorovergangshændelser udgør således alene 6,3 % af det samlede antal hændelser.

Tabel 1

Sektorovergangshændelser 2013								
	Involveret Lokation (rapporterende opdagelsessted / tværsektoriel part)							
Lokation (Hændelsessted)	Offentlige Sygehuse (inkl. Psykiatri)	Regionale botilbud (socialområdet)	Præhospital og ambulancer	Praksissektoren ⁴	Apoteker	Privathospitaler og hospice	Kommuner	I alt
Offentlige Sygehuse (inkl. Psykiatri)	154	2	19	70	63	1	554	863
Regionale botilbud (socialområdet)	6	2	0	0	0	0	0	8
Præhospital og ambulancer	33	0	2	1	0	0	10	46
Praksissektoren	484	3	39	4	47	0	64	641
Apoteker	5	3	0	5	4	0	73	90
Kommuner i Region Midt	30	0	1	7	3	0	0	41
I alt	712	10	61	87	117	1	701	1689

³ Alle mønstre og tendenser er trukket på sager *afsluttet* i 2013, da alvorlighedsgraden først med sikkerhed kan betragtes som endelig og hændelsestype ofte først angives i forbindelse med sagens afslutning. 131 af hændelserne var markeret som *tværsektorielle hændelser*, mens resten var kategoriseret som andet *opdagelsessted*.

⁴ Praksissektoren dækker: almen praksis, speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og tandlæger m.v.

Der er et klart billede af, at der sker en rapportering mellem sektorerne. Men den regionale sektor rapporterer sjældent hændelser til den kommunale sektor, idet der samlet set er rapporteret 41 hændelser til kommunerne i 2013, jf. tabel 1. Der rapporteres omvendt en del hændelser til hospitalerne – i alt 863 hændelser, hvorfor der på nuværende tidspunkt er større viden om de problematikker, der opstår ved udskrivelse fra hospitalet end ved indlæggelse fra kommunerne. Kun 30 hændelser er rapporteret fra et hospital til en kommune. Det er derfor ønskeligt, hvis hospitalerne i højere grad ville rapportere omkring de problematikker, de ser i forbindelse med en indlæggelse fra en kommune eller når der i øvrigt samarbejdes med kommunerne om behandlingen af en borger.

Hospitalerne ser umiddelbart ud til at rapportere flest hændelser i sektorovergangene (712 hændelser) skarpt efterfulgt af kommunerne (701 hændelser). Men den største del af hændelserne er rapporteret til praksissektoren (484 hændelser), idet de parakliniske afdelinger på hospitalerne gennem de sidste par år, har haft fokus på rapportering af alle fejlmærkede præparater og blodprøver fra praksis⁵.

Rapportering fra hospitalerne omkring sektorovergangsproblematikker er lav. Der er hovedsageligt opmærksomhed på rapportering om overgangen *mellem hospitaler* (154 hændelser), dvs. problematikker opstået ved overflytning af patienter mellem hospitaler eller hvor flere hospitaler i øvrigt er involveret i behandlingen af en patient.

De hændelser, som kommunerne rapporterer, opstår hovedsageligt på hospitalerne (554 hændelser), jf. tabel 1. Ofte handler hændelserne om mangler i forbindelse med, at en borger udskrives til kommunal pasning og pleje, f.eks. manglende eller fejlagtige medicinlister, epikriser, genoptræningsplaner og hjælpemidler m.v. Kommunerne rapporterer dog også om praksissektoren (64 hændelser) og apotekerne (73 hændelser). I sidstnævnte tilfælde handler mere end halvdelen af hændelserne om fejl i forbindelse med dosisdispensering, f.eks. at der mangler medicin i en dosispakning.⁶

⁵ En nærmere beskrivelse af udviklingen i disse rapporterede hændelser findes i årsrapporten for UTH'er i Almen Praksis 2013.
(<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Kvalitetsstrate-gi%20og%20Koordinering/Patientsikkerhed/UTH%20i%20Almen%20Praksis%20%20Årsrapport%202013%203.pdf>)

⁶ En nærmere beskrivelse af mønstre og tendenser i forhold til hændelser rapporteret til apotekerne kan findes i årsrapporten for apotekerne.
(<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Kvalitetsstrate-gi%20og%20Koordinering/Patientsikkerhed/Årsrapport%202013%20Apoteker.pdf>)

Alvorlighedsgrad

Alvorlighedsgraden af en hændelse fastslås ud fra den skade som patienten *faktuelt* har lidt i forbindelse med den utilsigtede hændelse. Den *potentielle* skadevirkning af hændelsen skal *ikke* tages i betragtning. Erfaringsmæssigt klassificeres en vis procentdel af hændelserne imidlertid forkert, da såvel rapportører som sagsbehandlere har svært ved ikke at medregne den skade som patienten *potentielt* kunne have lidt, hvis en problematik f.eks. ikke var blevet opdaget i tide. Derfor klassificeres en del hændelser som mere alvorlige end de reelt er.

Alvorlighedsgraderne defineres således:

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

85 % af de rapporterede sektorovergangshændelser medfører *ingen* eller *mild* skade for patienten, jf. tabel 2 herunder. De *moderate*, *alvorlige* og *dødelige* hændelser er der, hvor der opstod en egentlig *patientskade*, idet patienten som minimum led en skade, der medførte et øget behov for behandling. Det kan f.eks. være ekstra indlæggelsesdage. I denne kategori falder også hændelser, hvor en fejlmærkning af en prøve medførte, at prøven må tages om. Andelen af disse hændelser er ca. 15 % og fordelingen mellem kategorierne er nogenlunde uændret fra år til år.

Tabel 2

Alvorlighed	I alt	
	Antal	Procent
Ingen skade	830	49%
Mild	608	36%
Moderat	200	12%
Alvorlig	46	3%
Dødelig	5	0%
I alt	1689	100%

Hændelserne med dødelig udgang handlede om manglende efterlevelse af gældende retningslinjer for undersøgelse og behandling samt mangler i kommunikation og do-

kumentation i forbindelse med udskrivelse til primærsektor. Endvidere er der problematikker omkring manglende erkendelse af kritisk forværring. Hændelserne er generelt relateret til overflytning og visitation af patienter. Det må bemærkes, at der reelt var 4 dødelige hændelser i 2013 og ikke 5, idet en af hændelserne er klassificeret forkert. Patienten lever i bedste velgående og rent faktisk medførte hændelsen ikke skade på patienten, hvorfor den burde have været klassificeret i kategorien: *ingen skade*.

Hændelsestyper

De samme 4 hændelsestyper dominerer billedet fra år til år.

Klyngerne beretter samstemmende om, at hyppigt rapporterede problematikker handler om mangelfuld planlægning af udskrivelsen til hjemmet, herunder manglende medicinafstemning og opdatering af medicinlister samt manglende bestilling af medicin på apoteket fra hospitalets side. Endvidere berettes om problematikker i forhold til kommunikationen mellem sektorerne ved udskrivelse af patienten. Det handler ofte om, at informationer mangler, når patienten overtages af kommunen. I én klynge gives et konkret eksempel, da det her er konstateret, at det ofte er genoptræningsplaner, der ikke sendes eller sendes for sent.

Tabel 3

	I alt
Hændelsestyper	Antal
Administrative processer	748
Kliniske processer	605
Kommunikation og dokumentation	405
Medicinering	584
Blod og blodkomponenter	2
Gasser og luft	1
Infektion	8
Medicinsk udstyr	12
Patientuheld	7
Bygninger og infrastruktur	4
Individ-team-organisation	34
Selvskade og selvmord	4
Anden utilsigtet hændelse	15
Ikke klassificeret	3
I alt ⁷	2.432

⁷ Da en sag kan klassificeres under mere end én kategori vil antallet af klassifikationer altid være større end antallet af afsluttede sager i kalenderåret.

Tabel 3 ovenfor viser fordelingen af de rapporterede hændelser på hændelsestyper. I det følgende forklares, de hyppigst rapporterede kategorier af hændelsestyper. Disse illustreres med eksempler på konkret rapporterede problemstillinger i 2013, der går igen i rapporteringerne og er til fare for patienternes sikkerhed.

Administrative processer

Der rapporteres flest hændelser omkring de *administrative processer*. Administrative processer foregår typisk uden patientens tilstedeværelse og vil ofte være relateret til planlægningen af patientens ophold eller forløb i sundhedsvæsenet. Hændelser, der rapporteres jævnligt indenfor dette område er f.eks., at en henvisning, indkaldelse, epikrise eller genoptræningsplan ikke sendes rettidigt. Hændelserne har nogle gange mange fællestræk med hændelser, der handler om *kommunikation og dokumentation*, jf. nedenstående afsnit herom.

Eksempel:

Borgeren modtager først genoptræningsplanen 14 dage efter udskrivelsen, da den ikke er afsendt fra sygehuset. Det er en lang pause for denne borger, hvis funktionsniveauet hurtigt falder. Konsekvensen for borgeren er en forlænget genoptræningsperiode.

Kliniske processer

Disse processer er kendetegnet ved, at de typisk foregår i direkte kontakt med patienten i forbindelse med undersøgelse og behandling. Der kan også være tale om processer med nær tilknytning til diagnostik og behandling, f.eks. forsendelse af prøvemateriale eller vurdering af undersøgelsesresultater. Som eksempel på rapporterede hændelser ses flere tilfælde, hvor en patient bliver vurderet som mere selvhjulpent end denne reelt er. Derfor bliver der ikke medgivet nødvendige hjælpemidler ved udskrivelse, hvilket f.eks. resulterer i tryksår og/eller at borgeren må forblive sengeliggende indtil hjælpemidler er bestilt.

Eksempel 1:

Patient kommer hjem fra sygehuset med drejetårn som eneste forflytningsmiddel. Patienten kan ikke komme op at stå ved det, så al pleje foregår i sengen, mens der ventes på en lift fra hjælpemiddelservice. Dette resulterer i tryksår, da patienten ikke har de fornødne hjælpemidler eller madras til at være i sengen hele tiden.

Eksempel 2:

Borger kommer hjem fra sygehus 2 dage efter operation for brækket lårben. Sygehuset har vurderet, hvilke hjælpemidler borgeren har brug for. Da borger kommer hjem kan hun ikke hjælpe til ved nogle forflytninger overhovedet og skal hjælpes af 2 personer samt lift, da borgeren har meget ondt. Sygehuset har oplyst, at borgeren kan forflyttes ved 2 personer og gangstativ.

Eksempel 3:

Borgeren blev meldt hjem efter indlæggelse med oplysning om, at vi ikke behøvede hjælpemidler. Men borgeren kan ikke støtte på egne ben eller hjælpe til i plejen. Dette resulterede i, at borgeren var sengeliggende i de dage, der manglede hjælpemidler samt at personalet brugte unødigt mange ressourcer på at hjælpe borgeren.

Kommunikation og dokumentation

Antallet af rapporterede hændelser er stigende, når det gælder problematikker omkring *kommunikation og dokumentation*. Det må bemærkes, at hændelserne har mange fællestræk med de *administrative processer*. Begge kategorier kan være relateret til, at nødvendige informationer ikke videregives, er forkerte eller mangelfulde. Hændelser, der er rapporteret flere gange i 2013 er f.eks., at hjemmeplejen ikke modtager avis om en udskrivelse, at udskrivningsrapporten ikke giver fyldestgørende oplysninger om borgerens behov for pasning og pleje eller at der, i forbindelse med transport til hospitalet, ikke gives besked om en infektion, der kræver særlige forholdsregler for at sikre personale eller andre patienter mod smitterisiko.

Eksempel 1:

I genoptræningsplanen mangler oplysninger om operationen og indlæggelsesforløbet, som havde været meget omfattende. Genoptræningsplanen beskriver en anden person end den som møder terapeuten. Der er en meget længere syge historie og meget svingende funktionsniveau. Ingen af disse oplysninger fremgår af genoptræningsplanen.

Eksempel 2:

Under kørsel med patient til sygehuset, blev vi ikke informeret korrekt om, hvilken sygdom patienten havde. Det viste sig senere ved ankomst til sygehus at være en MRSA patient, der krævede isolation. Vi var under hele transporten ikke beskyttet med mundbind, dragt.

Medicineringshændelser

Også antallet af hændelser rapporteret omkring *medicinering* i overgangene er stignende.

Hyppegt forekommende problematikker:

- At medicinlister mangler. I nogle tilfælde er det kun medicinlisten, der mangler, i andre tilfælde er det hele udskrivelsesrapporten
- At medicinafstemning ikke er sket, er gennemført på en forkert måde eller på et forkert grundlag. Herunder ses bl.a.:
 - At gamle medicinordinationer, f.eks. fra en tidligere indlæggelse genoplives. At medicin ikke er seponeret eller ordineret ved udskrivelse (i nogle tilfælde er der ikke taget endelig stilling til ordination/seponering).
 - At kommunens medsendte medicinliste ved indlæggelse ikke benyttes som grundlag for opdatering af patientens medicin.
- Manglende bestilling af medicin på apoteket

Eksempel 1:

En borger blev udskrevet fra hospitalet til en plejebolig. P.N. medicin m.v. var trods ordination ikke medgivet. Flere typer af patientens faste medicin før indlæggelse blev ikke givet under indlæggelsen og blev seponeret ved udskrivelsen. Udskrivende afdeling kontaktes og ved gennemgang af journalen fastslås, at medicinen fortsat skulle have været ordineret efter udskrivelsen. Patientens egen læge kontaktes og fortæller, at kaleorid og diural i FMK står som seponeret af hospitalet. Ifølge udskrivningskortet til plejepersonalet står medicinen imidlertid som ordineret og beboeren skulle have haft det. Igen kontaktes afdelingen og orienteres om, at diural og kaleorid ikke er anført som ordineret i FMK.

Eksempel 2:

Patient indlægges og medbringer sin hjemmejournal, som indeholder opdateret medicinliste. Ved udskrivelse har patienten medicin med hjem til næstedags morgen, men ikke sygehusets medicinliste. Hjemmesygeplejen er derfor nødt til at dosere efter medicinliste i hjemmejournal. Sygehusafdeling kontaktes og medicinliste fremskaffes via fax. Der viser sig flere uoverensstemmelser. Der er ikke taget hensyn til de medicinændringer egen læge har foretaget siden sidste indlæggelse og vanlig behandling har ikke været givet under indlæggelse med begyndende hævelser til følge... Patienten fortæller, at ingen har kigget i hjemmejournalen, selv om den har ligget på sengebordet. Borgeren har haft gentagne indlæggelser og ovenstående problematik har gentaget sig flere gange.

Samarbejdet i det TværSektorielle Netværk

Aarhusklyngen

Aarhus Universitetshospital

Læring og forandring

På Aarhus Universitetshospital (AUH) er antallet af rapporterede steget i 2013. I 2013 var der rapporteret 184 hændelser, mod 152 hændelser i 2012. Det er især hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, der rapporterer hændelser til AUH.

Mønstrene og tendenserne i rapporteringerne er ikke ændret i forhold til 2012. Mangelfuld planlægning af udskrivelsen til hjemmet er fortsat det gennemgående tema. Det drejer sig primært om manglende medicinafstemning, ikke opdaterede medicinlister og manglende bestilling af medicin på apoteket.

Aarhus kommune har ansat en farmaceut, som har fokus på medicineringshændelser forårsaget af fejl på hospitalet. AUH har derfor indledt et samarbejde med kommunen og farmaceuten med henblik på at iværksætte indsatser, så hændelserne kan forebygges. Der afholdes halvårslige statusmøder, hvor effekten af indsatserne drøftes og eventuelle nye indsatser aftales.

I 2013 har der været fokus på at se på mønstre og tendenser i medicineringshændelserne og på at skabe kontakt til specifikke afdelinger, hvor der har været mange hændelser. Der har endnu ikke været behov for at iværksætte en hospitalsindsats, men området overvåges tæt. De identificerede mønstre og tendenser præsenteres for hospitalets råd for tværsektorielt samarbejde, som herefter udpeger indsatsområder og initierer nedsættelse af ad-hoc-arbejdsgrupper.

På AUH har der ingen alvorlige tværsektorielle hændelser været i 2013.

Arbejdet med patientsikkerhed

AUH har etableret et samarbejde med Aarhus Kommune, hvor risikomanagerne fra Aarhus Kommune og AUH mødes med jævne mellemrum og drøfter fælles indsatser for de tværsektorielle hændelser.

Der er ligeledes etableret et samarbejde med de øvrige sektorer, og på det næste møde i foråret 2014 forventes kommissoriet for samarbejdet at blive vedtaget.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der er planlagt et møde med de forskellige tværsektorielle sektorer først i foråret 2014. I øvrigt deltages der i de tværsektorielle netværksmøder arrangeret af regionen.

Aarhus Kommune

Læring og forandring

Qua det tværsektorielle samarbejde er det bl.a. tydeliggjort, at sundhedsaftalerne ikke er så velimplementerede som forventet. Der skal fortsat arbejdes med dette.

Samarbejdet skaber bedre forståelse for 2 eller flere komplekse verdener, hvor der i fællesskab skal arbejdes på gode overgange for borgerne.

Gennem dialog og blotlæggelse af konkrete problemstillinger eller mønstre, har den positive og konstruktive dialog givet anledning til "jagt på forbedringer".

Emner der har været til drøftelse er:

- Den gode udskrivning.
- Rette fagpersonale i primær sektor, til modtagelse af informationer ved udskrivelse.
- Medicin status – nye ordinationer – overlevering af orienteringer – dokumentation - medgivelse af medicin – ansvar m.v.
- Hjælpemidler.

Arbejdet med patientsikkerhed

Ingen specielle kommentarer

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der er ikke planlagt tværsektorielle projekter.

Der er faste tværsektorielle møder og ad hoc møder, når der er behov for det.

Midtklyngen

Hospitalsenhed Midt

Læring og forandring

På baggrund af flere utilsigtede hændelser vedrørende udskrivelse har Diagnostisk Center og primær sektor samarbejdet om en aggregeret analyse af hændelserne. Det har resulteret i en ny retningslinje for udskrivelse, som beskriver værdier for den gode udskrivelse samt konkrete opgaver i forbindelse med udskrivelse og hvem, der er ansvarlig for de forskellige opgaver.

Erfaring herfra er videreformidlet til hospitalsenhedens patientsikkerhedsnetværk.

Ligeledes har der været et konstruktivt samarbejde med primær sektor om en dybdegående analyse af tværsektoriel hændelse, som er kategoriseret alvorlig.

Arbejdet med patientsikkerhed

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

Fire gange årligt afholdes møde i det regionale patientsikkerhedsnetværk. To af disse møder holdes sammen med det tværsektorielle patientsikkerhedsnetværk.

Seks gange om året mødes det tværsektorielle netværk i Midtklyngen som består af den regionale risikomanager, risikomanagerne fra Skive, Viborg og Silkeborg kommune, praksis- og speciallægeområdet samt hospitalsenheden.

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

I forbindelse med sagsbehandlingen af de enkelte utilsigtede hændelser, kontakter sagsbehandler eller risikomanager samarbejdspartnere i primær sektor, hvis det er relevant at samarbejde om sagsbehandlingen og/eller formidle konklusionen på sagsbehandlingen videre.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Det er fortsat nødvendigt at have fokus på at fremme det tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed.

Hospitalsenhedens patientsikkerhedsnetværk har på det seneste møde drøftet, hvordan dette kan ske. Bl.a. er aggregeret analyse af utilsigtede hændelser vedrørende udskrivelse givet som et eksempel på en måde at fremme samarbejdet. Desuden er der peget på, at sagsbehandlerne og/eller risikomanager i højere grad kontakter det involverede hændelsessted og/eller indrapporterer for at informere om konklusionen på sagsbehandlingen.

Det tværsektorielle netværk i Midtklyngen har på årets første møde aftalt en konkret arbejdsform for overordnet sagsbehandling af utilsigtede hændelser på netværksmøderne.

Der er fortsat behov for øget opmærksomhed på hospitalets enheder om muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser, som er foregået i primær sektor. Det formidles på møder og mails.

Viborg Kommune

Læring og forandring

Gennem det seneste år er samarbejdet på tværs af sektorerne blevet styrket. Det betyder, at der gennem klyngesamarbejdet er skabt et forum for fælles læring og udvikling med udgangspunkt i de utilsigtede hændelser som går på tværs af sektorerne. I 2013 har der ikke været drøftet utilsigtede hændelser, som har medført konkrete forandrings tiltag.

Arbejdet med patientsikkerhed

Internt i kommunen:

- Udarbejdet aggregeret kerneårsagsanalyse på medicineringshændelser
- Deltager i projekt: "I sikre hænder"
- Deltager i projekt fasttilknyttet læge på plejecenter
- Udvidet kvalitetsorganisationen til både at omfatte kvalitetsråd og kvalitetsudvalg - den nye organisation træder i kraft i 2014

Eksternt i kommunen:

- Møder hver anden måned i klyngen
- Fastlagt kommissorium for klyngesamarbejdet
- Deltaget i udarbejdelse af DPSD-klassifikation for kommunerne

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Forslag til områder der kan gøres til genstand for tværfaglige analyser i 2014: Viborg Kommune vil have fokus på rapportering af hændelser på sundhedsplejeområdet og vil i den forbindelse gerne arbejde sammen med hospitalet om de tværsektorielle hændelser på dette område.

Skive Kommune

Læring og forandring

Der er i kommunen stadigvæk behov for at fastholde personalet i at indberette de tværsektorielle hændelser.

Der arbejdes med at disse hændelser bliver beskrevet fyldestgørende, og at der bliver lavet handleplaner samt forebyggelsestiltag.

Arbejdet med patientsikkerhed

Samarbejde med Risikomanager i kommunen, der deltager eller vejleder i sagsbehandlingen i de enkelte tværsektorielle sager.

Cafémøder med internt i kommunen, hvor der arbejdes med udvikling og kvalitetsstandarder i forhold til forebyggelse af tværsektorielle hændelser.

Risikomanager deltager i ledermøder ca. 2 gange årligt.
Samarbejde på tværs af sektorerne ved møder i det tværsektorielle Netværk samt klyngemøder.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Fastlagte tværsektorielle netværksmøder samt klyngemøder

Silkeborg Kommune

Læring og forandring

Sundhed og Omsorg:

Efter en temadag om " God sundhedsfaglig ledelse" for ledere i Sundhed og Omsorg, blev besluttet at der skal udvikles på vores Audit redskab og ligeledes skal der iværk-sættes patientsikkerhedsrunder.

En arbejdsgruppe er i gang med konceptudvikling.

Der er kontinuerligt ledelsesmæssig fokus på patientsikkerhed. Hændelser drøftes på gruppemøder og læringen fører til handlinger.

Psykiatrien:

I psykiatrien arbejdes der med forskellige alarmerings typer. F.eks. sms-service fra apoteket.

Træne borgere i psykiatrien i at kunne dosere egen medicin. Samt medicinpædagogik.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Midtklynge netværket afholder møder ca. hver anden måned.

På de fremtidige møder forbereder hver kommune og region sig på gennemgang af 2 hændelser.

Randersklyngen

Regionshospitalet Randers

Læring og forandring

I 2013 er der sket en øget rapportering fra kommunerne til hospitalet.

Dette har synliggjort nogle af de udfordringer der er i kommunikationen mellem sektorerne ved udskrivelse af patienten. Flere afdelinger arbejder derfor med at forbedre udskrivningsprocessen på baggrund af de rapporterede utilsigtede hændelser.

I juni foretog RRA en minianalyse af tværsektorielle UTH, der bl.a. viste, at medicineringshændelser fylder en del ved udskrivelse, herunder at sikre, at den medsendte medicinliste er opdateret. Sideløbende har der været en arbejdsgruppe i regi af den lokale Lægemiddelkomite, der har kigget på ordinationer.

På baggrund af de to analyser er der bl.a. iværksat:

- Et tættere samarbejde mellem apotek og sundheds-IT (EPJ) for at sikre opdatering af medicinmodulet, når der skiftes i standardsortiment.
- Apoteket tilbyder kurser i medicinering til afdelingerne.
- Øget fokus på at afmelde dosisdispensering ved indlæggelse.

På akutafdelingen er der opstartet et projekt, i samarbejde mellem en farmaceut, en forskningsårsstuderende samt en akut overlæge, der har fokus på ordinationer ved indlæggelse.

Indsatserne forventes at have en afsmittende effekt på medicinlisterne når patienten udskrives igen.

Ligeledes forventes det, at Fælles Medicin Kort (FMK) vil hjælpe med til at sikre korrekt opdaterede medicinlister ved både udskrivelse og indlæggelse. Der er afholdt flere undervisningsseancer for hospitalets læger i forhold til at kende og anvende FMK.

Arbejdet med patientsikkerhed

Den tværsektorielle gruppe for utilsigtede hændelser i Randersklyngen er blevet udvidet med flere personer:

Hospitalets konsulent, der varetager det kommunale samarbejde på hospitalet, er blevet en fast del af gruppen

På et fælles regionalt tværsektorielt møde blev det besluttet, at blandt Psykiatrien og Præhospitalet skal inviteres med til tværsektorielle UTH møder.

På møderne udveksler vi erfaringer og gode idéer. I starten var der f.eks. meget fokus på at få patientsikkerhedsarbejdet til at fungere i kommunerne. På nuværende tidspunkt er der mere fokus på, hvordan "gryden holdes i kog".

Det er forsøgt at arbejde med en case i netværket, men det er en svær øvelse at gøre på risikomanagerniveau uden deltagelse af det kliniske personale.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

I Randersklyngen for det kommunale samarbejde er der en temagruppe, der arbejder med indlæggelser og udskrivelser. Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser har indstillet, at utilsigtede hændelser med udskrivelser skal præsenteres på et møde i temagruppen, til videre drøftelse af tværsektoriel læring.

Favrskov Kommune

Læring og forandring

Favrskov Kommune rapporterer løbende hændelser, der involverer andre sektorer. Der er primært tale om hændelser, hvor Favrskov Kommune er opdagelsessted.

Arbejdet med patientsikkerhed

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 2014

I Randersklyngen er der en temagruppe, der arbejder med indlæggelser og udskrivelser. Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser har indstillet, at utilsigtede hændelser med udskrivelser skal præsenteres på et møde i temagruppen, til videre drøftelse af tværsektoriel læring.

Norddjurs Kommune

Læring og forandring

Flest rapporterede hændelser i forbindelse med medicinhåndtering i sektorovergange.

Arbejdet med patientsikkerhed

Godt samarbejde med de øvrige kommuner i Randers klyngen.

Gennemgang og gensidig videndeling i klyngesamarbejdet og i det tværsektorielle netværk ud fra rapporterede sager.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Fortsat deltagelse i klyngesamarbejde og det regionale tværsektorielle samarbejde. Herunder arbejde med nye analysemetoder og arbejdsgange i forhold til videndeling.

Syddjurs Kommune

Læring og forandring

Vi har ikke haft en tværsektoriel hændelse i 2013.

Arbejdet med patientsikkerhed

Vi mødes 2 gange årligt i Randers klyngen og diskuterer fælles problemstillinger. Vi udveksler erfaringer og orienterer gensidigt om vores lokale arbejde med UTH. Vi drøfter det tekniske system og inddrager andre klyngers erfaringer.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Ingen særlige

Randers Kommune

Læring og forandring

Vi har forsøgt at få mere fokus på de tværsektorielle hændelser, således at de opdages og sendes det rigtige sted hen. Vi opfordrer til, at man ringer til den pågældende afdeling, hvor man har samarbejdet og får lavet gensidig læring mens det er i frisk erindring. Dette i kombination med, at de indrapporteres.

Vi arbejder stadig med implementering og at indrapporteringerne skal give mening og motivation for medarbejderne, fordi de kan få øje på, at det gør en forskel.

Arbejdet med patientsikkerhed

Vi har forsøgt tværsektorielt at planlægge at arbejde med virkelige cases uden det er lykkedes at få det i gang blandt de kliniske medarbejdere.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Vi vil arbejde videre med øget fokus tværfagligt og tværsektorielt. I klyngen vil vi inspirere hinanden og formentlig tage fælles initiativer og få fælles og gensidig læring.

Horsensklyngen

Hospitalsenheden Horsens

Læring og forandring

Gennem det seneste år er samarbejdet på tværs af sektorerne blevet yderligere styrket. I forbindelse med hændelser på tværs er der øget samarbejde omkring den konkrete sag – i mange tilfælde kontaktes rapportøren direkte af Hospitalet og den konkrete hændelse drøftes.

På Hospitalet har man udarbejdet en standardiseret udskrivningstjekliste, således at man meget gerne skulle komme omkring de mest væsentlige elementer i forbindelse med udskrivelse.

Endvidere har der været erfaringsudveksling i forhold til at trække data fra patientsikkerhedsdatabasen.

Arbejdet med patientsikkerhed

Det tværsektorielle netværk i Horsens klyngen mødes to gange årligt. Som et fast punkt trækkes lister over de hændelser, som Hospitalsenheden Horsens har modtaget fra kommunerne – listerne giver kommunerne (og Hospitalet) et overblik over antal og type af tværsektorielle hændelser.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der er planlagt 2 møder i UTH-klynge netværket i 2014.

Horsens Kommune

Arbejdet med patientsikkerhed

I Horsens klyngen har der været afviklet to netværksmøder (forår og efterår), møderne er lagt før de to Regionale netværksmøder. Møderne gennemføres på baggrund af en dagsorden, hvor alle har pligt til at bidrage.

Til møderne medbringer risikomanager fra Hospitalsenheden Horsens en oversigt over utilsigtede hændelser rapporteret af kommunen, men hvor hændelsesstedet er hospitalet, samme gør risikomanager fra "Nære sundhedstilbud". Oversigterne gøres til genstand for en drøftelse med henblik på at inspirere til forbedringer. Der er bl.a. opfordret til at komme med input til en tjekliste i forbindelse med udskrivelser fra hospitalet.

I det Regionale netværk har der ligeledes været afholdt to møder. Der har været stor aktivitet for formandskabet i det tværsektorielle netværk i forhold til arbejdet i DPSD – driftsgruppen.

Hedensted Kommune

Læring og forandring

Samarbejdet har været med til at danne idegrundlaget for, hvordan arbejdet med UTH tænkes at skulle foregå her i kommunen.

Arbejdet med patientsikkerhed

Lånt materiale fra andre kommuner til inspiration.

Samarbejdet med HEH vedr. sektorovergang: Har været i dialog med plejepersonalet, som har belyst problemerne. HEH har efterfølgende fået sammendrag af de problemer, kommunen oplever. Fokus på sektorovergangsproblematikken har medført, at plejepersonalet efterfølgende har rapporteret flere UTH opstået/opdaget ved sektorovergangen.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Forslag: Kursus i anvendelsen af rapportcentret i DPS2

Skanderborg Kommune

Læring og forandring

Der er ikke i 2013 rapporteret tværsektorielle hændelser.

Der er ikke rapporteret alvorlige hændelser i sektorovergangen.

I alt er der siden opstart (2010) rapporteret 34 hændelse med Skanderborg Kommune som opdagelsessted og HEH som hændelsessted. Hændelserne omhandler hovedsageligt medicin og kommunikation. Hændelserne drøftes i klyngesamarbejdet mhp. læring og forandring. Sygeplejerskerne i Skanderborg kommune er opstartet anvendelse af tjeklister i forbindelse med telefonisk kontakt til hospitalsenhederne mhp. at minimere utilsigtede hændelser og sikre kommunikationen.

Arbejdet med patientsikkerhed

Internt i kommunen arbejdes kontinuerligt med udvikling af den sundhedsfaglige indsats i forhold til patientsikkerhed.

Kommunens risikokoordinatorer mødes 3-4 gange årligt med risikomanager mhp. videnudveksling om hændelser, analysemetoder og patientsikkerhed, kvalificeret brug af arbejdsredskabet DPS2 og andet, der har relevans for gruppen.

Kommunens risikomanager deltager i den Regionale Tværsektorielle netværksgruppe x 2 årligt

Kommunens risikomanager deltager i klyngesamarbejdet i Horsens x 2 årligt. Risikomanager fra HEH laver træk af rapporterede hændelser fra kommunerne og hændelserne drøftes mhp. læring og forandring.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Foreslår at medicin og kommunikation kan gøres til genstand for tværsektorielle aggregerede analyser i 2014. Tages op i klyngesamarbejdet 2014.

Projekt Brobygger 2012-2014 udvides fra en sygeplejerske 37 timer ugentlig med en terapeut. Projektet forlænges 2 år.

Projekt Brobygger er et samarbejde mellem Hospitalsenheden Horsens

og Skanderborg Kommune, blandt andet med det formål at minimere utilsigtede hændelser i sektorovergangen, samt drage læring, dele viden og skabe forandring /udvikling.

Vestklyngen

Hospitalsenheden Vest

Læring og forandring

Samarbejdsgruppen har på de to møder i 2013 brugt mange ressourcer på at finde sin arbejdsfacon.

Det er problematisk, at der stort set ikke modtages hændelser i praksis og kommuner fra HEV, så møderne bærer præg af, at det kun er DPSD data fra hospitalet, der kan præsenteres.

Herunder ses temaerne i hændelserne:

Tema	Antal
Genoptræningsplaner ikke afsendt/for sent afsendt	35
Ufuldstændige udskrivelser, hvor kommunen opleve mangler som giver anledning til ekstra arbejde for dem	13
Epikrise for sent udsendt, mangelfulde mm.	8
Sygeplejerapport mangelfuld eller forkerte data	7
Udskrivelsen ikke gået som forventet	6
Medicinlisten ikke korrekt	4
Medicinaftaler generelt ikke planlagt ordentligt	4
Medicinbestilling på apoteket fejler	3
Tryksår givet i HEV	3
Recepter forkerte	2
Hjælpemidler ikke arrangeret	2
Indkaldelsesbrevet ikke korrekt	1
Udredningsforløb forkert planlagt	1
Visitationen forkert	1
Sondemad ikke bestilt korrekt ved udskrivelsen	1
Fødselsanmeldelse var mangelfuld	1

Der har været en dybere analyse af en alvorlig tværsektoriel hændelse, hvor en patient indlægges et døgn efter udskrivning fra ortopædkirurgisk afd. med pneumoni, og dør 4 dage senere.

I K&U er taget initiativ til at se på årsagen til at genoptræningsplaner ikke udsendes rettidig, eller slet ikke udsendes. Der er i alle afdelinger arbejdet med at forbedre arbejdsgange på området.

I år ses i alt 35 hændelser der omhandler genoptræningsplaner.

18 hændelser handler om forsinkelse af udsendelse

8 hændelser handler om indholdet i GOPén

7 hændelser handler om manglende GOP, hvor den var berettiget

1 handler om forviklinger når GOPén opstartes på andet sygehus

1 handler om en GOP som efterspørges, men vurderes ikke skulle have været givet.

Forklaringer på forsinkelser er oftest arbejdspress i sekretariater, hvorfra genoptræningsplanen skal afsendes.

Der er set på forbedringer i kvaliteten af henvisninger til HEV og epikriser til praksislægerne i et udviklingsprojekt imellem medicinsk afdeling, almen praksis og Nære Sundhedstilbud i regionen i 2012. Der foretages audit i november 2013, for at se på kvaliteten igen.

Der er følge deraf, er der udformet en ny retningslinje.

Data på udsendelse af epikriser til tiden (servicemål i regionen) har tilgået alle afdelinger hver måned, nogle hver uge. Det har betydet forbedring over året, men ikke alle er i mål endnu, men det forventes inden udgangen af 2013.

Den evige udfordring med kommunikation over sektorgrænser og med patienter og pårørende vil også have fokus i 2013 og 14. MidtEPJ udvikles kontinuerligt, men da løsninger skal besluttes på regionalt plan, tager ting tid.

I efteråret 2013 implementeres nye Med Com standarder til udveksling af kommunikation ved borgeres indlæggelse og udskrivelser. Her er store forventninger til at det kan forbedre kommunikationen på tværs af sektorerne.

I flere afdelinger er der gået såkaldte Waste-runder, hvor repræsentanter fra primær- og praksissektor deltager. Waste-runderne giver anledning til at fokusere på forbedringer af indlæggelser og udskrivninger til og fra Hospitalsenheden Vest.

Der er arbejdet med formulering af en retningslinje for transport af terminalt syge patienter ind til sygehusbehandling, der ikke skal genoplives på transporten, hvis de skulle dø. Arbejdet fortsætter i 2014 med en vinkel på problematikken ved kronisk syge patienter som modtager behandling f.eks. kemokurer i sygehus regi. Præhospitalet har opgaven med retningslinjen.

Desuden er delt viden om, hvordan man sikre udredning og forebyggelse af fald i henholdsvis kommuner og sygehuse.

Der har været en drøftelse af, hvorledes man kan optimere involvering af patienter, pårørende og borgere i patientsikkerhedsarbejdet.

Arbejdet med patientsikkerhed

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange holder to møder om året. Igen i 2013 har gruppen arbejdet med at finde en facon, så mønstre og tendenser af de indrapporterede hændelser, bliver drøftet og anvendt til kvalitetsforbedringer i sektorovergange. I efteråret blev i Faglig Følgegruppe besluttet, at der i 2013 skal deltage risikomanagere fra henholdsvis kommune, praksis og sygehus i hver af samarbejdsgrupperne; Træning, Hjælpemidler og Indlæggelse-Udskrivning. På mødet (de sidste i 2014) skal mønstre og tendenser præsenteres og forslag til indsatser drøftes og besluttes for det kommende år.

I HEV findes en Medicinhåndteringsgruppe som også har tværsektoriel repræsentation, og fra denne gruppe skal i hele 2014 deltage samme repræsentanter som ovenfor nævnt til samtlige møder i Ind og udskrivningsgruppen for at optimere drøftelser om medicineringshændelser i sektorovergange.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Patientsikkerhedsgruppens deltagelse i de andre samarbejdsgrupper forventes der meget af.

Der er fokus på betydningen af indførelse af Med Com standarderne

I HEV skal der være øget fokus på at sikre rapporteringer af tværsektorielle hændelser.

Herning Kommune

Læring og forandring

Vi har haft to dyberegående tværsektorielle analyser. Det ene tema drejer sig om en patient, som indlægges et døgn efter udskrivelse - dør 4 dage senere. Det andet tema var fejlagtig medicin ordination. Fejlen fortsætter i 3 uger.

Ved begge analyser har analyseteamets sammensætning været optimal og skabt læring i begge sektorer.

Arbejdet med patientsikkerhed

Der rapporteres meget få tværsektorielle utilsigtede hændelser. Det er derfor ikke muligt at se et mønster eller tendens, som kan skabe læring på tværs af sektorerne.

På baggrund af de få tværsektorielle rapporter, har det været svært for Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed at finde sin arbejdsform. Samarbejdsgruppen har ligeledes haft svært ved at definere sin rolle i forhold til de andre samarbejdsgrupper.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Det er besluttet at forsøge med en anden organisering af samarbejdsgrupperne i Vestklyngen. 3 kommunale risikomanagere deltager i hver deres samarbejdsgruppe (indlæggelse-/udskrivningsgruppen, træningsgruppen og hjælpemiddelgruppen) til ét møde om året. Formålet med dette er at koordinere patientsikkerhed med de øvrige samarbejdsgrupper.

Holstebro Kommune

Læring og forandring

Relevante eksempler på tværsektorielle borgersituationer har været løftet op, og dernæst delt eksempler på indhold og struktur i analysearbejdet, og dermed synliggørelse af læringsområder, med konkrete veje til både læring og forebyggelse.

Generelle spot- og fokuspunkter i det tværsektorielle samarbejde er gjort synlige, og gjort til genstand for drøftelse af videre håndtering.

Erfaringsudveksling vedr. daglig praksis.

Informationer om udvikling, tendenser og beslutninger har været behandlet af betydning for indholdet i egen daglig praksis.

Ideer til udvikling og tilpasning af opgaven med Patientsikkerhed i den enkelte enhed i samarbejdet.

Arbejdet med patientsikkerhed

Samarbejdet i Vestklyngen er grundlæggende velfungerende.

Har et løbende, aktivt og velfungerende kommunalt netværkssamarbejde i Vestklyngen.

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen er i gang med at udvikle funktionen.

Rapporterede tværsektorielle Utsigtede Hændelser svarer ikke til det der sker i virkeligheden, og arbejdet med at anvende DPSD er fortsat en udfordring, der i sig selv også er anledning til det for lave niveau af Utsigtede Hændelser.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Fortsat medvirke til og påvirke fastholdelse og udvikling af det tværsektorielle samarbejde, herunder vigtigt med skiftende fokus på temaer over tid m.h.p. udvikling af Kvalitet og Patientsikkerhed på det sundhedsfaglige område.

Ringkøbing-Skjern Kommune

Læring og forandring

Ved etablering af I/V antibiotica som tilbud i eget hjem i efteråret 2013 opstod der i opstartsfasen en række UTH-sager. Disse sager løses i samarbejde mellem hospital og kommune via dialog.

Statistik over udvikling samt problemstillinger omkring UTH-sager dagsordenssættes en gang årligt over for Social- og Sundhedsudvalget. Desuden drøftes emnet på ledermøder i både Sundhed og Omsorg og i Handicap og Psykiatri. På møderne deltager sagsbehandler og risikomanager, og der drøftes mønstre og tendenser m.h.p. læring og forandring.

Der er udarbejdet en pjece, som uddeles til alle ledere og medarbejdere, om, hvordan UTH-sager behandles fra start til slut, og hvad formålet er med at indberette sager.

Resultatet af opgørelser over 2013-sager viser, at forglemmelse af medicin er den væsentligste årsag til UTH-sager, hvilket har medført en øget indsats og dialog med lederne omkring medicin håndtering – herunder at inddrage egen læge til medicinen-gennemgang.

Arbejdet med patientsikkerhed

Se svaret ovenfor.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Øget opmærksomhed på indsatsområder med forglemmelse af medicin.

Ikast-Brande Kommune

Læring og forandring

Har ikke haft rapporter, der har givet anledning til nærmere analyse af hændelsesforløbet, men mere en opklaring, der har resulteret i, at det har været svært at handle anderledes i den enkelte situation, men samtidig har givet en læring i andre forhold lokalt, som eksempelvis bedre dokumentation.

Arbejdet med patientsikkerhed

Møde i det tværsektorielle netværk og utilsigtede hændelser i sektorovergange, og møder i Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen har dannet overordnet information og opsamling af mønstre og tendenser. Der har i forhold til kommunen være få og ikke alvorlige hændelser som har givet en øget opmærksomhed, primært i forbindelse med medicinering og det har medført lokale tiltag.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Fortsat at se overordnet på mønstre og tendenser i samarbejdsgrupperne.

Struer Kommune

Læring og forandring

Der har været et tværsektorielt møde vedrørende analyse af en alvorlig utilsigtet hændelse.

Tiltag på baggrund af hændelsen er endnu ikke fuldt effektueret. Men hændelsen gav læring vedr. samarbejde og kommunikation, både internt i kommunen, samt mellem sygehus og kommune

Arbejdet med patientsikkerhed

Der påtænkes videreudvikling af arbejdet med patientsikkerhed i 2014, som en del af strategi og handleplan for Sundheds- og Ældreområdet.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

I Struer Kommune planlægger vi at være en aktiv deltager i udviklingen af den tværsektorielle patientsikkerhed.

Vi er repræsenteret i både tværsektorielle og tværkommunale netværk, ved både ledelse og Risikomanager.

Deltagelse i følgende grupper:

Lokal kommunal netværksgruppe

Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed i sektorovergange i Vestklyngen.

TSN

Øvrige regionale sektorer

Præhospitalet

Læring og forandring

Det er begrænset, hvad Præhospitalet modtager af utilsigtede hændelser fra kommunerne. Der har i 2013 således ikke været hændelser, som har medført læring eller forandring på tværs af Præhospitalet og kommunerne.

Arbejdet med patientsikkerhed

I 2013 deltog Præhospitalet i de første klyngemøder, hvilket har været givtigt. Da Præhospitalet dækker hele regionen, er Præhospitalet ikke med i en bestemt klynge, men deltager i klyngesamarbejdet efter behov.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der ses et stort antal utilsigtede hændelser generelt i regionen, hvor der ikke bestilles den transportform, der er til patientens bedste, hvilket bl.a. kan medføre forsinket opstart af behandling. Derfor indledes der i 2014 et projekt omhandlende transportbestilling, hvor der skal sættes særlig fokus på transportformer og korrekt bestilling.

I forbindelse med den nye vejledning om fravalg af livsforlængende behandling uden for sygehuse (VEJ nr 9025 af 17/01/2014), åbnes der op for et samarbejde imellem kommunerne (f.eks. plejeboliger) og Præhospitalet (AMK-Vagtcentralen) i forbindelse med fravalg af genoplivning ved hjertestop. Hvad dette får af betydning for det tværsektorielle samarbejde, skal der arbejdes videre med i 2014.

Da Præhospitalet ikke får særlig mange rapporteringer fra kommunerne, vil vi i 2014 forsøge at sætte fokus på Præhospitalet generelt i UTH-sammenhænge, således vi også i det tværsektorielle samarbejde kan være med til at forbedre patientsikkerheden og sikre kvalitet i det samlede patientforløb.

Præhospitalet vil fortsætte med at deltage i klyngemøderne efter behov.

Socialområdet

Læring og forandring

Der er foretaget tværsektoriel analyse mellem en kommune og socialområdet, Region Midtjylland, med udgangspunkt i en hændelse, der handlede om komplikationer i forbindelse med efterlevering af en borgers medicin (en stor mængde metadon), da borgeren flyttede fra regionalt botilbud til egen bolig med støtte fra hjemmeplejen i kommunen. Der blev draget læring af hændelsen i forhold til sikker håndtering af Metadon samt kommunikation om og planlægning af flytning for en borger med komplekse problemer.

Psykiatri- og socialledelsen har i 2013 godkendt "Model for sikkerhed. Det regionalt drevne socialområde". Modellen udspringer af opfølgningen på en konkret tværsektori-

el hændelse og har blandt andet fokus på at sikre et optimalt samarbejde mellem forskellige instanser med henblik på at skabe sammenhængende forløb og understøtte størst mulig overlevering af viden og information mellem de involverede instanser. Relevante instanser kan for eksempel være kommunal sagsbehandling, behandlingspsykiatrien, retspsykiatrien, kriminalforsorgen, kommunal misbrugsbehandling, politiet m.fl. Modellen lægger op til, at der udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte botilbud under Specialområde Socialpsykiatri Voksne og de afdelinger i psykiatrien, som de samarbejder med.

Arbejdet med patientsikkerhed

Det regionale socialområde dækker hele regionen og er dermed ikke knyttet til i én klynge men hører principielt til i alle klyngerne. Det er ikke muligt at prioritere, at en repræsentant fra socialområdets UTH-organisation deltager i alle klyngerne. Der er imidlertid et godt bilateralt ad hoc samarbejde på risikomanagerniveau mellem fx kommunerne og det regionale socialområde. Det største behov for samarbejde synes umiddelbart at være mellem de socialpsykiatriske botilbud og afdelingerne i psykiatrien, idet mange beboere på socialpsykiatriske bosteder med komplekse problemstillinger samtidig modtager behandling i psykiatrien. Dette samarbejde foregår løbende, idet de to områder indgår i samme organisation; Psykiatri og Social.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der er planlagt to samarbejds møder mellem Specialområdet Socialpsykiatri Voksne og psykiatrien med udgangspunkt i to alvorlige UTH'er. Med udgangspunkt i de to hændelser og patientforløb drages konkret læring, som efterfølgende inddrages i arbejdet med generelle samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og specialområdet.

Psykiatrien

Læring og forandring

Der er foretaget enkelte analyser med inddragelse af repræsentanter fra andre sektorer (fx kommunalt misbrugscenter; kommunal bostøtte). Erfaringerne er, at det giver stort udbytte at inddrage øvrige sektorer – dog er der også nogle udfordringer/opmærksomhedspunkter i forhold til at strukturere og målrette den tværsektorielle analyse, således at den bliver relevant og inddragende for alle deltagende parter.

Analyserne har omhandlet selvmord og har haft fokus på kommunikation og samarbejde omkring patienter, hvor mange aktører er involveret i indsatsen (sengeafsnit, ambulatorium, kommunal bostøtte, hjemmepleje, Kriminalforsorg m.v.). Læring har blandt andet omhandlet vigtigheden af at etablere direkte kommunikationsveje og praktisere 'klar og direkte besked', samt drøftelse af muligheden for, at der parterne imellem udpeges en tovholder ift. kommunikation i de forløb, hvor kommunikationsvejene er mange og information, skal gennem flere forskellige led før det når til dem, som skal handle på det.

Psykiatrien har i 2013 vedtaget 'Model for sikkerhed i behandlingspsykiatrien'. Modellen springer ud af en konkret tværsektoriel hændelse og efterfølgende analyse og har blandt andet fokus på at sikre et optimalt samarbejde mellem de forskellige instanser, således at der skabes sammenhængende forløb for patienten og foretages den størst mulige overlevering af viden og information mellem involverede instanser. Modellen lægger op til at, der kan udarbejdes konkrete samarbejdsaftaler med involverede parter i tilfælde, hvor der er behov for koordination og klar ansvarsfordeling og forventningsafstemning for at sikre sammenhængende og optimale forløb.

Arbejdet med patientsikkerhed

Psykiatrien dækker hele regionen, alle somatiske hospitaler og kommunerne og er derfor ikke tilknyttet en bestemt klynge. Psykiatriens risikomanagere deltager efter behov i de klyngemøder, som afholdes mellem de somatiske hospitaler og kommunerne. En repræsentant for patientsikkerhedsarbejdet i Regionspsykiatrien Vest (Holstebro og Herning) indgår fast i Vestklyngens Samarbejdsgruppe for patientsikkerhed i sektover- overgange.

Psykiatrien og det regionale sociale område er en del af samme organisation og har et tæt samarbejde omkring tværsektorielle utilsigtede hændelser, som involverer de to sektorer.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Der vil i psykiatrien være et øget fokus på mulighederne i det tværsektorielle samarbejde omkring utilsigtede hændelser. Der informeres atter ud i afdelingerne omkring mulighederne for at rapportere til øvrige sektorer samt mulighederne for at inddrage øvrige sektorer i opfølgning på utilsigtede hændelser.

Der følges på hospitalsniveau op på rapporterede tværsektorielle hændelser (herunder også hændelser med andet opdagelsessted) kvartalsvis eller halvårligt med henblik på at identificere mønstre og tendenser og heraf afledte fokus- og indsatsområder i det tværsektorielle samarbejde. Der arbejdes i den forbindelse med mulighederne for at viden og læring fra rapporteringer kan inddrages i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne mellem behandlingspsykiatrien og kommunerne.

Praksissektor og Apoteker

Læring og forandring

Det er fortsat en opgave at udbrede kendskabet til og arbejdet med utilsigtede hændelser i praksisområdet.

Ca. 80% af hændelserne er rapporteret med opdagelsessted i en anden sektor. Fra hospitalerne er det laboratorier og patologisk afdeling der rapporterer om manglende/forkert patient-ID og anvendelse af forkert forsendelsesmåde. De mønstre og tendenser der findes i disse hændelser kommunikerer via praksis.dk, som "månedens UTH", til almen praksis.

Fra kommunernes plejeboliger og hjemmepleje, rapporteres en del medicineringshændelser. Hændelserne rapporteres:

- som UTH i forbindelse med i dosisdispenseringen.
- som UTH i forbindelse med ordinationerne hos den praktiserende læge.

Det er ikke alle hændelser, der rapporteres fra kommunerne, det er muligt at undersøge nærmere. Hændelserne er ofte beskrevet meget kort og i en del tilfælde uden oplysninger om, hvem der er rapportør og uden patient-ID. Hændelser der kan undersøges nærmere, analyseres ofte i samarbejde med rapportøren, idet der ofte er læring til alle de involverede i hændelsen.

Hændelser, der relaterer til ordinationerne hos den praktiserende læge, har vist sig at have mange forskellige årsager. Der viser sig dog et mønster, hvor lægens IT-system, kan være en medvirkende årsag. Forandringer i disse systemer foregår på nationalt niveau.

Arbejdet med patientsikkerhed

Risikomanageren tilbyder gratis oplæg om patientsikkerhedsarbejdet og har været på besøg i en del forskellige praksis.

Risikomanageren deltager i det "Nationale netværk for praksisrisikomanagere".

Her arbejdes der med de problemstillinger der skal løftes nationalt.

Der er forsat et godt og konstruktivt samarbejde mellem de forskellige sektorerisikomanagere. Samarbejdet følger klyngestrukturen. I alle klyngerne har der i 2013 været en bevægelse hen mod læring og videndeling.

Planlagte tværsektorielle aktiviteter for 2014

Praksisområdet har mulighed for at deltage i "Grundkursus i Patientsikkerhed". Kurset afholdes hvert år i september i Rebild.

Der har været afholdt 2 møder i hver af "klyngegrupperne".

Det fremadrettede tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed

En ny sundhedsaftale er under udarbejdelse. Det forventes, at Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange og patientsikkerhedsklyngerne fortsætter.

En hel række andre tiltag beskrives i sundhedsaftalen herunder FMK, og der ses med spænding frem til, hvordan disse tiltag også vil have en positiv effekt på samarbejdet mellem sektorerne og derved på antal, mønstre og tendenser i de utilsigtede hændelser.

I klyngerne er samarbejdet omkring patientsikkerhed godt i gang, og vil blive styrket yderligere i 2014. Alle klynger har udarbejdet kommissorier for deres arbejde og søger aktivt at identificere, hvilke fokusområder, der fremadrettet skal være genstand for særlige indsatser. Der er dog ingen tvivl om, at overlevering af informationer omkring patientens medicinering fortsat vil være i fokus, da der samstemmende berettes om manglende medicinafstemning og mangler i medicinlister. At få FMK rigtigt op at køre og sikre korrekt anvendelse i alle sektorer er væsentligt i denne sammenhæng, og bliver et væsentligt fokuspunkt i 2014, hvor kommunerne begynder at tage FMK i brug.

Generelt er der mange eksempler på, at der mangler informationer i forbindelse med overlevering af patienter til primærsektor. Det gælder både omkring medicinering, men også i forhold til genoptræningsplaner, epikriser og hjælpemidler m.v. Kommunikation mellem sektorerne, herunder i elektronisk form, er derfor et væsentligt indsatsområde, da et sammenhængende og velfungerende patientforløb er dybt afhængigt af, at nødvendige informationer overleveres korrekt og til tiden.

Der skal fortsat arbejdes på at sikre, at hospitalerne har fokus på at rapportere hændelser omkring de øvrige sektorer. Viden om, hvilke mangler, der forekommer i overleveringen af patienter fra primærsektor til hospitalet f.eks. i forbindelse med en indlæggelse er en mangelvare i patientsikkerhedsdatabasen. TSN-netværket vil derfor fortsat søge at øge opmærksomheden på behovet for flere rapporteringer.

I forhold til alle de ovenfor nævnte problemstillinger, vil TSN-netværket søge at bidrage konstruktivt til at igangsætte udredninger samt identificere og videreformidle løsningsforslag. TSN-netværket skal være med til at synliggøre de problemstillinger, der opdages gennem arbejdet med de utilsigtede hændelser f.eks. gennem involvering i tværsektorielle projekter.

Konkret er det nødvendigt, at TSN-netværkets deltagere vidensdeler og at netværket italesætter og synliggør behovet for korrekt anvendelse af FMK og gør opmærksom på,

når analyser af de utilsigtede hændelser eller andre kilder til information synliggør forskellige barrierer eller fejlkilder i arbejdsgangene, der er risikable for patienternes sikkerhed. Det gælder i forhold til alle opdagede uhensigtsmæssigheder eller mangler ved overlevering af patienter mellem sektorerne. Rapporteringer fra mange af kommunerne fastslår bl.a., at der er mange problemstillinger omkring medicinlister og medicinafstemning. Endvidere er der generelt grund til opmærksomhed på overleveringen af informationer og andre redskaber, der er nødvendige i det videre behandlingsforløb eller i forhold til kommunal pasning og pleje af borgerne.