

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN)



Referat

4. møde, onsdag den 28. november 2012 kl. 9.00-13.00 (Kommunerne fortsatte til kl. 14)

Dato 14.12.2012

Tine Nielsen

Tel. +45 7841 2356

tine.nielsen@stab.rm.dk

sagsnr. 1-49-72-3-12

Til stede:

Lisbeth Vandborg, Jørgen Refslund Poulsen, Alice Teckemeier, Synnøve Sønderholm, Maj-Brit Baun Hansen, Bente Juulsgaard, Vibeke Staack, Jette Ishøy, Carl Brinkmann, Lene Vesterager, Anette Husum, Sus Freundt, Jeanette Henriksen, Anna Marie Fink, Annette Bjerre Vedstesen, Inge Selchau Jørgensen, Hanne Mette Olesen, Anne Gram Junge, Stine Krat Nielsen, Lene Bjerregård, Charlotte Hjort, Peter Barner (mødeleder) og Tine Nielsen (ref.).

Afbud/Ikke til stede

Sine Møller Sørensen, Pia Annette Larsen, Grete Bækgaard Thomsen, Line Majse Møgelvang Kristensen, Louise Hofman Nyholm, Dorthe Gammelgaard Jensen, Anna-Katrine Heegaard Frederiksen, Pia Sterregaard, Alice Stenoors, Søren Schousboe Laursen, Dorthe Leth.

0. Godkendelse af dagsorden v. Lene Vesterager

Flere kommuner har udtrykt ønske om, at kommunerne får lokalet alene fra kl. 13-14 med henblik på en drøftelse af, hvad kommunerne skal stille op med nogle af de typiske hændelser på medicinområdet. Hvad stiller vi f.eks. op med alle de sager, der bliver rapporteret vedr. "glemt medicin". Er det muligt at opstille en bagatel grænse?

Indstilling: At dagsordenen godkendes.

Opsummering:

Kommunerne ønsker også fremover at mødes kl. 13-14 efter TSN-mødet med henblik på at udveksle erfaringer fra arbejdet med utilsigtede hændelser.

Der er derfor reserveret lokaler til næste år, så kommunerne kan forblive i lokalet indtil kl. 14. Endvidere er der reserveret andre lokaler til PS-netværksmøderne for de regionale risikomanagere,

der sædvanligvis afholdes efter TSN-møderne kl. 13-15.30. Hanne Mette fra regionale botilbud - socialområdet deltog i kommunernes møde kl. 13-14 og ønsker tillige at gøre dette fremover.

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.

Opsummering:

Alle klynger tilkendegav, at præhospitalet, socialområdet og psykiatrien er velkommen til at deltage ad-hoc i klyngernes møder, når der er relevante emner på dagsordenen. Det betyder, at klyngerne skal huske at udsende dagsordener til risikomanagerne for disse områder.

Århusklyngen:

Er i færd med at tilrettelægge, hvordan tværsektorielle hændelser skal analyseres og behandles fremadrettet.

Risikomanagerne for praksisområdet deltager allerede i de fleste klynger og er også velkommen i Århusklyngen.

Horsensklyngen:

Der afholdes 2 møder årligt umiddelbart før TSN-møderne.

Tværsektorielle hændelser er der ikke mange af især ikke når det gælder hændelser, som virkelig kræver et fælles udredningsarbejde. Hospitalsenheden Horsens har etableret et "Brobyggingsamarbejde" med Skanderborg kommune, der handler om at lære hinandens hverdag og arbejdsgange at kende, så samarbejdet omkring indlæggelser og udskrivinger kan forbedres. Det sker ved, at risikomanageren fra Skanderborg Kommune har arbejdsplads på Horsens Sygehus i en periode.

Midtklyngen:

Der afholdes møder, som opleves som gode for samarbejdet generelt, men der er ikke reelle tværsektorielle hændelser.

Randersklyngen:

Der afholdes møder, som styrker samarbejdet. En enkelt tværsektoriel alvorlig hændelse har været behandlet.

Vestklyngen: Der har ikke været alvorlige tværsektorielle hændelser. Men der samarbejdes om at analysere andre tværsektorielle hændelser. Der har været afholdt en temaaftermiddag fredag d. 23. november med deltagelse af alle

samarbejdsgrupper i Vestklyngen. Hændelser, der tages op i samarbejdsgruppen for patientsikkerhed opleves som relevante i forhold til at iværksætte tiltag inden for de øvrige samarbejdsgruppers områder.

Generel diskussion:

Patient- og pårørendeinddragelse er en højaktuel problemstilling i forhold til tværsektorielle hændelser. Ofte er patienten og de pårørende de eneste, der har det fulde billede i forbindelse med tværsektorielle hændelser, men herfra modtages ikke mange rapporter. Det kan være en af grundene til, at der ikke er mange tværsektorielle hændelser. Hvis der blev gravet dybere i nogen af de hændelser, som ser ud til kun at tilhøre én sektor, så kunne det godt være, at flere hændelser viste sig at være tværsektorielle. De tildelte ressourcer sætter imidlertid grænser for, hvor mange hændelser med andet opdagelsessted, der kan graves i.

2. Definition af tværsektorielle hændelser/ eksempler på tværsektorielle hændelser v. Tine Nielsen

På sidste møde kunne der ikke opnås enighed om de fremlagte definitioner. Diskussionen på mødet gav anledning til at opridsse følgende punkter i referatet:

- a. Det er ikke rapportørerne, der skal foretage vurderingen af, om en hændelse er tværsektoriel. De kan alene påføre et opdagelsessted. Det betyder, at en definition, uanset dens endelige indhold, alene skal udbredes blandt sagsbehandlerne.
- b. En hændelse, der har opdagelsessted i en anden sektor vil altid skulle vurderes nærmere af hændelsesstedets sagsbehandler i forhold til dens evt. tværsektorielle karakter. Det betyder, at en del af disse hændelser, (i hvert fald i begyndelsen), vil give anledning til at kontakte den rapporterende sektor for en nærmere opklaring af, hvorvidt hændelsen kræver et nærmere samarbejde. Denne kontakt gør dog ikke automatisk hændelsen til en tværsektoriel hændelse.
- c. Uanset hvad en definition omfatter, så er både hændelser med opdagelsessted i anden sektor og egentlige tværsektorielle hændelser relevante i klyngesamarbejdet. Samarbejdet kan styrkes af, at der også gives en form for tilbagemelding i forhold til hændelser, der blot er rapporteret fra andre sektorer.

Uanset en definition, så er begrebet "tværsektoriel hændelse" af skønsmæssig karakter. Eftersom en definition skal dække alle tænkeligt forekommende situationer i sektorovergange, så kan skønselementet ikke elimineres.

Indstilling: Drøftelse af en mulig definition af tværsektorielle hændelser på baggrund af ovenstående tekst og vedhæftede bilag.

Opsummering:

Oplæg:

Ved sammenligning mellem definitionen i POB's notat og sundhedsaftaler ses, at POB's definition er bredere, da *alle* sektorovergangshændelser kaldes tværsektorielle. I sundhedsaftalerne er det ikke nok, at en hændelse foregår i en sektorovergang (i samarbejdet mellem sektorerne). Begge parter skal tillige være involveret, og hændelsen skal have læringspotentiale for begge sektorer for at kunne kaldes tværsektoriel. Begge definitioner nævner tillige muligheden for, at et hændelsesforløb, der ikke decideret foregår i en sektorovergang kan være tværsektorielt, såfremt begge parter alligevel er involveret på en eller anden måde. Det kan f.eks. være, hvis der i samme hændelsesforløb opstår flere fejl mere eller mindre uafhængigt af hinanden.

Overvejelser omkring, hvorvidt en hændelse er tværsektoriel, kan især være aktuel, hvis:

- Der er en sektorovergang f.eks. indlæggelses- eller udskrivningsproblematikker.
- Hændelsen omhandler misforståelser i kommunikationen mellem sektorerne. Det kan både være mundtligt og skriftligt, herunder i den elektroniske overlevering af oplysninger; f.eks. telefonisk, i journaler, i epikriser og henvisninger m.v.

Konklusion:

Der var efter en bred diskussion af emnet enighed om at tage udgangspunkt i den sundhedsaftale, som vi alle er forpligtet til at følge. POB's brede definition er et udmærket udgangspunkt i forhold til den skønsmæssige vurdering, som nødvendigvis må foretages. En bred forståelse af begrebet er med til at ansøre til kreativitet i klyngesamarbejdet.

Det understreges, at hændelser med andet opdagelsessted altid er relevante i samarbejdet, også selv om hændelserne ved nærmere eftersyn ikke har tværsektoriel karakter. Det gælder ikke mindst, fordi tilbagemeldinger er væsentlige for rapportørerne.

I forhold til såvel tværsektorielle hændelser som hændelser med andet opdagelsessted kan aggregerede analyser medføre en samlet effektiv indsats i forhold til konkrete problemstillinger og være en god måde at give tilbagemeldinger på.

3. Tværsektoriel hændelsesanalyse v. Jeanette Henriksen

Som eksempel på en hændelse, hvor adskillige aktører på begge sider af sektorgrænsen har haft aktier, har Hospitalsenheden Vest tilbudt at fremlægge vedlagte analyse mhp. drøftelse og sparring af:

- Analysemetoden
- Hvordan sikres tværsektoriel læring?
- Hvordan måler man effekten af sådan en analyse?

Dokumentet indeholder ikke personidentificerbare oplysninger, men oplysninger om afdelinger mv. K&S gør opmærksom på, at vi deler den med jer, der er involveret i sagsbehandlingen, og som yderligere er omfattet af såvel autorisationslovens som straffelovens bestemmelser om tavshedspligt.

Indstilling: Sagen drøftes mhp. læring og sparring.

Opsummering:

Den præsenterede hændelse er et godt eksempel på, hvordan der kan samarbejdes mellem risikomanagerne fra kommune, hospital og praksissektor om at sammensætte en analysegruppe og gennemføre en dyberegående analyse.

Analysemetoden: Er en modificeret udgave af en kerneårsagsanalyse. I stedet for 3 møder i analysegruppen afholdes kun 1 møde.

Til afklaring af hændelsesforløbet anvendes et årsags-virkningsdiagram. Erfaringen er, at der ikke altid er et endegyldigt og entydigt svar på, hvorfor hændelsen skete, men det er en god hjælp, at hændelsesforløbet fastlægges så nøjagtigt som muligt.

Implementering af handleplaner:

Der blev tilkendegivet følgende herom:

- Opleves som afhængig af, at der er folk med beslutningskompetence til stede i analysegruppen, da handleplaner ellers risikerer at blive afvist i baglandet. Handling kan imidlertid komme, når der stilles gode spørgsmål til ledelseslaget.
- Det er risikomanagerens opgave at gøre ledelsen opmærksom på, at handleplaner skal være implementeret på et bestemt tidspunkt. Men risikomanageren er procesledere og ikke ansvarlig for implementering.
- Dialogmøderne mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse kan og bør anvendes til opfølgning på handleplaner.
- Rene hensigtserklæringer kan undgås ved at sætte datoer på implementering af handleplaner og gøre bestemte personer ansvarlige for at følge op herpå.

4. DPSD-driftsgruppens møde d. 6. november 2012 v. Peter Barner

Referatet fra driftsgruppemødet eftersendes, når det modtages fra Patientombuddet i slutningen af denne uge og Peter giver en kort tilbagemelding.

Indstilling: Til orientering

Opsummering:

Region Nord, Midt og Syd har udarbejdet en fælles klage over NSI (National SundhedsIT) og POB. Generelt henvises til problemer i den nationale håndtering af DPSD-systemet og mangler i det nationale samarbejde med regioner og kommuner. Klagen er indtil videre formidlet til Danske Regioner, men det vælges lige nu at lade den ligge. Tidspunktet anses ikke for velvalgt, fordi POB aktuelt er underbemandet. Der kan dog argumenteres for, at man bør lægge pres på for at få området prioriteret, så der kan tildeles tilstrækkelige ressourcer. TSN kan evt. benyttes til en sådan fælles henvendelse.

Det har været svært at få afklaring på arbejdsfordelingen mellem NSI og POB. Som udgangspunkt er det sådan, at funktionsproblemer med DPSD-systemet skal meldes til NSI's helpdesk via DPSD's hjemmeside. Hvis man har fortolkningsspørgsmål i forhold til lovgivningen eller andre udmeldinger, skal man henvende sig til POB eller KL.

Supporten hos NSI er endnu ikke endeligt fastlagt. Det skyldes bl.a., at der foregår en ressourcediskussion i forhold til de tidligere foreslåede "Produktekspertes". Forslaget går ud på, at den enkelte region og kommune selv skal yde support i et vist omfang ved at have en eller to regionale/lokale supportere, som så kan henvende sig til NSI, hvis supporteren ikke selv kan løse brugerens problem – altså en hierarkisk opdeling af supporten.

I forhold til kommunernes særlige problemstilling med manuelt indtastede "stednavne" er der afholdt en særlig workshop med NSI. Der afventes et oplæg fra NSI.

5. Vidensdeling om funktioner og arbejdsgange i DPSD v. Tine Nielsen

- a. Fælles workshop i det nye år?: Regionale og kommunale risikomanagere har modtaget undervisning i rapportudtræk og søgninger i DPSD. Men der kommer, forståeligt nok, med jævne mellemrum henvendelser omkring databasens funktioner, og hvordan man laver smarte opsætninger og udtræk i databasen. Det overvejes at lave en fælles workshop til næste år, hvor vi kan dele erfaringer og diskutere muligheder og begrænsninger i databasen.
- b. Initialmodtagelse: Sager, som omvisiteres, fordi rapportøren har angivet et forkert hændelsessted, giver anledning til problemer. Der er forskel på, om man vælger at viderevisitere en sag direkte til en anden sagsbehandler eller viderevisiterer sagen via

”overdrag til anden lokation”. Det sidste bør altid vælges, når man videresender til en ny lokation.

- c. Problematikker omkring angivelse af tværsektoriel hændelse/ opdagelsessted. Det opleves fortsat, at der er oprettet tomme felter uden stedsangivelse i hændelserne.
- d. Angivelse af alvorlighedsgrad: Der er fortsat problemer med, at der vælges ud fra den *potentielle* skadevirkning i stedet for den *faktuelle* skadevirkning. Det er uheldigt, når der skal laves rapportudtræk.

Potentiel alvorlighed som regionalt fokusområde.

Indstilling: Til drøftelse/orientering

Opsummering:

Ad 5a: Målgruppen for workshoppen er risikomanagere. Det nærmere indhold for en workshop og metoden skal fastlægges nærmere ud fra følgende inputs:

- Der kan evt. på dagen være tale om at arbejde i klyngegrupper.
- Der er to elementer i forhold til arbejdet med databasen: Basal dataforståelse og anvendelse af funktionerne.
- Det er nødvendigt at fastlægge, hvad politikerne og øvrige beslutningstagere gerne vil have. Der er behov for at præsentere både kvantitative tal og konkrete kvalitative eksempler på hændelser. Via en fastlæggelse af fælles standarder kan der laves fælles skabeloner og en automatisk opsætning af databasen, der kan levere udtræk med jævne mellemrum.
- Der bør findes en fælles løsning for regionen og dens kommuner.

Ad 5b og 5c: Orientering og vejledninger tages til efterretning.

Ad 5d: Alvorlighedsgraderne og deres anvendelighed blev diskuteret. Der er enighed om det ønskelige i at kunne angive potentiel alvorlighed. Indtil videre kan dette dog kun ske ved anvendelse af emneord for kommunernes område. For de regionale områder oprettes et regionalt fokusområde: ”potentielt alvorlig”.

6. Patientsikkerhedsopfølgingskursus i Rebild bakker og grundkursus i patientsikkerhed for kommunerne v. Peter Barner

Region Midt og Region Nord arrangerer hvert år et grundkursus i Patientsikkerhed og et opfølgingskursus. Kursusgruppen har besluttet at tilbyde kommunale risikomanagere i de to regioner at deltage i opfølgingskurset i foråret 2013.

På grundkurset i efteråret er strukturen imidlertid en anden, hvorfor det kan være vanskeligt at gøre deltagerkredsen bredere, end den er nu. Der lægges derfor op til en diskussion af muligheden for, at kommunerne i regionen kan arrangere deres eget grundkursus, da der blev udtrykt interesse for et sådant kursus på et klyngemøde. Programmet for det senest afholdte grundkursus vedhæftes til inspiration.

Indstilling: Drøftelse af ovenstående.

Opsummering:

Tilbuddet om deltagelse på forårets opfølgingskursus blev accepteret.

Det blev besluttet, at det ikke er lige nu, at oprettelse af et grundkursus for kommunerne skal finde sted. Der kan være behov for et grundkursus for de lokale sagsbehandlere i kommunerne, men selv om der er behov for mere viden, så er der frygt for at der hældes for meget viden på for hurtigt.

Kommunerne har enkeltvis selv taget initiativ til at invitere oplægsholdere og undervisere, fx fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed med et godt resultat. Her udover benyttes klyngesamarbejdet til vidensdeling.

7. Status på det fælles fokusområde: "Apopleksi"

Information om første omgang af datalevering: 1. udtræk fra dpsd er drøftet i monitoreringsgruppen – intet fra kommunerne. Men rapporteret hændelser til hospitalerne. Næste datatræk og videreformidling sker først i det nye år. Indkaldelse af hændelser fra kommunerne for perioden september-november udsendes primo december med frist for indsendelse medio december og videreformidling af data til monitoreringsgruppen primo januar.

Indstilling: Drøftes. Risikomanagerne – især de kommunale – opfordres til at "reklamere" for projektet i egne baglande. Især dr.d.s. om at synliggøre hændelser, der følger af den nye organisering: Længere fysiske afstande og patientforløb, der splittes op i yderligere et led: neurologisk akut modtage afdeling > stamafdeling > evt. neurorehabiliteringsafdeling. Risikomanagerne opfordres videre til at dagsordenssætte hændelserne i klyngegrupperne.

Opsummering:

Der mangler en præcis datadefinition, men omdrejningspunktet er u hensigtsmæssige apopleksiforløb.

I indkøringsfasen af den nye neurologiorganisering er der stor usikkerhed omkring opgavefordeling og arbejdsgange m.v. Derfor finder hospitalsafdelingerne det svært at rapportere utilsigtede hændelser, da der i stedet handles direkte på konkret opståede

problematikker via afholdelse af videomøder o.lign. Der er frygt for, at det kan påvirke samarbejdet negativt at indrapportere i opstartsfasen.

For så vidt angår kommunerne meldes udskrivninger/overgange ind, men ikke som UTH, og når der rapporteres, er det med hospitaler som hændelsessted.

Det, der er relevant for klyngernes samarbejdsgrupper, formidles internt.

Budskabet til monitoreringsgruppen er, at utilsigtede hændelser ikke er en væsentlig kilde til information på nuværende tidspunkt.

8. Overgange i Svangreomsorgen

Med Fødeplanen for Region Midtjylland er det besluttet, at grundet omlægning af ambulante fødsler og tidlig udskrivelse skal der startes monitorering af forskellige indsatser. Der er derfor nedsat en arbejdsgruppe vedr. monitorering af svangreomsorgen i Region Midtjylland. På sit første møde opregnede arbejdsgruppen en lang række forslag til monitorering, herunder utilsigtede hændelser. Det tværsektorielle netværk blev bedt om at sætte punktet på dagsordenen. Kredsen af ledende kommunale sundhedsplejersker drøfter også sagen.

Indstilling:

Såvel de kommunale som hospitalernes risikomanagere opfordres til at melde ud i deres netværk, at vi gerne ser rapporter om uhensigtsmæssige forløb i forbindelse med graviditet, fødsel og den første del af barslen i overgange mellem hospital og kommunal omsorg – begge veje. Sagsbehandlerne opfordres til at mærke sådanne sager med emneordet "Svangreomsorg". K&S vil trække data, når monitoreringsgruppen har brug for det – formentlig ca. halvårligt.

Opsummering:

Det blev fastslået, at rapporteringer nok hovedsageligt vil gå *fra* kommuner og *til* hospitaler, men i så fald er det væsentligt, at kommunerne informerer sit bagland om, at "svangreomsorgen" er et fokusområde.

Der oprettes et regionalt fokusområde "svangreomsorg" i DPSD som de regionale områder kan anvende. Skulle der dukke rapporter op med kommunerne som hændelsessted, så må kommunen anvende emneord til angivelse af "svangreomsorg".

9. Temadag om utilsigtede hændelser i

medicineringsprocessen v. Tine Nielsen og Lisbeth Vandborg Patientombuddet afholdte tirsdag d. 20. november en temadag om utilsigtede hændelser i medicineringsprocessen. Vi var et par stykker der deltog.

Indstilling: Kort præsentation af emner og problematikker fra temadagen til orientering og evt. drøftelse.

Opsummering:

Temadagens emner blev skitseret og drøftet.

Der blev ikke fremlagt endegyldige løsninger på medicineringsproblematikkerne, men meget af den eksisterende viden blev skitseret. Der er efterhånden en række undersøgelser, som skitserer problematikkerne, og som opstiller løsningsforslag. Det er dog muligt, at der mangler en samlet opfølgning på den eksisterende viden.

Når der afholdes en tilsvarende temadag i Århus i foråret, er budskabet til POB, at oplæggene bør fokusere mere på løsninger og effekten heraf, end den aktuelt afholdte temadag har gjort.

Hvis der skal handles på den eksisterende viden og konkret oplevede problematikker er det væsentligt at sikre ledelsesbevågenhed på emnet. Der rykkes først for alvor, når ledelsen har fokus på medicineringsproblematikkerne. Men netop formidlingen til ledelseslaget opleves som et problem flere steder. Midlerne til at sikre ledelsesbevågenhed kan være at vise problemerne, f.eks. via:

- Præsentation af utilsigtede hændelser.
- Midtvejsbesøg i hospitalernes akkrediteringsproces.
- Journalaudit m.v.

I så fald kan ledelsen ikke sidde problemerne overhørig. I Hospitalsenhed Midt arbejder ledelsesgruppen således lige nu med den manglende overensstemmelse mellem epikriser og medicinmodulet m.v.

Generelt mangler der en fælles regional indsats. TSN kunne anbefale, at medicinerung gøres til regionalt fokusområde i 2013. Dvs. at vi får styr på de eksisterende problematikker og fokuserer på at finde og iværksætte løsninger.

Det vil være en udfordring at skabe samlede løsninger, der går på tværs af sektorgrænser, men individuelle løsninger i de forskellige sektorer giver risiko for, at der skabes nye overgangsproblematikker.

bilag:

- Pkt. 9 bilag 1 Liste over eksisterende og kommende udgivelser fra temadagen.
- pkt. 9 bilag 2 Medicinerung i hjemmeplejen og i plejebolig.
- Pkt. 9 bilag 3 Praksissammenfatning medicin håndtering 2012.

10.Evt.

Vi skal have aftalt mødedatoer for 2013. De skal formentlig ligge i maj og november ligesom i år.

Opsummering:

Kvalitet og Sundhedsdata har fastsat nye mødedatoer for 2013:

- Tirsdag d. 14. maj 2013 kl. 9-13.
- Tirsdag d. 26. november 2013 kl. 9-13.

11.Evaluering

Dagsordensproces og mødeproces?:

- Der opfordres til at tænke over antallet af bilag og formuleringen af meget lange punkter. Der var dog ikke umiddelbart enighed om, hvor meget information der ønskes. Der opfordres derfor til, at man som mødedeltager selv sorterer i interessepunkter og bilag.
- Antallet af dagsordenspunkter er stort. Det skyldes ønsket om at dele information. Dette blev accepteret, selv om det til tider går stærkt og føles hektisk.
- Der opfordredes til at udsende dagsordenen lidt mere end 1 uge før mødet, så der er mere tid til forberedelse.
- Det blev bemærket, at der var mange procespunkter og færre med fokus på at skabe resultater. Eftersom forummet er relativt nyt, kan det imidlertid være vanskeligt ikke at fokusere på processer, herunder anvendelse af det fælles arbejdsredskab DPSD og analysemetoder m.v. Generelt opleves, at netværket udvikler sig positivt for hver gang vi mødes.