

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN)



Referat

**6. møde, tirsdag den 26. november 2013 kl. 9.00-13.00
(Kommunerne fortsætter til kl. 14)**

B4, 1. sal, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg

Dato 16.12.2013

Tine Nielsen

Tel. +45 7841 2356 / +45 7841 2357

tine.nielsen@stab.rm.dk

sagsnr. 1-49-72-3-12

Til stede:

Sine Møller Sørensen, Mette Hartvig Pedersen, Jørgen Refslund Poulsen, Alice Teckemeier, Synnøve Sønderholm, Maj-Brit Baun Hansen, Bente Juulsgaard, Else Katrine Pedersen, Vibeke Staack, Jette Ishøy, Anna-Katrine Heegaard Frederiksen, Aniette Weibrecht, Mette Bredsgaard, Sus Freundt, Jeanette Henriksen, Anna Marie Fink, Julie Andersen, Anders Damgaard Møller, Søren Schousboe Laursen, Annette Bjerre Vedstesen, Inge Selchau Jørgensen, Hanne Mette Olesen, Lene Bjerregård, Rikke Susanne Bang, Heidi Aagaard (mødeleder), og Tine Nielsen (ref.).

Side 1

Ikke til stede:

Lisbeth Vandborg, Lene Vesterager, Grete Bækgaard Thomsen, Louise Hofman Nyholm, Anne Blenstrup Larsen, Dorthe Leth, Pia Sterregaard, Line Majse Møgelvang Kristensen, Else Cathrine Ladefoged, Susanne Beck.

0. Velkomst og præsentationsrunde (3 min)

1. Godkendelse af dagsorden (2 min)

Indstilling: At dagsordenen godkendes.

Referat:

Dagsordenen blev godkendt.

2. Præsentation af ny kommunal medformand v. Mette Bredsgaard (3 min)

Indstilling:

Kort præsentation

Referat: Mette Bredsgaard er erfaren i forhold til kommunearbejde, men ny på patientsikkerhedsområdet. Hun har allerede vist sig som en værdifuld samarbejdspartner i forhold til DPSD-driftsgruppen og projekt "fokuseret rapportering" og i forhold til at bidrage til nærværende dagsordenen i TSN-netværket.

3. Siden sidst – kort runde (15 min)

Indstilling: Klyngevis runde.

Referat:

Horsensklyngen: Der er fokus på medicineringsfejl. Herunder er et projekt i gang omkring medicingennemgang i Skanderborg Kommune med involvering af farmaceuter og praktiserende læge. Projektet er imidlertid afsluttet, da de praktiserende læger alligevel ikke ønsker at deltage.

Der er endvidere fokus på, hvordan man kvalitativt kan undersøge sektorovergangsproblematikker nærmere udover de rapporterede utilsigtede hændelser.

Randersklyngen: Intet særligt at bemærke.

Vestklyngen: Fortæller om relevante aktiviteter i forbindelse med deres indmeldte dagsordenspunkt til TSN-netværket, jf. pkt. 9.

Midtklyngen: Viborg Kommune fortæller om relevante aktiviteter i forbindelse med deres indmeldte dagsordenspunkt til TSN-netværket, jf. pkt. 5 og 6. Der holdes aktuelt møder lidt hyppigere i Midtklyngen for at finde frem til relevante tiltag, særligt på medicineringsområdet.

Århusklyngen: Det seneste møde blev udsat til det nye år. Fortæller om relevante aktiviteter i forbindelse med indmeldte dagsordenspunkter til TSN-netværket, jf. pkt. 7 og 8.

Kvalitet og Data: FMK er implementeret på alle hospitaler, men fungerer endnu ikke optimalt. Det skyldes bl.a., at det aktuelt IT-mæssigt prioriteres at få styr på, at EPJ fungerer optimalt. Man bør dog også være opmærksom på, at FMK ikke vil løse alle medicineringsproblematikker. Desuden skal det sikres, at FMK anvendes korrekt, hvilket langt hen ad vejen må være et spørgsmål om undervisning. Der ses i forvejen en del eksempler på, at medicinmodulet i EPJ ikke altid anvendes korrekt.

4. DPSD – Projekt "fokuseret rapportering" v. Mette Bredsgaard og Tine Nielsen (arbejdsgruppedeltagere kan frit supplere) (15 min)

Indstilling:

Orientering og drøftelse af det forgangne og fremadrettede projektforsløb.

Referat:

Oplæg:

Den kommunale og regionale repræsentant i DPSD-driftsgruppen fra Region Midtjylland holdt oplæg om projektets målsætninger og de problematikker, der aktuelt er opstået i samarbejdet omkring projektet. (Vedhæftet i reduceret form, da noget af indholdet byggede på DPSD-driftsgrupperepræsentanternes formodninger om det videre forløb. Efterfølgende er der opnået klarhed, som er meldt ud til TSN-netværket)

Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har hver især sendt et notat/brev, der udtrykte bekymring omkring samarbejdet i forhold til projektet og i forhold til DPSD-driftsgruppens generelle samarbejde med Patientombuddet.

Kommentarer:

Risikomanagerne i kommuner og region udtrykte på mødet stor frustration over det uhensigtsmæssige testforløb og bekymring omkring, hvad der sker med databasen ved overgangen til det nye år. På mødet blev alle opfordret til at færdigbehandle så mange sager som muligt før juleferien. Det forventedes dog fortsat at kunne trække årsrapporter på de "gamle" sager i det nye år. Senere på ugen, efter TSN-mødet, skulle der være møde i DPSD-driftsgruppen torsdag d. 28. november. Derfor lovede Region Midtjyllands kommunale og regionale repræsentant, at søge klarhed omkring konsekvenserne af de ændringer i DPSD, der træder i kraft ved årsskiftet. Herefter ville der blive givet en skriftlig tilbagemelding til alle hurtigst muligt.

Efterfølgende forløb:

Efterfølgende blev det på mødet i DPSD-driftsgruppen definitivt fastlagt, at de ændringer, der træder i kraft ved årsskiftet, hverken har betydning for sagsbehandling eller udtræk af data fra DPSD. Store dele af projektet blev udsat til det nye år, så der kun implementeres de dele ved årsskiftet, som Patientombuddet har lovet sundhedsministeren. Hovedsageligt drejer det sig om ændringer i rapporteringsskemaet for sundhedspersoner. Endvidere vil Patientombuddet afholde et møde med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, hvor det fremtidige samarbejde med DPSD-driftsgruppen drøftes. Dette samt en række øvrige detaljer omkring projektet blev som lovet meldt ud til risikomanagerne fredag d. 29. november.

SOR og Lokationsopslaget: Undervejs blev der på TSN-mødet også drøftet problematikker omkring SOR og lokationsopslaget i DPSD. Ikke mindst, har kommunerne stadig problemer i forhold til, at deres stednavne ikke er implementeret i SOR. DPSD-driftsgruppen er opmærksomme på disse problematikker og drøfter dem løbende. I denne sammenhæng er det dog NSI, der er ansvarlig og ikke Patientombuddet.

Kommunernes Landsforening arbejder fortsat på at nå til enighed med NSI (National SundhedsIT) omkring SOR og i forhold til praksisområderne arbejdes der også med at få et retvisende billede i SOR. Endvidere arbejdes der fortsat med generelle løsninger i forhold til, hvordan SOR-opsætningen vises i DPSD. I forhold til lokationsopslaget har DPSD-driftsgruppen i fællesskab med NSI udarbejdet en løsning til forbedring af hospitalsopslaget. Den udarbejdede løsning er DPSD-driftsgruppen godt tilfreds med, men ændringer i lokationsopslaget programmeres aktuelt af RL-solutions i Canada. Programmeringen vil således blive alt for dyr og NSI arbejder derfor på at hente lokationsopslaget hjem til Danmark, så CSC kan gennemføre ændringerne.

Referatbilag: DPSD-Projekt fokuseret rapportering.

5. Aggregeret analyse af medicineringshændelser i Viborg Kommune v. Mette Bredsgaard (35 min)

Indstilling: Oplæg og efterfølgende fælles drøftelse

Referat:

Der blev sammensat et analyseteam med deltagere fra forskellige faggrupper og afholdt 5 møder, hvor de enkelte problemstillinger blev drøftet med henblik på at finde løsninger. Da problemstillingerne var mange, var der på møderne en meget stram tidsstyring. Løsningsforslagene blev fundet både ud fra forebyggelsesforslag angivet i de rapporterede hændelser, den efterfølgende sagsbehandling gennemført på sagerne og mødedeltagernes generelle faglighed og kendskab til områderne. Der er desuden opmærksomhed på, at observationer og audits kan give andre oplysninger/anden viden omkring eksisterende problematikker. I forhold til at sikre implementering af løsninger er ledelsen på flere niveauer i organisationen inddraget. Det største problemområde i analysen var "kørelister". Her handler det om, at medarbejderne ikke anvender dem og i stedet forlader sig på hukommelsen omkring arbejdsopgaverne hos den enkelte borger. Årsagerne til hændelserne kunne f.eks. relateres til arbejdsmiljø, overspringshandlinger ved travlhed og personaleoplæring, herunder af vikarer. Det har vist sig, at den menneskelige faktor er et stort problem i rigtig mange af

hændelserne. Det betyder, at redskaber til understøttelse af arbejdsgange og uddannelse er meget væsentlige tiltag.

Det opleves i kommunen, at medarbejderne mange steder efterspørger redskaber i form af tjeklister og lignende. Det gælder f.eks. ISBAR – lommekort. Årsagen til, at der ikke anvendes sådanne redskaber alle steder, er desværre ofte, at ledelsen ikke ønsker implementering heraf. I forhold til at klarlægge behovet for oplæring og efteruddannelse, nævnte Hospitalsenheden Horsens, at der findes redskaber, hvor medarbejderne kan teste sig selv, f.eks. *medicinregning for sygeplejestuderende*:

<http://avenbuild.ventures.dk/medicinregning.asp> Her kan man tage en test og efterfølgende gennemføre et e-læringsprogram, hvis testen viser, at der er behov herfor.

Eksempler på løsninger, som man aktuelt arbejder med i Viborg Kommune:

- Virtuelt medicinrum: Dækkeservietter, der kan organisere arbejdet med medicin håndtering hos borgeren.
- Uddannelse: Eftersyn af personalets faglige kompetencer. Der bør gives *kørekort* til medicin håndtering og sikres ordentlig oplæring af vikarer. Efteruddannelse er formentlig påkrævet, da social- og sundhedsassistenterne alene har 12 timers undervisning på uddannelsen. Til sammenligning foreslås 10 hele dages undervisning i medicin håndtering, når medicinpakken i projekt Patientsikker Kommune engang skal implementeres.
- Projekt borgerskærm: Der er udviklet en app, der testes på et plejecenter. Medarbejderne anvender denne til at vinge opgaver af hos borgeren. På den måde fanger plejekoordinatorer, når der f.eks. er glemt at give medicin. Medarbejderne har selv været med til at udvikle systemet og føler det ikke som kontrol. Da ikke alle steder kan få borgerskærme, tænkes der også i mobile skærme, men her findes der endnu ikke et validt redskab. Desuden er der risiko for borgerforvekslinger, hvilket er fordelen ved faste enheder hos den enkelte borger.

Flere af de planlagte løsninger kan der med fordel arbejdes med i forbindelse med implementering af Patientsikker Kommunes pakke om medicineringsfejl.

I næste omgang påtænkes inddragelse af de øvrige sektorer med henblik på at finde løsninger på medicineringsproblematikker i sektorovergangene. TSN-netværket bemærkede, at f.eks. korrekte medicinlister er særlig relevant at arbejde med i tværsektorielle sammenhænge. Blandt andet er der medicin afstemningsproblematikker og misforståelser i den daglige håndtering af medicin i relation til, hvordan medicinen er angivet, f.eks. mg/stk. og ugentligt/dagligt.

Viborg Kommune er i færd med at udarbejde en endelig rapport omkring deres analysearbejde og fremfundne løsninger. Rapporten vil blive videreformidlet til TSN-netværket, når den er færdig.

Referatbilag: Aggregeret kerneårsagsanalyse på medicineringshændelser.

6. Patientsikker Kommune i Region Midtjylland v. Mary-Ann Christiansen, Projektleder på Patientsikker Kommune i Viborg Kommune (30 min)



Indstilling: Til orientering og drøftelse.

Side 6

Referat:

Viborg Kommune er blevet en del af projektet ved indsendelse af en ansøgning, hvori Viborg Kommunes arbejde med patientsikkerhed blev beskrevet nærmere. 7 kommuner blev udvalgt til interviews og 5 kommuner (1 i hver region) er nu udvalgt til deltagelse i Patientsikker Kommune, der dog reelt hedder: *I sikre hænder*.

Konkret omhandler pakkerne reduktion af: tryksår, fald og medicineringsfejl. Desuden vil der også blive introduceret en infektionsspakke. Tryksårspakken er man i gang med at implementere og de øvrige pakker vil blive introduceret løbende henover de næste par år.

Pakkerne introduceres ikke bredt i hele kommunen, men på et udvalgt plejecenter/hjemmepleje i Bjerringbro og 2 bosteder, da det er en god idé, at også pædagoger får et kompetenceløft, særligt i forhold til medicin håndtering.

I forbindelse med implementering af hver pakke vil der være et læringsseminar over 2 dage og en ledelsespakke, der skal sikre ledelsesmæssig bevågenhed, da det er væsentligt, at alle niveauer er med. Fagligt skal forskellige specialtområder inddrages ad hoc. Det gælder f.eks. farmaceuter og fysio- og ergoterapeuter. Personalet informeres om, at de skal huske at inddrage fornøden ekspertbistand ved behov.

Hensigten er at finde frem til smartere måder at udføre arbejdet på, frem for at flere arbejdsopgaver fyldes på. Der skal arbejdes systematisk med allerede kendt viden og medarbejderne involveres i at finde og implementere brugbare løsningsmodeller. Det gælder også i forhold til dokumentation og monitorering af processen og dens resultater. Først og fremmest skal der gennemføres en førmåling for at etablere en baseline.

Hospitalsenheden Horsens bemærkede, at det erfaringsmæssigt er hensigtsmæssigt, at det lille teams data anvendes som dagligt arbejdsredskab, men det er samtidig væsentligt, at ledelsen interesserer sig for data, hvis indsatsen skal give bonus.

Der arbejdes undervejs i projektet med forskellige redskaber som f.eks.:

- Patientsikkerhedsrunder, hvor sundheds- og omsorgschefen er med som ledelsesrepræsentant. (Der arbejdes dog på at kalde det noget andet, da kommunerne som udgangspunkt ikke arbejder med "patienter", men "borgere".)
- Journalaudits.
- Udarbejdelse af tjeklister.

Oplysninger og resultater kan løbende følges på www.isikrehænder.dk. TSN-netværket vil følge udviklingen med interesse og håber, at kunne få præsenteret erfaringer og resultater løbende i processen.

Referatbilag: Generel præsentation af I sikre hænder 2013.

7. Mindste-indberetningsprincippet v. Sus Freund og Inge Selchau Jørgensen (15 min)

Indstilling: oplæg og efterfølgende drøftelse

Referat:

Oplæg:

Århus Kommune har tidligere haft 500-600 rapporteringer pr. måned uden at alle centre/områder er med endnu. Ledelsen mener derfor, at UTH-systemet kræver alt for mange ressourcer, da det tilsvarende udbytte er alt for lille. For at sikre, at budgettet ikke overskrides er der derfor tænkt i alternative baner.

I kommunen er der oprettet et skema til rapportering af to former for småhændelser af mindre alvorlig karakter:

- Funden medicin som skulle være indtaget.
- Glemte medicingivning ved fast ordineret medicin ophældt i doseringsæsker eller dosispakket.

I stedet for at rapportere til DPSD samles disse småhændelser i skemaet med henblik på at gennemføre en aggregeret analyse.

Efter at have anvendt dette skema til lokal registrering siden februar 2013 er der efterfølgende analyseret på effekten heraf:

- Tidsforbruget på DPSD-rapporteringer er reduceret med 48,9 %.
- Antallet af DPSD-rapporteringer er reduceret med 45 %.
- Sagsbehandlingstiden på rapporterede hændelser er reduceret med 50,9 %.
- Omvendt er den samlede registrering af hændelser øget med 75 %, d.v.s. at kommunen får kendskab til langt flere hændelser end tidligere.

Det understreges, at der fortsat rapporteres til DPSD i forhold til alle de øvrige områder, hvor det giver mening. Endvidere rapporteres moderate og alvorlige hændelser fortsat til DPSD. Ved

den anvendte fremgangsmåde frigøres ressourcer til at arbejde indenfor de tildelte rammer og budgetter og det bliver muligt at anvende ressourcerne på de rapporterede hændelser, hvor det giver mening at arbejde med DPSD.

Drøftelse:

Det blev påpeget, at det bliver lettere at motivere medarbejderne til at arbejde med DPSD, hvis systemet anvendes på måder, hvor det giver mening. Det er uhensigtsmæssigt, hvis der anvendes mere tid til at rapportere og lave formaliseret sagsbehandling på hændelser end på at uddrage læring og implementere tiltag. Arbejdet med hændelserne bliver mere praksisnært og det bliver lettere at handle på hændelserne, hvis rapporteringen sker på måder, der lokalt giver god mening. Dette er der også erfaring med andre steder, især når det handler om aggregerede analyser af en række hyppigt forekommende småhændelser.

Når det drejer sig om at uddrage læring af hændelserne, anses der at være forskel på, hvad der giver mening nationalt og lokalt. Der synes at være en udbredt misforståelse i Patientombuddet om, at der uddrages mest læring ved at handle på nationale udmeldinger, hvilket ofte ikke er tilfældet.

Det er væsentligt at holde sig for øje, hvordan man sikrer bedst læring i patientsikkerhedsarbejdet. I den sammenhæng kan alvorlighedsgraden selvfølgelig være et udmærket vurderingspunkt, da det især er væsentligt, at hændelser, der reelt har medført en skade rapporteres til DPSD. I forhold til at sikre, at nye områder kommer i gang med at rapportere til DPSD, kan det formentlig ikke anbefales, at man allerede fra begyndelsen giver alternativer til DPSD, da det vil kunne underminere den rapporteringspligt, der lovmæssigt eksisterer allerede inden man er i gang.

Kvalitet og Datas opfattelse og efterfølgende drøftelse med Patientombuddet:

På mødet blev det understreget, at anvendelse af alternative skemaer/rapporteringssystemer er et lovbrud. Som minimum anbefales, at småhændelserne samlet set puttes ind i DPSD-systemet, når man er færdig med sin aggregerede analyse.

Patientombuddet blev på DPSD-driftsgruppemødet torsdag d. 28. november, spurgt nærmere ind til problematikken med rapportering vs. læring. Hvis man har behov for at arbejde med konkrete projekter udenom DPSD, så bør man gøre det ved at tage udfordringsretten i anvendelse (information er vedhæftet). Ved ansøgning kan såvel kommuner som region søge om fritagelse for eksisterende lovgivning til forsøg indenfor konkrete lovområder.

Man kan således f.eks. anmode Patientombuddet om at godkende et alternativt rapporteringssystem i forbindelse med konkrete projekter. Betingelsen vil som udgangspunkt være, at resultater af arbejdet sammenfattes og rapporteres til Patientombuddet. Som loven er udformet nu er der ikke mulighed for generelle undtagelser fra rapporteringspligten på de områder som loven omfatter. Evt. kan det måske overvejes, hvorvidt man på længere sigt, i forbindelse med en lovændring, kan indføre et væsentlighedskriterium for rapportering eller andet.

Referatbilag:

- UTH. Lokalskema til spec. medicin-hændelser inkl. resultat
- Information-om-udfordringsret

8. Funktionsbeskrivelse for sagsbehandlere v. Sus Freundt (15 min.)

Indstilling: Præsentation og kort drøftelse

Referat:

Der har i Århus Kommune været behov for en lidt mere udførlig beskrivelse af de arbejdsopgaver, der påhviler de lokale sagsbehandlere. Det skyldes bl.a., at der har været stor udskiftning på posterne, ofte fordi opgaven ikke altid ledelsesmæssigt prioriteres særlig højt. Når sagsbehandleren udskiftes ofte, betyder det imidlertid, at læring og udvikling på patientsikkerhedsområdet let går i stå.

I funktionsbeskrivelsen (vedhæftet) skitseres bl.a.:

- Hvilke kvalifikationer sagsbehandleren skal besidde.
- Et minimumstidsforbrug pr. uge for sagsbehandleren.
- Sagsbehandleren skal stille sig til rådighed som mentor for nye sagsbehandlere efter ½ års erfaring.
- Sagsbehandleren er ansvarlig for oplæring af en ny sagsbehandler i forhold til det område de forlader.
- En forpligtelse til at bidrage til læring og udvikling.

Det blev tilkendegivet fra mødedeltagerne, at det er en god idé at sørge for klare ansvarsfordelinger og struktur på arbejdet. Det skyldes ikke mindst, at det kan være vanskeligt at forholde sig til en opgave, når man ikke har en form for retningslinjer for, hvordan den skal varetages.

Desuden blev det bemærket, at der ligger et vanskeligt dilemma i, at patientsikkerhed først prioriteres fra ledelsens side, når man kan vise resultater. Men resultaterne er vanskelige at opnå, når patientsikkerhedsområdet ikke prioriteres.

Aktuelt udarbejder Århus Kommune ingen årsrapport på området, da ledelsen ikke har efterspurgt det. Risikomanageren har

imidlertid fremmøde på chefteamniveau og direktionsmøder, hvor resultater fremlægges løbende frem for, at der udarbejdes en samlet årsrapport.

Referatbilag: Funktionsbeskrivelse. UTH sagsbehandlere. Maj. 2013.

9. Drøftelse af patientsikkerhed i samarbejdsgrupperne i Vestklyngen v. Jeanette Henriksen og Lisbeth Vandborg (15 min)

Indstilling: Til orientering – men kommentarer og tanker er velkomne.

Referat:

I Vestklyngen er Faglig Følgegruppe det øverste samarbejdsorgan i forhold til Sundhedsaftalerne. Herunder er der organiseret en række samarbejdsgrupper for de forskellige områder. Desuden er der i HEV nedsat en medicinhåndteringsgruppe på baggrund af den første akkrediteringsrunde. Gruppen er således ikke en del af sundhedsaftaleorganisationen, men den har en tværsektoriel deltagersammensætning. Gruppen er derfor yderst relevant at inddrage i forbindelse med håndtering af problematikker omkring den tværsektorielle medicinhåndtering, der er et væsentligt fokusområde i Vestklyngen.

På patientsikkerhedsområdet hedder gruppen *Samarbejdsgruppen for patientsikkerhed* og her drøftes såvel tværsektorielle hændelser som hændelser med andet opdagelsessted. Det har dog voldt problemer at finde ud af, hvordan der i højere grad kan sikres handling i forhold til diskuterede UTH'er.

Aktuelt arbejdes der imidlertid på, at sikre, at hændelser, der er relevant for de øvrige samarbejdsgrupper, trækkes ind som tema i disse grupper. D.v.s. at f.eks. hændelser, der omhandler hjælpemiddelproblematikker drøftes i *samarbejdsgruppen for hjælpemidler*.

Planen er, at såvel kommunal som hospitalsrisikomanager, fra samarbejdsgruppen for patientsikkerhed, deltager i de tre samarbejdsgrupper indlæggelse-udskrivning, hjælpemidler og træning på ét møde om året. Hensigten er, at der her skal drøftes mønstre og tendenser.

Fra medicinhåndteringsgruppen deltager også en kommunal repræsentant (ikke risikomanager) og hospitalsrisikomanager i indlæggelse og udskrivningsgruppen på alle de fire møder de har for at drøfte medicinsikkerhed.

Udfordringen er at være med til at sætte dagsordenen frem for blot at afrapportere overfor den samarbejdsgruppe man deltager i. Fordelen ved at deltage i de øvrige samarbejdsgrupper er, at der

her sidder repræsentanter fra ledelseslaget. Dermed kan de præsenterede løsninger bedre sikres gennemførelse i praksis.

Fra Midtklyngen kunne det i denne sammenhæng berettes, at der også her er fokus på at sikre et samarbejde mellem de forskellige samarbejdsgrupper under sundhedsaftalerne. I *Kontaktgruppen for indlæggelse og udskrivelse* er det således vedtaget at sætte særligt fokus på sektorovergangshændelser. På den baggrund arbejder den *tværsektorielle patientsikkerhedsnetværksgruppe* i Midtklyngen i øjeblikket mere intensivt med deres hændelser, idet de lige nu mødes én gang hver anden måned.

Referatbilag: Ny-organisering af patientsikkerhed i sektorovergange i Vest

10. Status på det fælles fokusområde: "Apopleksi" v. Tine Nielsen (15 min)

Indstilling: Til orientering.

Referat:

I forbindelse med neurologiomlægningen pr. 1. maj 2012 i Region Midtjylland, blev det besluttet at kvalitetsmonitorere på forløbet via følgende datakilder:

- Dansk Apopleksiregister
- Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- Spørgeskemaer udsendt til apopleksipatienter
- Genindlæggelser
- Ventetid til genoptræning i kommunerne
- Tværsektorielle audits

I monitoreringsforløbet er der i alt rapporteret 96 relevante hændelser til DPSD, der efterfølgende er overleveret til diskussion i Monitoreringsgruppen. Undervejs er der blevet justeret i udtræksmetoden, da det har vist sig, at man ikke kan regne med, at sagsbehandlerne har mærket alle relevante hændelser med fokusområdet/emneordet "apopleksi". Samtidig har en række hændelser, der *ikke* var relevante for monitoreringen alligevel været mærket med "apopleksi". Det har dels betydet et vist sorteringsarbejde inden overlevering til Monitoreringsgruppen og dels, at det var nødvendigt at gøre søgningerne bredere inden sorteringen.

Lidt over 10 % af de rapporterede relevante hændelser havde *opdagelsessted* i en kommune, men ingen af hændelserne havde *hændelsessted* i en kommune. De fleste af hændelserne omhandler overgange mellem de neurologiske hospitalsafdelinger eller overgangen fra en neurologisk afdeling til de udkørende APO-teams. Problematikkerne i de relevante hændelser har relation til

både visitation/diagnostik, udredning, behandling og udskrivelse af patienten. Det er tilstræbt ved overleveringen til Monitoreringsgruppen, ikke at udelukke hændelser, der måske kunne være relevante. Derfor er der fokuseret på hele patientforløbet fra visitation af patienten til indlæggelse og til genoptræningsforløb m.v. efter udskrivelse.

Referatbilag: UTH apopleksi - opsamling

11. Vidensdeling om funktioner og arbejdsgange i DPSD v. Tine Nielsen og Lene Bjerregård (10 min)

Indstilling: Til drøftelse/orientering

Referat:

Risikomanager for praksissektoren/apoteker fortalte, at hun flere gange har oplevet at modtage hændelser videresendt fra kommunerne helt op til 6 mdr. efter de er rapporteret. Flere af hændelserne var meget relevante at uddrage læring af, men det er ikke muligt at undersøge sagerne til bunds, når de modtages så længe efter de er sket. Derfor opfordres til at være meget opmærksom på, at man ikke som initialmodtager tildeler hændelser til sagsbehandlere i eget regi, når de i virkeligheden har hændelsessted i en anden sektor og derfor skal viderevisiteres hertil. De lokale sagsbehandlere opdager nogle gange alt for sent, at hændelsen tilhører en anden sektor.

Samtidig oplever den regionale initialmodtager, at der kan være et behov for yderligere vejledning i videresendelse af sager, da der en gang imellem kan være tvivl om, hvorfor en sag er videresendt og hvor den skal hen. Det skyldes:

- at der nogle gange viderevisiteres til initialmodtageren som sagsbehandler og, at hændelsesstedet samtidig ikke altid er ændret til den nye lokation.
- at der ved overdragelse til den nye lokation ikke altid gives en kommentar om, hvorfor sagen er videresendt. (Dette er ikke altid et problem, men kan være det.)

Orienteringen blev taget til efterretning og det blev tiltrådt, at den regionale initialmodtager udfærdiger en vejledning i viderevisitering af sager til udbredelse blandt risikomanagere og sagsbehandlere.

12. Evt. (10 min)

Forslag til nye mødedatoer næste år:

- Torsdag d. 8. maj 2014 kl. 9-13. (Efterfølgende møde i PS-netværket kl. 13-15.30)

- Onsdag d. 26. november 2014 kl. 9-13. (Efterfølgende møde i PS-netværket kl. 13-15.30)

13. Evaluering (5 min)

Dagsordensproces?

Mødeproces?

Andet?

Referat:

Følgende kommentarer blev givet:

- Udformning af dagsorden: Dagsordenen var kort og præcis og dermed den bedste nogensinde. Det var et plus, at der ingen bilag var vedhæftet. Sekretæren gjorde opmærksom på, at indholdet i dagsordenen og antallet af bilag er helt afhængig af de konkrete dagsordenspunkter.
- Emnerne på dagsordenen: Emnerne var supergode og der var i højere grad end tidligere flere løsningsorienterede diskussioner. Sekretæren gjorde opmærksom på, at hvis man ønsker en dagsorden, der opleves som relevant og spændende, så er det nødvendigt, at deltagerne selv byder ind med dagsordenspunkter og gode oplæg til diskussioner. Det er bl.a. her, at nærværende dagsorden adskiller sig markant fra de tidligere dagsordener. Sekretæren opfordrede til, at mødedeltagerne også fremadrettet er med til at påvirke dagsordenen og de diskuterede emner i lige så høj grad. Som kommentar hertil anførte HEV, at ikke alle præsenterede projekter og emner nødvendigvis skal være færdige eller gennemført når de præsenteres for TSN-netværket. Det kan være lige så godt med oplæg, der præsenterer overvejelser, udfordringer, dilemmaer eller prøvehandlinger i eget regi. Færdige løsninger er ikke påkrævet.
- Praksisområdet: Det blev påpeget, at der mangler relevante emner i forhold til praksisområdet. TSN-netværket vil gerne høre om patientforløb og udfordringer på praksisområdet. Det kunne overvejes, hvorvidt det var relevant med en fast lægefaglig deltager fra praksisområdet, evt. en praksiskonsulent/praksiskoordinator. Fra Kvalitet og Datas side er der allerede et ønske om, at en repræsentant for praksissektoren bliver en del af netværket. I Vestklyngen er praksis repræsenteret på møderne ved en praksiskonsulent. Denne deltager ivrigt i diskussionerne og fremsætter praksisvinklen på de præsenterede problematikker og emner, men er ikke aktiv i forhold til at fastlægge dagsordenen.