

## Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN)



### Referat

#### 5. møde, tirsdag den 14. maj 2013 kl. 9.00-13.00 (Kommunerne fortsatte til kl. 14)

Dato 06.06.2013

Tine Nielsen

Tel. +45 7841 2356 / +45 7841 2357

tine.nielsen@stab.rm.dk

sagsnr. 1-49-72-3-12

#### Til stede:

Lisbeth Vandborg, Jørgen Refslund Poulsen, Synnøve Sønderholm, Line Majse Møgelvang Kristensen, Louise Hofman Nyholm, Bente Juulsgaard, Vibeke Staack, Jette Ishøy, Lene Vesterager, Anette Husum, Sus Freundt, Jeanette Henriksen, Anna Marie Fink, Ingvild Olsen, Søren Schousboe Laursen, Pia Sterregaard, Hanne Mette Olesen, Stine Krat Nielsen, Lene Bjerregård, Peter Barner (mødeleder), Tine Nielsen (ref.), Rikke Susanne Bang og Heidi Aagaard.

#### Afbud/Ikke til stede:

Pia Annette Larsen, Karin Iversen, Alice Teckemeier, Sine Møller Sørensen, Grete Bækgaard Thomsen, Maj-Brit Baun Hansen, Else Cathrine Ladefoged, Alice Stenoors, Anna-Katrine Heegaard Frederiksen, Carl Brinkmann, Anders Damgaard Møller, Annette Bjerre Vedstesen, Dorthe Leth, Inge Selchau Jørgensen, Lone Sommer, Anne Gram Junge.

### 0. Godkendelse af dagsorden

*Indstilling:* At dagsordenen godkendes.

*Referat:*

Dagsordenen blev godkendt.

### 1. Siden sidst – kort runde

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

*Indstilling:* Klyngevis runde.

*Referat:*

#### Region Midt – K&S:

I K&S er en omstrukturering af patientsikkerhedsområdet i gang, da Peter Barner går på pension med udgangen af juni. Derfor blev Heidi Aagaard og Rikke Susanne Bang introduceret. De skal fremover varetage Patientsikkerhedsarbejdet i K&S i samarbejde med Tine Nielsen.

#### Århus-klyngen:

Det første klyngemøde har været udskudt flere gange, men det lykkes nu endelig at starte et klyngesamarbejde op. I Århus Kommune er der ansat en farmaceut, der i videst muligt omfang ønskes inddraget i medicineringsproblematikker i kommunen. Man arbejder på at sikre den gode dialog og finde læring frem for at bruge alt for meget tid på skriftliggørelse af arbejdet.

#### Vestklyngen:

Der arbejdes på at sikre italesættelse af tværsektorielle problematikker de rigtige steder. Klyngen fokuserer især på at sikre, at problemstillinger viderefremmes til de øvrige samarbejdsgrupper, der eksisterer i Vest på baggrund af sundhedsaftalerne.

#### Midtklyngen:

Det opleves, at hospitalerne ikke rapporterer om de andre sektorer. Kontaktgruppen for indlæggelse og udskrivning ønsker, at klyngegruppen anvendes til at finde tværsektorielle læringspunkter. Derfor tages der nu fat i såvel tværsektorielle hændelser som hændelser med andet opdagelsessted på nogle ekstra møder i klyngen.

#### Horsensklyngen:

Der arbejdes på at sikre korrekt registrering af de hændelser, der rapporteres, da det ellers er vanskeligt at få gode dataudtræk. Såvel Horsens som Skanderborg kommuner har en "brobygger"-funktion med Hospitalsenheden Horsens, hvor en kommunal medarbejder har sin daglige gang på hospitalet. Det opleves, at når de gode relationer er på plads, så bliver det lettere at angribe problematikkerne og formidle dem de rigtige steder. Man arbejder især med de centrale problematikker, der viser sig omkring kommunikation og medicinering.

#### Randersklyngen:

Der arbejdes med en mere praktisk tilgang til samarbejdet via en analyse af samarbejdet og dets partnere.

#### Praksissektoren:

Det bemærkes, at konflikten mellem regionerne og alment praktiserende læger også påvirker samarbejdet omkring

patientsikkerhed. Det opleves, at møder bliver aflyst, men det er dog muligt at kontakte klinikkerne telefonisk i forhold til konkrete UTH'er.

## **2. Tværsektoriel hændelsesanalyse** v. Anna Marie Fink og Lisbeth Vandborg

Hospitalsenheden Vest og Herning Kommune vil fortælle om en tværsektoriel hændelsesanalyse, som de i fællesskab har gennemført. Analyserapport er vedhæftet dagsorden.

*Indstilling:* Sagen og analysen drøftes med henblik på læring, herunder om metoder og fremgangsmåde ved tværgående analyser.

### *Referat:*

Den anvendte metode i Vestklyngen er en modificeret kerneårsagsanalyse, idet der alene holdes 1 møde. Inden mødet gennemanalyseres hændelsesforløbet via kontakt til relevante parter og et flowdiagram udarbejdes. Der er således udført et rimeligt forarbejde når analysegruppen mødes. På baggrund af tidligere erfaringer sørger man nu for, at det ikke alene er frontpersonalet, der er til stede ved en dyberegående analyse. Det anbefales generelt at sikre repræsentation fra ledelseslaget, så der kan træffes væsentlige beslutninger om forandringer i forbindelse med en analyse.

De centrale problematikker i hændelsen var:

- At der ikke var sikret en akut aflastningsplads. Det overvejes om kommunerne kunne betale for et ekstra døgn indlæggelse, så det sikres, at borgeren ved udskrivelse kommer det rette sted hen.
- Der var uenighed mellem de forskellige faggrupper omkring hjemsendelsen, bl.a. fordi man ikke kunne blive enig om, hvilken type lift, der var mest hensigtsmæssig. Det bidrog til utryghed hos patient og pårørende.
- De pårørende og patienten var generelt utrygge omkring udskrivelsen.
- Vagtlægen gav patienten morfika, hvilket var uhensigtsmæssigt i forhold til patientens situation.

### Opsamling på diskussion og centrale kommentarer:

- Hvordan sikrer man, at der følges op på handleplaner? I relation hertil kunne det måske være relevant, at analyseteamet mødes igen.
- Der var tilsyneladende konflikt mellem de pårørendes vurdering og fagpersonalets vurdering af patienten. Der bør lyttes mere til de pårørendes bekymringer.
- I relation til sektorovergange er der et hængeparti i forhold til kommunikationen med vagtlægerne. De er sjældent fuldt

oplyste og har ingen værktøjer til at skaffe sig viden om patienten. Geriatri er heller ikke et spidskompetenceområde. I den sammenhæng fortalte Silkeborg Kommune, at de har en aftale med vagtlægerne om, at de kan kontakte akutsygeplejersken, såfremt de kommer i en tvivlsom situation. Akutsygeplejersken har nemlig adgang til oplysninger omkring borgeren. Dette kan måske være med til at forebygge genindlæggelser.

- Omsorgen for patienten (og de pårørende) glemmes tilsyneladende, fordi der er pres på for at få patienterne udskrevet. I det konkrete tilfælde havde der været en aflastningsplads, hvis man havde beholdt patienten 1 dag mere.
- Der er mange centrale problematikker omkring overgangen i hændelsen. Hvordan sikrer man sig, at der er den rette aflastning, de rette hjælpemidler og medicin m.v., inden borgeren udskrives? I Aarhus Kommune er svaret, at man arrangerer ledsaget udskrivelse, hvilket ikke koster så meget som en genindlæggelse eller et menneskeliv.
- En anden læring er, at man bør sige undskyld til de pårørende, hvilket ikke skete i dette tilfælde.

### **3. Læring af UTH internt og på tværs af sektorer** v. Jørgen Refslund

Hele formålet med at rapportere utilsigtede hændelser er at fremme læring internt i organisationen og på tværs af organisationer. DPSD er det centrale værktøj og er beregnet på daglig brug og udvikling.

*Indstilling:* Der ønskes en erfaringsudveksling omkring brugen af DPSD, herunder rapportering af alle små og større utilsigtede hændelser.

Hvor lægges fokus ift. indrapportering?

Er der flere "generationer" i udviklingen lokalt på området?

- Afløses en fase med kortlægning af indsats på et konkret tema, hvor "spredhagl" ift. rapportering afløses af målrettet indsats, som så evt. følges op af nye runder med kortlægning?
- Er der en læring, der kun er lokal, som sætter spørgsmålstegn ved brugen af DPSD som en landsdækkende database?

Hvad fremmer og hvad hæmmer den organisatoriske læring af de rapporterede UTH?

*Referat:*

Pkt. 3 og 4 blev diskuteret i sammenhæng. Se derfor referatet under pkt. 4.

#### 4. Kvalificeret rapportering eller bagatelgrænser v. Randers kommune m.fl.

På landsplan og lokalt rapporteres der rigtig mange UTH'er og der er stort fokus på, hvordan vi sikrer, at rapporterne er kvalificerede nok til, at de kan anvendes til læring. Patientombuddet (Jørgen Hansen) har bl.a. haft emnet til diskussion på forskellige temadage og konferencer. Derfor er der flere i netværket, der har fremsat ønske om, at vi diskuterer kvalificeret rapportering og bagatelgrænser.

Randers Kommune arbejder med at få en højere kvalitet i de rapporter, som de modtager. Indsatsen består bl.a. i følgende:

- Initialmodtageren foretager en vurdering af læring i hændelserne.
- Der er sendt brev ud til ledere og sagsbehandlere, hvor der gøres opmærksom på vigtigheden af, at have fokus på læring. (vedhæftet som bilag)
- Der er udarbejdet et flowdiagram, der skal støtte rapportørerne i vurderingen af om der er tale om en UTH, om der er et læringspotential og alvorlighedsgraden. (vedhæftet som bilag)

*Indstilling:* Med udgangspunkt i det vedhæftede materiale fra Randers Kommune ønskes en drøftelse af emnet.

#### *Referat:*

Pkt. 3 blev sat på dagsordenen i et ønske om at diskutere grænserne for rapportering. I sammenhæng hermed kan det diskuteres, hvorvidt hensigten med DPSD-systemet hovedsageligt er at sikre lokal eller national læring?

Ad pkt. 4: Randers Kommune fortalte om deres fremgangsmåde i forbindelse med rapporteringsopstart. 2011 blev hovedsagelig brugt til at klæde rapportørerne på og implementere rapportering som en del af hverdagen. I 2012 blev rapporteret mange hændelser, men de var ofte mangelfulde og præget af en ekspeditionsmentalitet; d.v.s. kortfattede og uden forslag til handling. Derfor blev det besluttet, at man i 2013 skulle arbejde med at kvalificere rapporteringen, hvilket er en målsætning, der i øvrigt stemmer godt overens med budskabet i det nationale projekt "fokuseret rapportering".

Randers Kommune har udsendt information til ledere og medarbejdere samt en vejledning i form af et flowdiagram. Endvidere har man afholdt stormøder for at sikre et fælles fokus. På den måde har man kunnet diskutere dilemmaerne i det nye tiltag og protester imod følelsen af, at der udstedes begrænsninger for rapporteringen.

Det opleves generelt, at medarbejderne finder vejledningen brugbar. Budskabet er: Hellere 1 brugbar kvalificeret rapport end 10 ubrugelige, der giver unødigt arbejde til alle.

#### Kommentarer/Diskussion:

- Bagatelgrænser vs. kvalificeret rapportering: Man skal passe på ikke at fremme en kultur, hvor det er bredt accepteret at visse hændelser ikke rapporteres. Hvad der opleves at give læring kan variere lokalt. Der er dog forskel på fastsættelse af bagatelgrænser og at sikre kvalificeret rapportering.
- Aggregeret analyse og fokusområder: En måde at sikre læring af mange små hændelser kan være at samle sammen til en aggregeret analyse. Et eksempel er, at præhospitalet på baggrund af en række forkerte bestillinger informerede ambulancepersonalet om, hvordan der disponeres fra AMK-vagtcentralens side og hvorfor. På samme måde har man i Hospitalsenhed Midt gransket gengangere på medicineringsområdet med henblik på at finde fælles indsatsområder. På hospitalerne har man flere gange arbejdet med fokusområder for at identificere mønstre og tendenser på konkrete områder.
- "Skufferegnskaber": I Århus Kommune anvendes et skema til afkrydsning ved f.eks. glemt medicin med pligt til med jævne mellemrum at afrapportere overfor risikomanageren. Det betyder, at der er et "skufferegnskab" frem for at anvende DPSD. I Silkeborg Kommune accepterer man ikke "skufferegnskaber". I stedet søger man at sikre ledelsesmæssig og lokal forankring og opfølgning på det der rapporteres. Det menes ikke, at man bør vurdere, hvad der lokalt giver mening og læring at rapportere.
- Læring af UTH vs. viden om arbejdsgange: Hospitalsenheden Horsens vil gerne kopiere flowdiagrammet fra Randers, da det skal sikres, at det giver mening at rapportere og arbejde med rapporterne. Der bør sikres feedback til rapportørerne. Det gælder også på områder, hvor det handler om manglende kendskab, jf. præhospitalets eksempel.
- Rapporteringskultur: Der er stor forskel på rapporteringskulturen. I Hospitalsenheden Vest har nogle afdelinger svært ved overhovedet at rapportere nogle få hændelser. Derfor kan det i nogle sammenhænge være problematisk at søge rapporteringen begrænset. Der er forskel på hvordan rapporteringerne anvendes lokalt, hvorfor det kan være uhensigtsmæssigt at sortere fra risikomanagers side.
- Fokus på handling og ledelse: Det væsentligste bør være at sikre handling på de rapporterede mønstre og tendenser via ledelsesmæssigt fokus. På hospitalerne forankres

patientsikkerhedsarbejdet i kvalitetsudvalg på afdelingerne, hvor afdelingsledelsen er repræsenteret.

Selv hvis man ikke kan handle på én eller flere hændelser i patientsikkerhedsorganisationen, så kan den rapporterede viden formidles til de steder i organisationen, hvor der kan handles.

## **5. DPSD – Projekt "fokuseret rapportering"** v. Peter Barner/Tine Nielsen/Anette Husum

Gennem længere tid har Patientombuddet POB haft en udfordring med et stærkt stigende antal rapporter og en faldende kvalitet af samme. Driftsgruppen er blevet opfordret til at rekruttere deltagere til en række arbejdsgrupper, der skal bidrage til projekt "Fokuseret rapportering af utilsigtede hændelser". Formålet med projektet er at effektivisere arbejdet med registrering, analyser, vidensdeling og opfølgning og at maksimere nytteværdien af de resurser, som sundhedspersonalet bruger på området.

Projektet er skudt i gang ved et møde i POB den 25. april med deltagelse af Driftsgruppen og de udpegede arbejdsgruppe-deltagere. Projektet skal forløbe hen over 2013 og afsluttes med idriftsættelse omkring årsskiftet 2013-14. Der er endnu plads til deltagere med indsigt og engagement i arbejdsgrupper om hhv. rapportering, sagsbehandlingsmodulet, klassifikation og uddata. Ministeriet havde sendt en opdateret vejledning i høring mhp. at udvide rapporteringspligten også i kommunerne, men revisionen er trukket tilbage i afventen på dette projekt.

*Indstilling:* Til orientering. Er der kommunale risikomanagere, der har tid og lyst til at deltage i arbejdsgrupper?

### *Referat:*

Generelt skal de fælles problemstillinger, vi har på tværs af sektorerne, viderebringes til driftsgruppen, der vil være tovholder på hele projektet.

I forhold til projektarbejdet er der generelt en begrænset arbejdsbyrde, fordi det tilstræbes at afholde videomøder, og opsamlinger på møder og forskellige inputs samles af POB. Man opfordres som deltager i arbejdsgrupperne til ikke at tænke i mulige begrænsninger i forhold til, hvad der kan ændres på DPSD-systemet. Der blev afholdt et indledende møde hos POB i København i slutningen af april, hvor det blev diskuteret, hvad de enkelte arbejdsgrupper skal beskæftige sig med.

I forhold til rapportering ønsker man at kvalificere rapporterne, ved at rapportøren hjælpes til at skrive noget mere.

Sagsbehandlingen kan måske lattes, ved at der bl.a. gives mulighed for at arbejde med aggregerede analyser i systemet. Alvorlighedsgraden vil også blive gransket, og der er allerede

udformet et udkast til, hvordan rapportøren kan hjælpes til at finde den rette alvorlighedsgrad.

I forhold til udtræk af data vil man gerne finde ud af, hvordan systemet kan hjælpe med at sikre input, så output bliver bedre. WHO-klassifikationen blev oprindeligt fremstillet som urørlig, men der er nu åbnet op for, at den kan tilpasses og forbedres.

Generelt findes POB's udspil positivt og tiltrængt. Blandt andet er det godt, hvis det bliver muligt at kombinere kvalitativ og kvantitativ læring via redskaber til aggregeret analyse. Man bør dog forholde sig til, hvad man egentlig ønsker, at systemet skal anvendes til.

Der savnes generelt kommunale deltagere i de foreløbige arbejdsgrupper, og derfor opfordres kommunerne til at melde sig, da det er nu vi har muligheden for at få tilpasset systemet til vores behov i stedet for, at der laves lappeløsninger.

Umiddelbart har Silkeborg og Holstebro meldt sig, mens Århus overvejer det kraftigt.

Beslutning: På baggrund af diskussionen under pkt. 3 og 4 viderebringes materialet fra Randers Kommune til POB og arbejdsgruppen på "rapporteringsdelen" af projekt "fokuseret rapportering". Endvidere videreformidles ovenstående debat, der viser, at de samme argumenter kan anvendes for begge synspunkter – rapportér alt vs. kvalificeret rapportering. Endvidere opfordres mødedeltagerne til at sende eksempler på Jeres skufferegnskaber, så vi kan identificere DPSD-systemets mangler.

## **6. Data fra den kommende tværsektorielle årsrapport og udfordringer** v. Tine Nielsen

De sammenlagte data fra den kommende tværsektorielle årsrapport præsenteres og mønstre og tendenser diskuteres. Da Patientombuddet ved Jørgen Hansen omtalte de nationale tværsektorielle data på den netop overståede Patientsikkerhedskonference i København vil dette tillige blive præsenteret. Et gennemgående mønster, der umiddelbart kan konstateres i Region Midtjylland, på baggrund af indhentede data fra kommunerne er, at kommunerne ikke modtager ret mange rapporter fra hospitalerne. Det er derfor en af de problematikker, som kan inddrages.

*Indstilling:* Der ønskes en drøftelse af de præsenterede data og problematikker.

### *Referat:*

Problematikkerne i forhold til hændelser med andet opdagelsessted eller tværsektoriel part er bl.a., at et felt ofte oprettes uden at angive hvem parten er. I en række tilfælde er



parten skrevet manuelt, også når det ville have været muligt at anvende søgefunktionen og lokationsopslaget. Det giver problemer ved udtræk af data.

Som udgangspunkt er alle "tomme felter" frasorteret i rapportskabelonerne, så de medregnes slet ikke. Det største problem er derfor ofte at lave manuelle sammentællinger, der hvor parten er skrevet manuelt.

I forhold til mønstre og tendenser bemærkes, at fordi der rapporteres så få hændelser fra de andre sektorer til kommunerne, så giver det en vis usikkerhed i forhold til fordelingen på alvorlighedsgrader og WHO-klassifikationer.

På hospitalerne kan årsagen til den manglende rapportering være, at der ikke er fokus på det forudgående forløb, da man koncentrerer sig om at behandle patienten her og nu. Dog kan man sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt der ikke faktisk opdages uhensigtsmæssigheder i overgangene, som blot ikke rapporteres, f.eks. i forhold til fejl i henvisninger, manglende medicinlister eller tryksår.

Der blev præsenteret data i forhold til såvel tværsektorielle hændelser som hændelser med andet opdagelsessted, da det relevante i samarbejdet er "sektorovergangshændelser" og det dækker over begge kategorier. Dette er der desuden lydhørhed for fra POB's side. Generelt er det væsentligt for rapportørerne, at der gives tilbagemeldinger over sektorgrænserne via klyngesamarbejdet, og det gør begge kategorier relevante i tværsektorielle sammenhænge.

*Referatbilag: Pkt. 6 bilag 1 – Tværsektorielle data 2012.pdf*

## **7. Vidensdeling om funktioner og arbejdsgange i DPSD v. Tine Nielsen**

### **a. Fælles rapportskabeloner og workshop for de kommunale risikomanagere:**

På sidste møde drøftedes en fælles workshop som opsamling på tidligere undervisning i søgning og udtræk af data fra DPSD2. Der var størst behov for fælles rapportskabeloner i databasen, som kan opfylde risikomanagernes egne såvel som lokale politikeres behov for data. I foråret udsendtes et forslag til drøftelse i klyngerne af de forskellige ønsker til rapportskabeloner. Der er behov for en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommunerne, bestående af én repræsentant fra hver klynge, der i samarbejde med Tine Nielsen skal:

1. Klarlægge indhold og udformning af de rapportskabeloner, der skal lægges i DPSD2.
2. Oprette de ønskede rapportskabeloner i DPSD2.

Det er ikke muligt at lave rapportskabeloner nok til at dække alle behov, så det er fortsat nødvendigt at kunne tilpasse de oprettede skabeloner til konkrete behov. Det skyldes bl.a. de mange "stednavne" i kommunerne, og at der kan være behov for at lave fritekstsøgninger. Den fælles workshop vil kunne anvendes til at gennemgå og træne de funktioner, som man skal anvende i databasen, selv om der er oprettet skabeloner.

b. DPSD-release:

Ny DPSD-release implementeres mandag d. 6. maj 2013. Releaseen er vedhæftet dagsordenen til orientering, og der gives en kort introduktion til ændringerne.

c. Initialmodtagelse:

Der er fortsat problemer med, at sager omvisiteres til anden lokation via "overdrag til anden sagsbehandler" i stedet for "overdrag til anden lokation". Det sker imidlertid jævnligt, at det ikke er den rette sagsbehandler som sagen overdrages til. Der ønskes en drøftelse af, hvordan det kan undgås?

*Indstilling:* Til drøftelse/orientering samt nedsættelse af en arbejdsgruppe med kommunale repræsentanter.

*Referat:*

Ad a: Beslutning: Det blev besluttet at vente med udformningen af evt. fælles rapportskabeloner til efter implementeringen af resultatet fra projekt "fokuseret rapportering". Efter årsskiftet kan der så nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra klyngerne.

Ad b: Orienteringen blev taget til efterretning. Det blev dog kritiseret, at POB's indholdsbeskrivelser er tekniske og uforståelige. Man bør sørge for at oversætte beskrivelserne, så de kan forstås af almindelige brugere af systemet og ikke kun af "data-nørder".

Ad c: Omvisiteringsproblematikken blev ikke drøftet.

## **8. Medicinsikkerhed i sektorovergange – Hvordan kan vi arbejde med området** v. Jeanette Henriksen.

a. Medicingennemgang:

I februar 2013 udkom en regional retningslinje om processen i medicingennemgang, som skal indføres på somatiske og psykiatriske sygehuse. Hospitalsenheden Vest har udført en tværfaglig og tværsektoriel audit for at belyse, hvordan medicingennemgang foretages lige nu. Det viser

nogle udfordringer, som også involverer vores tværsektorielle samarbejdspartnere:

- Vi har ikke tilstrækkelige informationer om vanlig behandling ved indlæggelsen. Nogle henvisninger indeholder ingen oplysninger om medicin.
- Vi er ikke gode nok til at sanere i kronisk syge og terminalt syge patienters medicin.
- Vi er ikke gode nok til at screene patienter i prednison behandling for osteoporose.
- Vi er ikke gode nok til at give sufficient smertebehandling.
- Vores epikriser bør indeholde flere lægelige overvejelser om den medicinske behandling, som egen læge kan arbejde videre med.

Vi gentager auditten i efteråret, også for at se, hvordan FMK påvirker processen.

Kan vi gøre andet og mere i regi af det tværsektorielle samarbejde eller patientsikkerhedsnetværket?

b. Dosisdispensering:

På patientsikkerhedsselskabets årsmøde blev dosispakker drøftet i en workshop. Dosispakker er til stor hjælp for kommunerne, men til stort bøvl for sygehusene og patienternes sikkerhed, hvis borgeren bliver indlagt. Der er en række udfordringer:

- Dosisdispensering skal gives til stabile patienter. I hvilket omfang er der konsensus om, hvilke patientgrupper, der kan modtage dosispakket medicin?
- Det er en udfordring, når hospitalet udleverer recepter på medicin, som patienten allerede har, blot fordi dosisdispenseringen har været pauseret under indlæggelse. Dosispakning kan blive en sovepude for praksis i forhold til at få revideret patientens medicin.
- Man bør opfordre patienterne til selv at gå til egen læge og få revideret medicin. De får det gratis, men anmoder en kommune om gennemgang af medicinen, koster det 700 kr.
- I hvilket omfang kan der drøftes dosispakker ifm. opfølgende hjemmebesøg?
- I hvilket omfang kan man anvende generiske navne på lægemidlerne, så de idelige skift af præparatnavne kan minimeres?

Hvordan kan vi arbejde med dosispakket medicin på tværs af sektorerne og håndtere de udfordringer for sikkerheden, det giver?

c. Sygehusbyggerier og "klar til brug medicin":

I de nye sygehusbyggerier planlægges "klar til brug medicin" ved at robotter pakker medicinen og farmaceuter kvalificerer ordinationer og den "cocktail" der gives. Det forventes at ville øge kvaliteten af behandlingen. FMK forudsættes at fungere, så data videregives over sektorgrænser.

Hvilke udfordringer kan det give set med primærsektorens øjne?

d. Medicinhåndtering i klyngerne:

I HEV har vi en tværsektorielt sammensat Medicinhåndteringsgruppe, som drøfter medicinsikkerhedsproblemer i sektorovergange. Her kan primærområdet byde ind med udfordringer til drøftelse. Det samme kan de forskellige samarbejdsgrupper nedsat under Sundhedsaftaleområdet.

Hvad gør de andre klynger i forhold til problemer med medicinhåndtering?

*Indstilling:* Der ønskes en bred idéudveksling. Vi vælger, om vi gør det i plenum eller i grupper.

*Referat:*

Oplæg:

Ad a: I forhold til medicingennemgang skal kommunerne repræsenteres ved næste audit. Denne gang fik man internt og med deltagelse af en praksiskonsulent drøftet, hvordan der skal arbejdes med audits.

Ad b: I forhold til hændelser, der omhandler dosisdispensering, så ses de ikke ofte på hospitalerne. Der rapporteres dog en del på praksisområdet. Et af problemerne med dosisdispensering er den manglende anvendelse af medicinens *generiske navn*. Det kunne være tiltrængt, hvis Sundhedsstyrelsen kunne overbevises herom via rapportering af mange UTH'er på området.

Ad c: Når man benytter "klar til brug medicin", så benyttes patienternes egen medicin ikke under en indlæggelse. Der er farmaceuter med i processen for at sikre den fornødne faglige vurdering, og robotter pakker den medicin, som patienten skal have under indlæggelsen. Endvidere gives dosispakker med hjem til de første dage efter indlæggelsen. Det er dog meget dyrt, og Region Midt har endnu ikke fundet en løsning i forhold til finansieringen.

Ad d: I forhold til medicinhåndtering i klyngerne, så fastlægger sundhedsaftalerne umiddelbart sektorernes ansvar i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. En af problematikkerne er dog,

at praksissektoren ikke er bekendt med sundhedsaftalerne. Det samme gælder i øvrigt klinikerne på hospitalerne.

Vedhæftet er oplægget og opsamling på gruppediskussioner.

*Referatbilag:*

- Pkt. 8 bilag 1 – Oplæg om medicinsikkerhed i sektorovergange.
- Pkt. 8 bilag 2 – Opsamling på medicinsikkerhed i sektorovergange.

**9. Patientsikkerhedskonference i København – Tværsektoriel workshop d. 23. april m.v.** v. Tine Nielsen m.fl.

Flere af hospitalernes og kommunernes risikomanagere har deltaget på den årlige patientsikkerhedskonference i København, der for første gang i år strakte sig over 2 dage. Deltagerne vil gerne præsentere og diskutere inputs fra konferencen. Flere workshops var relevante for netværket. Her tænkes særligt på heldagsworkshoppen (dag 2): "Hvordan kommer patienter og borgere sikkert fra hånd til hånd i sundhedsvæsenet?", der specifikt omhandlede tværsektorielle problematikker. Endvidere er workshoppen (dag 1) "Patientsikker Kommune – Rammer vi rigtigt?" umiddelbart interessant. Inputs fra andre indslag på konferencen er dog også velkomne.

Konferencens præsentationer kan findes på:

<http://patientsikkerhed.dk/index.php?id=910>

*Indstilling:* Tine Nielsen giver en kort præsentation og mødedeltagere, der var med på konferencen supplerer. De præsenterede emner drøftes.

*Referat:*

Der blev vist eksempler fra de forskellige præsentationer på workshoppen i København. De fleste oplæg havde det til fælles, at man forsøgte at afdække de tværsektorielle problemstillinger. Der var dog også optakt til løsninger i form af forskellige igangsatte tværsektorielle projekter, der har til formål at få sektorerne til at arbejde bedre sammen bl.a. indenfor psykiatrien.

Centrale punkter:

- Jørgen Hansen – Tværsektorielle hændelser: En tværsektoriel definition blev diskuteret, uden at der dog er fundet en løsning. Man nåede frem til, at det centrale i samarbejdet er sektorovergange og dermed både tværsektorielle hændelser og hændelser med andet opdagelsessted.
- Torben Hellebæk – Det integrerede sundhedsvæsen?: Den praktiserende læge fremlagde en case og skitserede nogle af

vore udfordringer på tværs af sektorerne: Manglende viden om hinandens arbejdsvilkår, økonomisk kassetænkning og manglende fællessprog.

- Tina Hoby Andersen, Danmarks apotekerforening – Dosisdispensering: Oplægget bestod af en enkelt side, der viser, hvorfor dosisdispensering er så kompliceret. Der er for mange kontakter og overgange i forhold til dosisdispenseret medicin.
- Tina Jeanette Strand Petersen; Plejehjemmet Lillevang, Furesø: Skitserede, hvad der har indflydelse på overgangene, og dermed de problemer, der skal løses: f.eks. økonomi, konflikter i lovgivningen, personalets kompetencer, ansvarsfordelingen, kommunikation mundtligt og via IT.
- Janet Johannessen, regional risikomanager, Region Sjælland: Fortalte om den ressourcetsvage psykiatriske patient og de oplevede udfordringer i forhold til helbredsopfølgning og medicinering.
- Kristine Binzer, lægefaglig konsulent Region Sjælland: Fortalte om et stort projekt på Lolland-Falster kaldet "Broen til bedre sundhed". Projektet går på tværs af sektorerne og skal sikre lighed i sundhed gennem målrettede indsatser.
- Knut Borch-Johnsen, vicedirektør Holbæk sygehus: Fortalte om ulighed i sundhed og forebyggelseskampagner. Lav socio-økonomisk status er forbundet med flere helbredsproblemer. Standardisering øger ulighed i sundhed, da man for at nå ud til alle grupper må tilpasse indsatsen til den enkelte.
- Hanne Demant, vicedirektør Psykiatrien i Region Sjælland: Fremlagde incitament og barrierer for samarbejde i sektorovergangene set i et styringsperspektiv, økonomisk perspektiv og fagligt perspektiv.
- Synne Skou Øhrberg, regional risikomanager, Region Sjælland: Understregede, at for at give ens behandling må tilbuddene tilpasses den enkelte borger.

## **10. Status på det fælles fokusområde: "Apopleksi"**

Til monitoreringsgruppens møde i marts 2013 afleverede K&S otte hændelsesrapporter om uhensigtsmæssige apopleksi-forløb. Det drejer sig om ret almindelige overgangshændelser, som kan ses i enhver organisering, men som også kan illustrere nogle af de permanente udviklingszoner i apopleksi-forløbene.

*Indstilling:* Til orientering – og som påmindelse om fortsat at rapportere uhensigtsmæssige apopleksi-forløb.

*Referat:*

Punktet blev ikke nået.

## **11. Overgange i Svangreomsorgen**

Emnet blev præsenteret ved TSN-mødet i november. Monitoreringsgruppen har endnu ikke efterlyst data. Til dato har regionen modtaget 13 rapporter med dette fokusområde. De 4 handler om overgange: 3 manglende fødselsanmeldelser, som medførte, at sundhedsplejersken ikke af sig selv besøgte familien i de første dage, og én Rh-negativ gravid, der ikke blev indkaldt. Resten handler om hospitalsinterne obstetriske hændelser og en enkelt gynækologisk – en mislykket kirurgisk abort.

*Indstilling:*

Til orientering. Har I kommunale risikomanagere set nogen? Der erindres om, at fokus skal være på uhensigtsmæssige overgange mellem hospital og kommunal omsorg – begge veje – ifm. graviditet, fødsel og den første del af barslen.

*Referat:*

Punktet blev ikke nået.

**12. Samarbejde mellem kommuner og region** v. Peter Barner og Anette Husum

Det tværsektorielle netværk har nu eksisteret i mere end 2 år, og vi vurderer, at det er relevant at evaluere på samarbejdet.

*Indstilling:* Der ønskes en drøftelse af samarbejdet generelt:

- Hvad vil det være godt for kommunerne, at regionen tager sig af?
- Hvad vil det være godt for regionen, at kommunerne gør?

*Referat:*

Det blev diskuteret, hvor KL er henne i forhold til at sikre, at kommunerne modtager relevant information om patientsikkerhed, f.eks. når POB udsender information. Anette Husum har taget kontakt til den nye repræsentant i KL, der skal varetage området. Det blev dog aftalt, at regionen indtil videre videresender POB-meddelelser mv., når de udbredes til hospitalernes risikomanagere.

Patientsikker Kommune blev diskuteret. Flere kommuner i Region Midt har meldt sig eller overvejer det. Eventuelle kommuner, der udvælges i Region Midt, opfordres til at hente sparring hos regionens hospitaler, der allerede arbejder med pakker i Patientsikkert Sygehus.

Det blev diskuteret, at der er kommuner, som ikke deltager i TSN-netværket eller klyngemøder m.v. Flere understregede det forpligtende samarbejde, vi har ifølge sundhedsaftalerne, og alle opfordres til at diskutere samarbejdet i klyngerne, i de forskellige temagrupper og på relevant ledelsesniveau. I sammenhæng

hermed blev det diskuteret, hvorvidt muligheden for deltagelse pr. video kunne øge deltagelsen.

Det blev understreget, at længden af mødet betyder, at det er vigtigt, at det giver mening at deltage, og at alle får væsentlige inputs med hjem.

De lange dagsordener blev diskuteret, og hvorvidt det var en god idé at have færre punkter, jf også pkt. 14. Temaer med oplæg og diskussionsgrupper er en god idé. Desuden blev det foreslået, at TSN brainstormer og sender inputs videre til POB, når det er relevant.

### **13.Evt.**

Næste møde i det tværsektorielle netværk er tirsdag d. 26. november 2013.

### **14.Evaluering**

Dagsordensproces?

Mødeproces?

Andet?

#### *Referat:*

Dagsordenerne er lange og tiden er ofte knap. Nogle er kede af de lange dagsordener og tilsvarende mange bilag. Andre mener, at det er fint, at dagsorden og uddybende bilag giver mange informationer. Man kan jo altid nøjes med at læse det, man finder nødvendigt.

Konklusionen er, at det kontinuerligt er svært at vurdere, hvor meget information, der skal gives og vedhæftes en dagsorden. Ligeledes kan det være svært at afvise dagsordenspunkter, der kommer fra mødedeltagerne med den begrundelse, at der ikke er tid til det, når der kun er 2 møder årligt.