

Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange

### **3. møde mandag den 7. maj 2012 kl 09:00 – 13:00**

Mødelokale B 1, 1 sal (den gamle amtsrådssal)

Regionshuset

Viborg

#### **Referat**

Deltagere:

Jørgen Refslund Poulsen, Holstebro Kommune.  
Synnøve Sønderholm, Ikast-Brande Kommune.  
Anette Husum, Viborg Kommune.  
Jette Ishøy, Skanderborg Kommune.  
Sus Freundt, Aarhus Kommune.  
Bente Juulsgaard, Randers Kommune  
Anna-Kathrine Heegaard Frederiksen, Skive Kommune.  
Vibeke Staack, Silkeborg Kommune.  
Lisbeth Vandborg, Herning kommune.  
Christina Riis, Hospitalsenhed Midt.  
Svend Arensback Lyhne, Hospitalsenhed Midt  
Anna Marie Fink, Hospitalsenheden Vest.  
Annette Bjerre Vedstesen, Regionshospitalet Randers og Grenaa.  
Søren Schousboe Laursen, regionshospitalet Horsens  
Inge Selchau Jørgensen, Aarhus Universitetshospital.  
Pia Sterregaard, Psykiatrien i Region Midtjylland.  
Hanne Mette Olesen, Socialområdet Region Midtjylland.  
Tine Nielsen, Speciallægerne, Region Midtjylland.  
Lene Bjerregård, Apoteker, tandlæger og medicinering på praksisområdet.  
Stine Krat Nielsen, Præhospitalet.  
Peter Barner, Region Midtjylland.

#### **Afbud:**

Dorthe Leth, Aarhus Universitetshospital.  
Jeanette Henriksen, Hospitalsenheden Vest.  
Pia Larsen Hedensted Kommune.  
Moana Hjarnø Nielsen, Koordinerende praksisområder.  
Maj-Brit Baun Hansen, Randers Kommune  
Alice Teckemeier, Horsens Kommune.  
Sine Møller Sørensen, Faurskov Kommune.  
Lene Vestager Syddjurs Kommune.  
Grete Bækgaard Thomsen, Lemvig Kommune.  
Dorthe Milthers, Norddjurskommune.  
Louise Hofman Nyholm, Odder Kommune.  
Lene Foss Brink, Ringkøbing Skjern.

Dato 15. maj 2012

Peter Barner

Tlf. +45 7841 2312

Mob. +45 2917 1105

Peter.barner@stab.rm.dk

ESDH 1-49-70-1-11

Side 1

Carl Brinkmann, Struer Kommune.  
Alice Stenoors, Samsø Kommune.  
Lone Sommer, Social/psykiatri Region Midtjylland  
Elin Lyngsø. Kvalitet og Sundhedsdata

**Mødeleder:** Peter Barner

**Referent:** Lene Bjerregård

## **1. Velkomst v/ regional risikomanager Peter Barner**

### **Punkter til drøftelse**

#### **2. Siden sidst – kort runde**

Hvad rører sig i klyngerne? Hvordan har samarbejdet været omkring tværsektorielle hændelser?

#### **Referat**

##### **Hospitalsenhed Midt:**

Netværksmøde x 2 årligt. Drøfter de projekter, der er i gang, og som er initieret af de rapporterede hændelser.

Erfaringsudveksling i forhold til metoder.

Der er et stort behov for at lære mere om rapportmodulet i databasen.

##### **Hospitalsenheden Vest**

”Gør et godt samarbejde bedre” er blevet til patientsikkerhedsgruppen, rapporteringshyppigheden er faldet, efter at DPSD er taget i brug.

I Vest koder de alle hændelserne fra en anden sektor som tværsektorielle. Medicin temaeftersmiddag (med deltagelse af en apoteker), der gav en meget fint indblik i kommunernes og hospitalernes forskellige vanskeligheder, når det kommer til sikker medicinering.

Kommunerne i Vestklyngen vil gerne indgå i et mere formaliseret samarbejde med risikomanagerne fra psykiatrien. Netværksgruppen bestående af de kommunale risikomanagere i Vestklyngen har haft møde med Voksenpsykiatriens risikomanager Agnethe Clemmensen for at drøfte, hvilken samarbejdsplatform vi kan etablere i.f.m. UTH i sektorovergang ml. psykiatrien og kommunerne.

For ikke at lave et nyt samarbejdsforum blev konklusionen, at vi ville se på mulighederne for at udvide Samarbejdsgruppen for Patientsikkerhed i Vestklyngen med en repræsentant fra Psykiatrien.

Dette kunne evt. også medvirke til at skabe en større helhed indenfor UTH på tværs af region (somatik og psykiatri), kommuner, praksislæger og apoteker?

Der er ikke taget nogen beslutning endnu.

Vestklyngen foreslår, at psykiatrien deltager i klyngemøderne.

##### **Horsens**

Holder ½ årlige netværksmøder. Der er udarbejdet ”Retningslinje for samarbejdet i klyngen” og lavet en forretningsorden.

Der er analyseret tre hændelser, der alle omhandler kommunikation mellem hospital og kommune i forbindelse med udskrivelse.

Essensen i hændelserne var, at hospitalet havde én opfattelse af patientens tilstand (at vedkommende var relevant ift. udskrivelse), og at der var kommunikeret fyldestgørende omkring

de hjælpemidler, som patienten skulle bruge efter udskrivelse. En del af forklaringen var dårlig kommunikation mellem hospital og kommune, manglende indblik i hinandens hverdag (og hvilke hjælpemidler vi kan håndtere) og kommunikation mellem visitator og plejepersonale i primær sektor.

### **Randers**

Der holdes ½ årlige møder. I "Randers klyngen" har der været holdt 3-4 møder. Erfaringsudveksling er en stor del af møderne. I det seneste møde deltog den koordinerende praksiskon-sulent for Regionshospitalet Randers. Det er aftalt at han inviteres ad hoc.

I lyset af mange medicineringshændelser har Randers kommune i samarbejde med apotekerne engageret farmaceuter, der underviser personalet i plejen for at reducere medicineringsfejlene.

### **Århus**

Århus klyngen mødes hvert ½ år.

Hvad er en tværsektoriel hændelse og hvordan kan vi samarbejde!

Der er udvekslet lister over sagsbehandlere, så det er lettere at få kontakt med hinanden.

### **Psykiatri**

Hospitalsdelen af psykiatrien i Region Midtjylland er organiseret som ét hospital med forskellige matrikler. Her er der én risikomanager (Pia Sterregaard), som dækker hele regionen. Derudover er der de regionale botilbud, der har egne risikomanagere (Hanne Mette Olesen og Lone Sommer). Organiseringen i psykiatrien er af en sådan natur, at den ikke matcher den klyn-gestruktur, som hospitaler, kommuner og regionen benytter. Det er derfor ikke muligt at knyt-te sig fast til én klynge.

De psykiatriske risikomanagere vil meget gerne uddybe samarbejdet, og kommer gerne til klyngermøder, i den udstrækning der er brug for psykiatrisk viden. Klyngerne kan ligeledes kontaktes, via hospitalsrisikomanagerne, hvis der er brug for erfaringsudveksling fra psykiatri-en til de øvrige deltagere i klyngesamarbejdet.

## **3. Årsrapport**

I har indsendt tal og tekst til den årsrapport, gruppen er forpligtet til at levere i medfør af sundhedsaftalerne. Især tallene har givet udfordringer. Det er næppe muligt at fremstille et validt samlet talmateriale om tværsektorielle hændelser. Peter Barner giver en kort oversigt over status for arbejdet med rapporten.

### **Referat**

Kommunerne er på meget forskellige niveauer i forhold til patientsikkerhedsarbejdet.

Manglen på en egentlig definition af en tværsektoriel hændelse er kraftigt medvirkende til de insufficiante data.

Databasen er langt fra perfekt til at gengive arbejdet med patientsikkerhed i det tværsektorielle område.

Efter en drøftelse af, hvordan man bedst kunne præsenterer arbejdet i det tværsektorielle net-værk, blev der enighed om at vise nogle få tal med de relevante forbehold. Det er aftalt at bruge tabel 1 og 2 fra den vedlagte præsentation.

#### 4. Definition af tværsektorielle hændelser

Medvirkende til det usikre talmateriale er, at definitionen på "tværsektorielle hændelser" er uklar. Derfor foreslår Kvalitet og Sundhedsdata en fælles definition, som vi kan anvende i vores region (forslaget var vedhæftet dagsordenen).

Definitionen tilstræber at være praktisk anvendelig og forsøger samtidig at være fremtidssikret. For at opnå dette er 3 elementer taget i betragtning:

1. Patientombuddets notat af maj 2011: Fordi holdningen heri sandsynligvis kan danne baggrund for en endelig national udmelding.
2. Sundhedsaftalen for Region Midtjylland: Samarbejdet mellem sektorerne bygger på denne. Heri er angivet to typer af "utilsigtede hændelser i sektorovergange".
3. DPSD2's opbygning: Definitionen må tage hensyn til hvilke praktiske muligheder systemet tilbyder i forhold til at trække rapporter, der giver mening i samarbejdet mellem sektorerne.

Kan I godkende det vedlagte forslag til definition?

#### Referat

Der kunne ikke opnås enighed om de fremlagte definitioner trods længere diskussion.

Diskussion gav anledning til at opridse følgende punkter:

- Det er ikke rapportørerne, der skal foretage vurderingen af, om en hændelse er tværsektoriel, da rapportørerne ikke i rapporteringsskemaet har mulighed for at tage stilling her til. De kan alene påføre et opdagelsessted. Det betyder:
  - at en definition, uanset dens endelige indhold, alene skal udbredes blandt sagsbehandlerne og ikke til alle rapportører.
  - at en hændelse, der har opdagelsessted i anden sektor altid vil skulle vurderes nærmere af hændelsesstedets sagsbehandler i forhold til dens evt. tværsektorielle karakter.
- Når sagsbehandleren aktivt foretager vurderingen af den konkrete hændelse, der kommer fra en anden sektor, så vil rigtig mange hændelser, (i hvert fald i begyndelsen), 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.
- Uanset hvad en definition omfatter, så vurderes det, at såvel hændelser med opdagelsessted i anden sektor som egentlige tværsektorielle hændelser er 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.

Emnet tages op på næste netværksmøde.

#### 5. Undervisning i basal databaseforståelse, konkret anvendelse af DPSD og udtræk af rapporter fra DPSD

Nogle kommuner ønsker undervisning i at trække data fra DPSD2-systemet. Rapportcenteret opleves af mange som uoverskueligt og indviklet.

Kvalitet og Sundhedsdata vil gerne tilbyde en sådan undervisning i klynge-regi. Tine Nielsen har erfaringer med at undervise hospitalsenhedernes risikomanagere og har udarbejdet undervisningsbeskrivelse.

Tanken er at tilbyde én undervisningsdag pr. klynge, hvor de deltagende kommuner i den enkelte klynge og underviseren bliver enige om tid og sted. I forbindelse med undervisningen

kan der i mindre grad diskuteres enkelte spørgsmål, som har at gøre med den almindelige sagsbehandling af hændelser og den basale databaseforståelse.

De nødvendige forudsætninger er:

- At deltagerne har en vis erfaring med og forståelse for den basale sagsbehandling og strukturen i DPSD2.
- At deltagerne ret hurtigt efter undervisningsdagen går i gang med at anvende det lærte.
- At alle deltagerne har adgang til DPSD2 på undervisningsdagen. Adgangen er f.eks. for nogen afhængig af forbindelse til en bestemt server.

Drøftes:

- Hvor stort er behovet?
- I hvilket omfang føler kommunerne sig klar til at give sig i kast med dataudtræk?
- Hvordan kan region, kommuner og hospitalsenheder evt. hjælpe hinanden til at blive klar til det næste skridt?
- Hvordan løser vi problemet med adgang til DPSD2 på en undervisningsdag?

### **Referat**

Der er stort behov for at lære mere om, hvad og hvordan databasen kan understøtte det daglige arbejde. Der vil blive afholdt op til 5 undervisningsdage.

Der aftales med de enkelte klynger, hvornår og i hvilken IT form det kan lade sig gøre.

Dato aftales mellem regionen og den enkelte klynge. Den enkelte klynge melder, hvor mange de gerne vil have med på undervisningsdagen.

### **6. Fælles skabeloner til udtræk af data fra DPSD**

Det er næppe rimeligt at forestille sig, at samtlige sagsbehandlere og risikomanagere har tid til og behov for at blive fuldstændig fortrolig med alle databasens mange funktioner. Derfor foreslår Kvalitet og Sundhedsdata at stille nogle fælles rapportskabeloner til rådighed, som kan anvendes til udtræk af data, der ønskes drøftet på de forskellige klynge-møder.

Tine Nielsen vil komme med nogle konkrete eksempler på hvilke rapportskabeloner, der kan være behov for at lægge ud til fri afbenyttelse. Yderligere forslag modtages gerne.

### **Referat**

De 4 skabeloner, der blev præsenteret, oprettes i databasen og lægges i mappen: RM tværsektorielle hændelser.

Tine Nielsen har udarbejdet en guide til søge- og rapportmodulet. Den er imidlertid for svær for de enkelte sagsbehandlere at bruge. Hospitalsenhed Midt har lavet en mere enkelt udformning, der vedlægges referatet.

### **7. Erfaringer med tilbagemeldinger til rapportørerne hen over sektorgrænser**

På mødet i november 2011 blev muligheden for tilbagemeldinger til rapportørerne drøftet. Der var enighed om, at muligheden for at give den enkelte rapportør en tilbagemelding hurtigt kunne blive en uoverkommelig opgave. På den anden side er det vigtigt, at rapportørerne kan se, at det nytter, at der arbejdes med de rapporterede hændelser. I regi af de enkelte klynger har der været gensidige tilbagemeldinger.

### **Referat**

Det er vigtigt, at rapportørerne holdes orienteret om arbejdet med de UTH, der rapporteres. Derfor fortsættes der med at give tilbagemeldinger i klyngerne.

## **8. Ny release af DPSD i maj 2012**

Patientombuddet har meddelt driftsgruppen for DPSD2, at der kommer en release til Maj. Vi håber inden mødet at få nærmere at vide, hvilke rettelser til systemet, releasen medfører. Kommune-repræsentant i Driftsgruppen, Risikomanager i Viborg Kommune, Anette Husum, vil orientere om status og indhold.

### **Referat**

POB har ikke overblik over, hvad releasen indeholder, men mener, at den får virkning fra starten af juni.

Fra kommunernes side (KL) er der gjort meget for at "sagsejersnavn" ikke slettes i de lukkede sager. Når sagsejersnavnet slettes, har kommunerne ingen mulighed for at bruge hændelserne, idet det ikke er muligt at se hvor de kommer fra.

SOR registrering er mangelfuld og der er heller ikke her opløftende nyt.

Hvad angår handleplan-modulet er der endnu ikke noget konkret nyt.

Peter og Anette er med i driftsgruppen omkring databasen. De oplever det svært at trænge igennem med de ændringer, som man gerne ser iværksat.

Der blev spurgt om en samlet henvendelse til POB fra denne gruppe, om frustrationerne i det daglige arbejde, ville kunne gøre en forskel. Peter og Anette tager budskabet med til driftsgruppemøde den 24. maj.

## **9. Monitorering af kvaliteten af apopleksibehandlingen i Region Midtjylland**

Fra 1. maj 2012 bliver alle patienter i Region Midtjylland med mistanke om apopleksi modtaget i to centre i hhv. Aarhus og Holstebro. Der har knyttet sig en del bekymringer til denne om-lægning, og implementeringsgruppen har iværksat et omfattende monitoreringsprogram. En del af dette er fokus på utilsigtede hændelser: At alle involverede i en periode rapporterer alle utilsigtede hændelser ifm. behandling og pleje af apopleksi, og at de ved sagsbehandlingen mærker rapporterne med emneordet "apopleksi". Det er især interessant at følge tværsektorielle hændelser.

Hvordan formidles denne opgave optimalt?

### **Referat**

Der var bred enighed om, at det er en god idé. Utilsigtede hændelser, der bliver rapporteret som de skal inden for 7 dage, kan være en væsentlig kilde til hurtigt at rette op på eventuelle problemer i de nye rutiner.

Vi skal derfor opfordre jer alle til at sprede dette budskab i jeres netværk til de ledere og medarbejdere, der kan tænkes at blive involveret i u hensigtsmæssige patientforløb for patienter med apopleksi: Rapportér, hvad I oplever.

Til jeres decentrale sagsbehandlere er budskabet: Mærk sådanne rapporter med emneordet Apopleksi, så I kan finde dem igen. Kvalitet og Sundhedsdata har anmodet Patientombuddet om at oprette et fokusområde Apopleksi i DPSD2 og dette er sket. De regionale sagsbehandlere kan derfor allerede nu anvende det lokale fokusområde, "Apopleksi". Vi kan ikke få oprettet lokale fokusområder på det kommunale område uden at skulle op igennem KL og skabe national enighed om det. Den proces har vi fravalgt for nuværende.

Kvalitet og Sundhedsdata forventer at skulle rapportere kvartalsvis til den implementeringsgruppe, som er ansvarlig for den nye organisering. De regionale data trækker vi selv. For det

kommunale område vil vi henvende os medio august og bede om data for de hændelser, I har oplevet.

Vi vil anbefale, at I dagsordenssætter fokusområdet i jeres klyngegrupper, så I følger udviklingen løbende. Vi hører gerne om jeres erfaringer og overvejelser.

Budskabet er formidlet per mail til de regionale og kommunale risikomanagere den 9. maj.

### **10. Undervisningsmateriale til uddannelse af patienter og pårørende i patientsikkerhed**

Kvalitet og Sundhedsdata er ved at indgå aftale med Dansk Selskab for Patientsikkerhed om at udarbejde og afprøve et undervisningsmateriale i patientsikkerhed. Materialet skal bruges til at informere patienter og pårørende om, hvordan de kan involvere sig og dermed bidrage til en bedre sikkerhed. Materialet skal anvendes, hvor patienter og pårørende undervises fx i patient-/borger-/kronikerskoler. I den forbindelse bliver der omkring november 2012 brug for at afprøve materialet i et antal kommuner.

Er I interesseret i at indgå i en pilottest?

#### **Referat**

Ideen blev vel modtaget. De fleste kommuner driver patientskoler af denne art. Peter vil kontakte relevante personer i forhold til at teste et eventuelt materiale.

### **Punkter til orientering**

#### **11. Statusopgørelse til Temagruppen for utilsigtede hændelser**

Kvalitet og Sundhedsdata har leveret statusrapport til Nære Sundhedstilbud mhp. opfølgning af målsætningerne i sundhedsplanen (vedhæftet dagsordenen).

Den indgår i en samlet rapport om hele sundhedsplanen og går videre i det politisk-administrative system: Temagruppen for økonomi og opfølgning i slutningen af april, Sundhedsstyregruppen den 3. maj og Sundhedskoordinationsudvalget den 7. juni.

#### **Referat**

Statusopgørelsen er accepteret af gruppen.

#### **12. Kvalitet i epikriser og henvisninger**

Kommunikation mellem hospital og almen praksis i form af hhv. henvisninger og epikriser er en permanent udviklingszone. Nære Sundhedstilbud og Hospitalsenheden Vest har iværksat et fælles projekt til forbedring af denne kommunikation. Det er tanken at implementere projektets resultater i resten af regionen i 2013-14 (oplæg vedhæftet dagsordenen).

#### **Referat**

Til orientering.

### **13. Næste mødedato**

#### **Sæt kryds i kalenderen:**

Onsdag den 28. november kl 09:00 – 13:00

### **14. Evt.**

## **15. Evaluering af mødet**

Mødet har været godt, med mulighed for at udveksle erfaringer i de enkelte dagsordenspunkter.