



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Patientsikkerhedsrapporten

Bidrag fra sundhedsvæsenet 2017

Juli 2018

# Kolofon

Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2017

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 7228 6600

E-post: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

ISBN (digital): 978-87-93651-27-2

Udgivelsesår: 2018

# Indhold

<b>Forord</b>	<b>6</b>
<b>Resumé</b>	<b>7</b>
<b>Bidrag fra regioner og kommuner</b>	<b>13</b>
<b>Nordjylland</b>	<b>14</b>
<b>Region Nordjylland</b>	<b>14</b>
Brønderslev Kommune	25
Frederikshavn Kommune	27
Hjørring Kommune	29
Jammerbugt Kommune	31
Mariagerfjord Kommune	32
Morsø Kommune	34
Thisted Kommune	35
Vesthimmerland Kommune	37
Aalborg Kommune	39
<b>Midtjylland</b>	<b>42</b>
<b>Region Midtjylland</b>	<b>42</b>
Favrskov Kommune	54
Hedensted Kommune	56
Herning Kommune	59
Holstebro Kommune	61
Horsens Kommune	63
Ikast-Brande Kommune	64
Lemvig Kommune	66
Norddjurs Kommune	67
Odder Kommune	69
Ringkøbing-Skjern Kommune	70
Samsø Kommune	72
Silkeborg Kommune	74
Skanderborg Kommune	75
Syddjurs Kommune	77
Viborg Kommune	79
Aarhus Kommune	81
AROS Privathospital	84
<b>Syddjylland</b>	<b>86</b>
<b>Region Syddanmark</b>	<b>86</b>
Assens Kommune	89
Billund Kommune	91
Esbjerg Kommune	94
Fanø Kommune	95
Fredericia Kommune	96
Haderslev Kommune	99
Kerteminde Kommune	101

Kolding Kommune	103
Langeland Kommune	106
Middelfart Kommune	107
Nordfyns Kommune	109
Nyborg Kommune	111
Odense Kommune	113
Sønderborg Kommune	115
Tønder Kommune	118
Varde Kommune	121
Vejen Kommune	123
Vejle Kommune	124
Ærø Kommune	127
Privathospitalet Mølholm	128

**Sjælland 131**

**Region Sjælland 131**

Faxe Kommune	144
Greve Kommune	146
Guldborgsund Kommune	151
Kalundborg Kommune	153
Køge Kommune	154
Lejre Kommune	156
Lolland Kommune	158
Næstved Kommune	160
Odsherred Kommune	163
Ringsted Kommune	164
Roskilde Kommune	165
Slagelse Kommune	167
Sorø Kommune	170
Stevns Kommune	171
Vordingborg Kommune	172
Skovhus Privathospital	173

**Hovedstaden og Bornholm 175**

**Region Hovedstaden 175**

Albertslund Kommune	191
Allerød Kommune	192
Ballerup Kommune	194
Bornholms Regionskommune	197
Brøndby Kommune	199
Dragør Kommune	203
Egedal Kommune	204
Frederiksberg Kommune	205
Frederikssund Kommune	207
Furesø Kommune	209

Gentofte Kommune	211
Gladsaxe Kommune	213
Glostrup Kommune	215
Gribskov Kommune	216
Halsnæs Kommune	218
Helsingør Kommune	219
Herlev Kommune	221
Hillerød Kommune	222
Hvidovre Kommune	223
Høje-Taastrup Kommune	224
Hørsholm Kommune	226
Ishøj Kommune	227
Københavns Kommune	229
Lyngby-Taarbæk	233
Rødovre Kommune	235
Tårnby Kommune	237
Vallensbæk Kommune	239
Kysthospitalet Skodsborg	240
<b>Register</b>	<b>241</b>

# Forord

*Patientsikkerhedsrapporten – Bidrag fra sundhedsvæsenet 2017* opsummerer de nyeste patientsikkerhedstendenser og -initiativer fra hele sundhedsvæsenet.

Rapporten udgør en væsentlig del af Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med at skabe større synergi i tilgængelig viden og data om patientsikkerhed. Målet er, at denne samlede viden skal komme hele sundhedsvæsenet til gode ved at tjene som inspiration og ved at fremme erfaringsudveksling.

En stor del af styrelsens viden på patientsikkerhedsområdet kommer fra sundhedsvæsenets aktører i regioner og kommuner, som rapporterer utilsigtede hændelser, deltager i den strategiske følgegruppe for det risikobaserede tilsyn eller andre interessentfora i styrelsen, fx Fagligt Forum<sup>1</sup>, og deler erfaringer og viden, bl.a. som input til Patientsikkerhedsrapporten.

Den store palette af eksempler og erfaringer, som Patientsikkerhedsrapporten præsenterer, kan tjene som et fagligt opslagsværk for de mange sundhedsprofessionelle, der arbejder med udvikling, kvalitetsforbedring og patientsikkerhed rundt omkring i Danmark.

For at gøre det nemmere og mere overskueligt at vidensdele på tværs af sundhedsvæsenet, er der bagerst i rapporten indsat et register over udvalgte temaer, fx medicinering og patientovergange. Registret giver desuden en oversigt over, hvilke sundhedsaktører, der har beskæftiget sig med et givent tema indenfor patientsikkerhed.

På organisatorisk niveau ønsker Styrelsen for Patientsikkerhed fremover at styrke samarbejde med bidragsyderne, om at succesfulde, lokale initiativer deles på nationalt niveau, fx på relevante konferencer. Vi vil fra styrelsens side desuden bruge udvalgte initiativer som inspiration til faglige temadage.

Vi håber, at Patientsikkerhedsrapporten 2017 kan blive et redskab i og yderligere inspiration for det lokale patientsikkerhedsarbejde i hele landet.

Vi vil gerne takke regioner og kommuner for alle de inspirerende initiativer, de har bidraget med, og vi glæder os til at samarbejde med sundhedsvæsenets aktører om at få de mange gode initiativer bredere ud.

Anne-Marie Vangsted  
Direktør  
Styrelsen for Patientsikkerhed

---

<sup>1</sup> Det overordnede formål for Fagligt Forum er at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring omkring læringsaktiviteter. Fagligt Forum er sammensat af repræsentanter for regionerne, kommunerne, almen praksis, praktiserende speciallæger, patienter, private sygehuse, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

# Resumé

Patientsikkerhedsrapporten opsummerer de nyeste patientsikkerhedstendenser og initiativer fra hele sundhedsvæsenet. Det sker med det formål, at den samlede viden skal tjene som inspiration og fremme erfaringsudveksling på tværs af hele landet.

Én gang om året melder kommuner og regioner deres initiativer på patientsikkerhedsområdet ind til Styrelsen for Patientsikkerhed. Disse bidrag samles i den årlige Patientsikkerhedsrapport.

På de følgende sider kan du læse en opsummering af de hyppigste og overordnede temaer, der er arbejdet med på patientsikkerhedsområdet i 2017, ligesom der under hvert tema beskrives et udpluk af de mange initiativer, som kommuner og regioner har bidraget med til rapporten.

Der henvises i øvrigt til registret bagerst i rapporten, hvor der er referencer til de regioner og kommuner, der arbejder med et givent patientsikkerhedstema.

## Overordnede temaer for patientsikkerhedsarbejdet i 2017

### Sikre patientforløb og –overgange

- **Region Nordjylland** har - som en del af sundhedsaftalen for perioden - arbejdet med at sikre præcise, rettidige og fyldestgørende epikriser (s. 14).
- Præhospitalet i **Region Midtjylland** har i samarbejde med forskellige risikomanagers haft fokus på medicinering i overgange mellem vagtlæger og ambulancetjenesten. Dette arbejde fortsætter i 2018 (s. 42).
- **Aalborg Kommune** har i 2017 arbejdet med at styrke kommunikationen ved patientovergange, bl.a. for borgere med kroniske sygdomme, som er i rehabilitering. Kommunen har i forbindelse med den nye ordning med plejehjemslæger udviklet en model for samarbejde mellem kommunen og Lægeforeningen, hvor arbejds gange på tværs af plejecentre, plejepersonale og praktiserende læger er beskrevet (s. 39).
- Alle sygehusenheder i **Region Syddanmark** har arbejdet med og arbejder fortsat med 'Den Syddanske Forbedringsmodel', hvor udgangspunktet er 'patienten først'. Arbejdet med patientovergange understøttes bl.a. af et 'guiding team' (s. 88).



- På alle sygehuse i **Region Sjælland** har der i 2017 været fokus på 'Fremskudt visitation'. Det betyder i praksis, at visitatorer og/eller sygeplejersker fra kommunerne er til stede på sygehuset og fx kan deltage i udskrivelsessamtaler. Initiativet har fremmet kommunikationen mellem de fagprofessionelle, ligesom der meldes om stor tilfredshed blandt de berørte borgere (s. 133).
- Psykiatrien i **Region Sjælland** har etableret en partnerskabsaftale med Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse for at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken – og derved skabe bedre patientforløb (s. 133).
- På **Sjællands Universitetshospital** har man igangsat et projekt med 'delesygeplejersker' med det formål at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Delesygeplejerskerne varetager sygeplejen af patienten under hele forløbet fra indlæggelse, til denne er etableret og stabil igen i eget hjem (s. 133).
- **Region Hovedstadens** Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed har foretaget en tværgående analyse om diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom. Analysens formål var at reducere risikoen for dødsfald af meningitis og meningokoksygdom. Analysen har identificeret forskellige indsatsmål, ligesom den har resulteret i handlingsplaner, nye arbejdsgange, møder med myndighederne og forbedringsprojekter (s. 177).
- Hospitalerne i Nordsjælland i **Region Hovedstaden** har indført konceptet MELDE/HILSE for at skabe patientsikre overgange ved overflytninger til ny afdeling. Projektet er udviklet med involvering af både medarbejdere og patienter. Konceptet skal efterfølgende spredes til flere afdelinger på Nordsjællands Hospital (s. 177).
- **Hedensted Kommune og Syddjurs Kommune** har hver især til alle borgere, som bor i socialt botilbud, lavet en mappe, som indeholder: medicinskema, borgerbeskrivelse i forbindelse med sygehusindlæggelse og procedure for udskrivelse fra sygehus (s. 56 og 77).
- **Norrdjurs Kommune** har i samarbejde med Regionshospitalet Randers startet projektet 'Dem vi ikke kender', hvor en visitator fra kommunen opholder sig på regionshospitalet og møder de borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp, men som efter udskrivelse skal modtage ydelser fra kommunen. I forbindelse med projektet arbejdes der med øget patientinddragelse og sikre overgange (s. 67).
- **Skanderborg Kommune** har i 2. halvdel af 2017 fast haft en visitator på Horsens Sygehus i en form for brobyggerfunktion. Formålet har været at understøtte sikre patientovergange. Kommunen har 4 sygeplejersker i sit akutteam, som varetager den akutte sygepleje i eget hjem, og som er i tæt kontakt med sygehuslægerne.

Den tætte kontakt betyder, at det er muligt at udskrive borgerne tidligere efter indlæggelse, da iv-væske og antibiotikabehandling så kan færdiggøres i borgernes eget hjem (s. 75).

- **Odense Kommune** har i sit Center for Tandpleje arbejdet med at sikre, at patienter, når de fylder 18 år, oplever kontinuitet i overgangen mellem kommunal og privat tandpleje (s. 115).
- **Lolland Kommune** har deltaget i tværsektorielle projekter, dels 'Sammen om min vej', som har til formål at styrke indsatsen overfor udsatte borgere med flere diagnoser, og dels i 'Geriteam', som har den ældre og skrøbelige patient i fokus. Begge projekter skal sikre bedre patientovergange (s. 160).
- **Ringsted Kommune** har arbejdet med tidlig opsporing af svækkelse hos ældre borgere og har i den forbindelse brugt en app, hvor personalet kan registrere symptomer på ændringer i borgerens tilstand. Disse oplysninger kommer ind i omsorgsjournalen. App'en bruges i hjemmeplejen og på alle plejecentre (s. 166).
- **Slagelse Kommune** har oprettet et akutteam, som har til formål at forebygge 'forebyggelige indlæggelser' af borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kronisk sygdom (s. 169).
- **Gladsaxe Kommune** har i forbindelse med den kommende tværkommunale akutfunktion haft fokus på, hvor der er særlig risiko for patientsikkerheden. Der er lavet en instruks for fælles arbejdsgang i forhold til rapportering af UTH og læring for de tre deltagende kommuner (Rudersdal, Gentofte og Gladsaxe) (s. 215).
- **Helsingør Kommune** har udført journalaudits i hjemmeplejen og på plejehjemmene, hvor man systematisk har gennemgået journaler efter udskrivelser og set på de berørte borgeres forløb (s. 221).
- **Københavns Kommune** har deltaget og deltager fortsat i projektet Sikker Sammenhæng (SISAM) sammen med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selvskab for Patientsikkerhed. Projektet skal udvikle en samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre over 65 år (s. 231).

### **Patientsikkerhedskultur**

- I **Region Syddanmark** har UTH'er rapporteret af patienter og pårørende været et af de emner, der har været drøftet og arbejdet med i sygehusenhedernes tværgående risikokoordineringsgruppe (s. 88).
- Hospitalerne i Nordsjælland i **Region Hovedstaden** har arbejdet med forskellige modeller, der kan skabe et bedre overblik over rapporterede UTH'er og pege på

hvilke tendenser og mønstre, der tegner sig i hændelsesdata. På baggrund af de nye analysemodeller har man kunnet prioritere den lokale patientsikkerhedsindsats (s. 177).

- **Kolding Kommune** har arbejdet med at styrke patientsikkerhedskulturen. Medarbejdere i hjemmeplejegrupper har været på kursus i at rapportere UTH'er, og kommunens læringspartnere understøtter medarbejderne i, hvordan og hvornår de skal rapportere en UTH (s. 105).
- **Greve Kommune** har sat et ambitiøst resultatmål for antallet af rapporterede UTH'er. Der er fokus på, at personalets læring på baggrund af UTH'er sker både i forbindelse med rapporteringen og ved den refleksion, som medarbejderne har ved beskrivelse af forebyggende indsatser (s. 148).
- **Sønderborg Kommune** har etableret tavlemøder som led i sit arbejde med patientsikkerhedskultur. Tavlerne bruges på daglig basis som et værktøj til dialog, opfølgning og forbedringsarbejde. Kommunen har desuden haft lederne på kursus i forbedringsledelse (s. 117).

### Kompetenceudvikling: personaleudveksling, kurser

- I **Region Midtjyllands** Hospitalsenhed Vest arbejdes der med tværsektoriel udveksling af personale i form af endages besøg på kliniske afdelinger, på plejecentre, i hjemmeplejen mv. Udvekslingen giver et større indblik i forskellige arbejdsdshverdage (s. 42).
- **Region Sjællands** Præhospitalt Center har haft fokus på 'sikker kommunikation' både i forbindelse med 112-opkald og ved siddende sygetransport (befordring). Kommunens akutteam skal i 2018 i 'observationspraktik' i AMK-vagtcentralen og i ambulancetjenesten (s. 133).
- **Aarhus Kommune** afholdt sammen med Aarhus Universitetshospital en tværsektoriel temadag, hvor formålet var at sætte fokus på arbejdet med UTH'er, herunder rapportering, analyse og læring. En evaluering af dagen viste, at 100 % efterfølgende var motiverede til at tage kontakt til den anden sektor med henblik på fælles analyse og læring (s. 81).
- **Billund Kommune** har i 2017 deltaget i projektet 'I sikre hænder' og dermed i arbejdet med at nytænke kvalitet og patientsikkerhed. I forbindelse med projektet er der sket et betydeligt løft af personalets kompetencer, ligesom kommunen deltager i et tværkommunalt netværk som led i projektet (s. 93).

- **Brøndby Kommune** har udarbejdet, evalueret og videreudviklet en vikarpjece, som skal hjælpe vikarer i dagvagter til hurtigere at kunne få et overblik over arbejdsopgaver og arbejdsgange på plejecentrene. Næste skridt er at lave en pjece til vikarer i aftenvagt (s. 201).

## Medicinering og medicin håndtering

- **Aalborg Universitetshospitals Hobroafdeling** har oprettet et polyfarmaci-ambulatorium, som henvender sig til patienter med mange forskellige sygdomme og/eller mange forskellige slags lægeordineret medicin (s. 14).
- I akutafdelingen på **Slagelse Sygehus** er der blevet tilknyttet farmaceuter. Formålet er at understøtte et sikkert patientflow, hvad angår medicinering, bistå med medicingennemgang og klargøre FMK-kladde (s. 133).
- På Amager-Hvidovre Hospital i **Region Hovedstaden** har man arbejdet med at gøre medicineringsprocessen mere patientsikker. Der er i 2016 og 2017 tilført apotekspersonale, der dels skal bistå de nyuddannede sygeplejersker i ortopædkirurgisk afdeling, og dels i akutmodtagelsen skal bistå ved dispensering og administration og ved akut opståede spørgsmål blandt personalet om præparater og dispenseringsmåder (s. 177).
- **Frederikshavn Kommune** har i 2017 deltaget i pilotprojektet om samlerapportering og har herved styrket deres patientsikkerhedsarbejde, fx ved at have fokus på utilsigtede hændelser i forbindelse med medicingivning. Ambitionen er at nedbringe antallet af 'medicin ikke givet'-hændelser (s. 27).
- **Mariagerfjord Kommune** har arbejdet med at håndtere medicinordinationer korrekt, bl.a. set i lyset af, at der er implementeret et nyt omsorgssystem i kommunen (s. 32).
- **Herning Kommune** har en farmaceut ansat, som underviser og vejleder personale på sundheds- og ældreområdet i medicin håndtering. Farmaceuten udsender månedligt et nyhedsbrev, 'Medicinposten', hvor personale kan læse om diverse præparater, gode råd og facts (s. 59).
- **Køge Kommune** er i gang med at afprøve en elektronisk medicinboks (DoseCan) på et plejehjem og på et socialpsykiatrisk bosted (s. 156).

### **Fald: Forebyggelse, screening, uddannelse**

- **Vejle Kommune** har arbejdet med at forebygge fald og fald-relaterede skader (s. 126).
- **Allerød Kommune** har arbejdet med forebyggelse af fald og faldskader. Det har bl.a. resulteret i to vejledninger til personalet. 97 % af alle borgere på plejecentrene er blevet faldscreenet, og der er desuden gennemført kompetenceudvikling af personalet (s. 194).

### **Tryksår**

- **Thisted Kommune** har arbejdet med forebyggelse af tryksår i forbindelse med indsatserne 'Patientsikkert sygehus' og 'I sikre hænder'. Der har bl.a. været arbejdet med, hvordan det undgås at tryksårs-truede patienter undgår tryk under patientkørsel (s. 35).

## **Bidrag fra regioner og kommuner**

# Nordjylland

## Region Nordjylland

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Tilde Jensen

**Arbejdssted:** Forbedring, Kvalitet og Kommunikation, Region Nordjylland

**Adresse:** Niels Bohrs Vej 30

**Postnummer og by:** 9220 Aalborg Ø

**E-mail:** [tj@rn.dk](mailto:tj@rn.dk)

**Telefonnummer:** 29 63 01 83

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

### **Hospitalsområdet:**

#### Nyt koncept for epikriser og henvisninger

Konceptet gælder opfølgning for de somatiske hospitaler i regionen og skal sikre bedre kommunikation. I Sundhedsaftalen 2015-2018 er der fokus på bedre kommunikation mellem region, kommune, almen praksis og borger. Kommunikationen skal være rettidig, fyldestgørende og meningsfuld, og skal afspejle det gode og sikre patientforløb.

Konkret er der aftalt, at

- Arbejdet med at sikre præcise, rettidige og fyldestgørende epikriser styrkes i perioden.
- Arbejdet med at sikre præcise og fyldestgørende henvisninger styrkes i perioden

2 årlige audits på henvisninger og epikriser:

I løbet af det sidste halve år har en regional arbejdsgruppe for kvalitetssikring af epikriser og henvisninger udviklet et regionalt koncept for en årlig opfølgning på kvaliteten af de henvisninger og epikriser, der modtages inden for det enkelte speciale på de somatiske hospitaler i Region Nordjylland. Konceptet går ud på, at specialeledelsen og praksiskonsulenten afholder to årlige audits på henholdsvis epikriser og henvisninger for 15-20 patientforløb. Under audit vurderes indholdet af epikrisen eller henvisningen, og noteres i et spørgeskema.

Ved afslutningen kan der trækkes en rapport, som viser den overordnede kvalitet af samtlige 15-20 patientforløb. Rapporten bliver således et fundament for fremtidige aftaler og indsatser inden for det givne speciale.

Forløbsansvarlige koordinerer audits:

Initiativ til afvikling af audit tages af hospitalernes viceklinikchefer med ansvar for forløb. Hvilke specialer, der udfører audit hvornår, aftales mellem praksiskonsulenterne og viceklinikcheferne (evt. på deres såkaldte klinikmøder to gange årligt) og koordineres med specialerne.

Store forventninger fra praksiskoordinator:

Én af bidragsyderne til det nye koncept, er praktiserende læge og praksiskoordinator, Morten Ohrt. Han har store forventninger til samarbejdet med specialerne: " Formålet med konceptet er at fremme gensidig læring og sikre de gode overgange i patientforløbet. Som praksiskoordinator har jeg været med til at udarbejde de regionale retningslinjer (Epikrise - udarbejdelse og indhold af den gode epikrise og Henvi sning af akutte og elektive patienter til sundhedsvæsenet i Region Nordjylland) samt en ny epikriseskabelon i EPJ, der udkom i 2016. Formålet med konceptet er derfor også at sikre, at disse retningslinjer følges i henholdsvis Almen praksis som i specialerne".

Koncept i PRI:

Koncept for opfølgning på epikriser og henvisninger for de somatiske hospitaler, samt udførlig drejebog ligger som bilag til de regionale retningslinjer, som kan tilgås i PRI:

Epikrise - udarbejdelse og indhold af den gode epikrise <https://pri.rn.dk/Sider/25349.aspx>

Henvi sning af akutte og elektive patienter til sundhedsvæsenet i Region Nordjylland  
<https://pri.rn.dk/Sider/15112.aspx>

#### Patientens Team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde

I Nordjylland er der et ønske om at understøtte et tværsektorielt teambaseret samarbejde. Der skal ske et samarbejde og tænkes på tværs af specialer, hospitaler og sektorer. Derfor blev der i et samarbejde mellem interesserede nordjyske kommuner, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat, Patientinddragelsesudvalget, PLO-Nordjylland, Nord-KAP, hospitalerne samt regionens administration udviklet tværsektorielle principper for det gode patientforløb. Arbejdet tog udgangspunkt i Patientens Team, der er ved at blive implementeret på regionens hospitaler. Patientens Team er en måde at samarbejde og organisere sig på mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle – også på tværs af enheder. Teamet arbejder ud fra et fælles mål. Det særlige i denne samarbejdsform er, at patienten er aktiv partner og deltager i teamet (i eget pleje- og behandlingsforløb).

Det endelige forslag til tværsektorielle principper blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget i december 2017. Principperne omhandler følgende elementer:

- Borgeren er omdrejningspunktet og tager del i sit eget forløb.
- Tilpasset og inddragende kommunikation.
- Fokus på både godt helbred og mental sundhed.
- Styrket mestringsevne.
- Team-dannelse.
- Fokus på forløb.
- Koordinering.

Principperne er tænkt som et værdisæt og grundlag for udviklingen af den kommende Sundhedsaftale 2019-2022. Sundhedskoordinationsudvalget har besluttet, at samarbejdsforaene - der er etableret med udgangspunkt i den kommunale klyngestruktur og den regionale sygehusstruktur – skal pege på relevante målgrupper for anvendelse af principperne samt udarbejde en plan for implementering af principperne i det tværsektorielle samarbejde.

#### Eksempler på lokale indsatser på hospitalerne

I det følgende opstilles eksempler fra de enkelte hospitaler på emner, der har været genstand for særlig vurdering og indsats.



## Aalborg Universitetshospital:

### CVK- projekt

Aalborg Universitetshospital igangsatte i 2016 et projekt omkring nedbringelse af hospitalserhvervede infektioner. I dette projekt blev der nedsat et IV-team bestående af to anæstesisygeplejersker og en anæstesilæge til at gå CVK-stuegang på IV-adgange. Teamet tilså således IV-katetre ved fysisk at besøge relevante specialer, hvor de i samarbejde med personale, patienter og pårørende fik en dialog omkring pleje og behandling af katetre.

Projektet viste gode resultater på flere områder. Der er blandt andet skabt mere tryghed og kendskab til forskellige katertyper gennem en dialog med personale, patienter og pårørende. Med et bedre kendskab til pleje, vedligehold og seponering af patientens CVK og PICC-Line sikres et vedvarende fokus på de risici, der er ved en IV-adgang, hvormed infektioner forebygges.

Indsatsen har også rettet fokus på hele registreringsdelen af en intravenøs adgang. Det har medført, at der er sket en stigning i registrering af invasive adgange fra 29 % til 66 % i 2017. Ved at have gennemsigtighed i informationer om indikation for anlæggelse, behandling og pleje af IV-adgange, bliver det muligt at følge patientens CVK i overgangene og dermed løbende tage de nødvendige forholdsregler.

Nedbringelse af katetererhvervede infektioner har naturligvis været omdrejningspunktet for projektet. En foreløbig opgørelse for hospitalserhvervede infektioner fra december 2017 viste, at der er sket et markant fald af bakteriemier i projektperioden; særligt i de specialer, hvor der har været CVK-stuegang.

Analyseresultater peger endvidere på, at 37% af patienterne (n=68) kunne nøjes med et mindre risikofyldt kateter eller et perifært venekateter(PVK). Dette er ikke uvæsentligt i forhold til at minimere risikoen for en CVK-relateret infektion. Data viser også, at nogle patienter kan karakteriseres som risiko-patienter, hvor man på forhånd kan forudsige, at her skal man være særlig opmærksom på, hvilket kateter man anlægger, på pleje- og vedligeholdelsesdelen samt på en tidlig seponering.

Man vil således allerede ved anlægelsesfasen kunne minimere risikoen for en hospitalserhvervet CVK infektion.

### IV-enhed

Det er meldt ud i organisationen, at relevante specialer kan rette henvendelse til IV-enheden, som både kan svare på spørgsmål og komme fysisk ud i de enkelte afsnit. Der er ved at blive etableret en IV-hjemmeside med relevant information, billeder og kontaktinfo.

Der er oprettet et fast telefonnummer og en e-mailadresse til IV-enheden samt udmeldt faste IV-dage. På den måde undgår man, at patienten skal vente unødigt på anlæggelse af en IV-adgang. IV-enheden rykker også ud til ultralydsvejledt anlæggelse i sengeafsnittene, hvorved man undgår at skulle transportere dårlige patienter til en anlæggelse.

### Polyfarmaci Ambulatorium Hobro

Polyfarmaciambulatoriet er et nyt initiativ i Hobro, hvor der samarbejdes på tværs af faggrupper og specialer med det formål at højne patientsikkerheden. Ambulatoriet henvender sig til patienter med mange forskellige sygdomme og/eller mange forskellige slags lægeordineret medicin.

Ud fra patientens kliniske historie sammenkædes den aktuelle medicin, indikationer og diagnoser.

Endvidere afklares effekt af medicin, mulige symptomer på bivirkninger og interaktioner, og det vurderes, hvorvidt der er præparater, der kan seponeres, dosisændres eller omlægges til mere rationel lægemiddelbehandling, eller om der skal behandlingsoptimeres med evt. nye ordinationer.

Patientens medicinering drøftes på en tværfaglig konference med deltagelse af relevante speciallæger, patientansvarlig læge, farmaceut og klinisk farmakolog, hvor der udarbejdes en samlet plan for patientens fremtidige medicinering.

Afsluttende aftales det, om der er behov for et opfølgingsbesøg, eller om patienten kan afsluttes til opfølgning hos egen læge. Hvis det er relevant, kontaktes hjemmeplejen telefonisk med information om medicinændringer.

Patientforløbene evalueres i forhold til oplevet forbedret livskvalitet som følge af medicingennemgangen ved hjælp af spørgeskema udfyldt ved 1. besøg og efter 3 måneder.

Ligeledes kortlægges tendenser og tematisering i interventioner for alle de ambulante forløb, for at drage læring af, hvilke lægemiddelgrupper, der er hyppige årsager til lægemiddelrelaterede problemer.

#### Optimering af overgangen fra hospital til kommunalt regi og egen læge for patienter med hoftenære frakturer – fra udskrivelse til hjemmet/aflastning/plejehjem

Projektets resultatmål er at bidrage til, at minimum 90% af patientgruppen opnår 30-dages postoperativ overlevelse, reduktion af ventetid på genoptræning til max 8 hverdage, rettidig levering af hjælpemidler og reduktion i antal genindlæggelser med 5% ift. baseline. Der arbejdes i projektet med etablering af tværfaglig involverende udskrivningssamtale, optimering af kommunikation på tværs af sektorer i plejeforløbsplan, genoptræningsplan og epikrise samt facilitering af en rehabiliterende tilgang i plejen på hospitalet og i kommunen. Projektet blev påbegyndt i august 2017 og nærmer sig sin afslutning. Det er sidste del af en trilogi, hvor 1. projekt omhandlede reduktion af ventetid på operation, og 2. projekt omhandlede optimering af indlæggelsesforløbet. Deltagergruppen er sammensat med repræsentanter fra hele patientforløbet fra hospital, kommune og praksis med involvering af patienter og pårørende.

#### Pigtail nefrostomikateter – En klinisk intervention

På Aalborg Universitetshospital i urologisk speciale er der arbejdet med at forbedre patientforløb og sikre patientovergange ud fra en praksisrelateret problemstilling, hvor mange patienter og sundhedspersonale oplevede gentagende problemstillinger og genindlæggelser relateret til plejen af pigtail nefrostomi. På baggrund heraf undersøges det om en klinisk intervention af sygeplejen til patienter, der behandles med pigtail nefrostomikateter, kan nedsætte antallet af akutte ambulante behandlinger og indlæggelser på Urologisk Speciale, Aalborg Universitetshospitalet. Fokusgruppeinterviews af hjemmesygeplejersker i 6 kommuner blev udarbejdet for at afdække hvilke behov de forskellige aktører i patientovergangen måtte have. Ud fra behovene er der udarbejdet e-learning undervisningsmateriale som består af en patientdel og en personale del for både hjemmesygeplejersker, men også internt for hospitalspersonale. I februar 2018 starter kick-off undervisning på hospitaler i Region Nordjylland, hvor hjemmesygeplejersker kan deltage i undervisning på nærmeste hospital. Desuden vil der være undervisning i kommunen hvor en stor del hjemmesygeplejersker kan deltage i kommunens egne lokaler. Ambitionen er, at dette initiativ skal forbedre patientforløb og nedbringe dyre akutte indlæggelser.

#### Regionshospital Nordjylland:

I 2017 har der bl.a. været fokus på at sikre, at relevant og opdateret kliniske data på patienten dokumenteres korrekt i EPJ (elektronisk patientjournal), så data er tilgængelige for personale på eget og andre afsnit/klinikker. Der er identificeret IT tekniske barrierer for sundhedspersonalets direkte adgang til kliniske data dokumenteret på et andet afsnit, dvs nogle data er knyttet op på kontakten og ikke patientforløbet. Personale er undervist i, hvordan data, så kan tilgås, samtidig med at IT har arbejdet på at knytte data til forløbet, og ikke kontakten. Løsningen kommer primo 2018. I flere klinikker er der arbejdet indenfor klinikken med at udarbejde fælles procedurer og aftaler mellem forskellige afsnit, fx ift. sikre tryksårsscreening og

måling af vitale parametre. Og på tværs af klinikker har Regionshospital Nordjylland igangsat flere faglige fællesskaber, fx indenfor kardiologi for ensrettet høj kvalitet og patientsikkerhed med udgangspunkt i det bedste fra hver klinik.

Klinik Diagnostik har arbejdet intenst på at reducere deres svartider på analyser af serøse væsker (acites/pleura) indsendt fra alle specialer. Det er lykkedes via målrettet forbedringsarbejde at reducere svartider på serøse væsker med 1-5 dage alt efter prøve- og væsketype. Dette giver hurtigere diagnostik af patientens sygdom og dermed også hurtigere igangsættelse af behandling.

En anden tværgående indsats (på tværs af klinikker internt og på tværs af hospitaler) er et projekt med klinik Anæstesi, klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, klinik Hoved-Orto samt serviceafdelingen på Regionshospital Nordjylland, hvor procedurer i det pre-, peri- og post-operative forløb optimeres. Forbedret team-arbejde på tværs af specialer, sikring af at klargøring af patienter til OP sker dagen før, identifikation og information på afsnittet inden OP sker på afsnit, sikker-kirurgi-tjekliste udføres, post op- evaluering af OP i teamet giver et optimeret op-forløb for patienterne og reducerer ventetid til operation, reducerer forsinkede eller aflyste operationer.

Regionshospital Nordjylland har ift. primærsektor flere projekter i gang, bl.a. TIT-projekt (Tidlig Indsats Tværsektorielt), for i fællesskab at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser/genindlæggelser. Den regionale patientsikkerhedspulje har bidraget til 2 tværsektorielle projekter omkring tryksårs-profylakse samt korrekt medicinering i overgange.

I det tværsektorielle samarbejde omkring rapporterede utilsigtede hændelser (UTH) har FMK (Fælles MedicinKort) og medicineringshændelser, fyldt mest, sammen med kommunikation i sektorovergange (Ebrevé). Undervisning (fx obligatorisk FMK E-læring) og supervision af sundhedsfagligt personale ift. medicinmodul og FMK er med til at forebygge disse hændelser, men det må også erkendes, at forskellige ITplatforme og versioner af FMK på hospital og i kommune giver UTH, som reelt ikke er sket, fx at kommune oplever at "FMK-ikke er frigivet". I hospitalets version af FMK, kan FMK ikke suspenderes (fra forår 2016), og hospitalet skal/kan derfor ikke "frigive" FMK, fordi de ikke kan/skal suspendere FMK. Samarbejde omkring løsninger sker i regi af sundhedsaftaler og via UTH klynge-samarbejdet, hvor også de forskellige IT-tekniske udfordringer formidles og søges løst.

#### Psykiatrien:

I Psykiatrien har der været afholdt analysemøder mellem Psykiatrien og relevante kommuner, almen praksis og hospitaler i forbindelse med dødelige hændelser og alvorlige hændelser.

Analyserne har bl.a. resulteret i:

- Samarbejde i forhold til hvordan kriseplanen i forbindelse med sårbare selvmordstruede unge kan gøres tydelig på tværs af sektorerne.
- Samarbejdsaftale mellem somatikken og psykiatrien i forhold til dobbeltindlagte patienter, herunder konkrete aftaler om opgavefordeling i forhold til sygeplejen ved bæltefikserede patienter.
- Psykiatrien og somatikken har på baggrund af utilsigtede hændelser haft nedsat en arbejdsgruppe mhp. at udvikle en samarbejdsaftale omkring ældrepsykiatriske patienter
- Der har gennem 2017 været fokus på kompetenceudvikling i sengeafsnittene mhp. e-breve til kommunerne i forbindelse med udskrivning.
- Der gennemføres årlig tværsektoriel audit på epikriser, hvor Central Visitation, psykiatere, praktiserende læger og praktiserende speciallæger deltager.

### Den Præhospitale Virksomhed:

Indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland sker der en løbende monitorering af, om overgangen fra det præhospitale patientforløb til hospital håndteres på en patientsikker måde. I 2017 er dette sket ved gennemførelse af observation af konkrete patientforløb via tracermetoden samt via gennemførelse af journalaudit. Hvis der observeres kvalitetsbrist i patientovergange udarbejdes der en handleplan med konkrete indsatser for, hvorledes risikoen for den observerede kvalitetsbrist kan minimeres.

### Specialektoren:

Der blev i 2017 afholdt analysemøde mellem Specialektoren og Psykiatrien i Region Nordjylland vedr. tværsektoriel hændelse omhandlende problemstilling i forbindelse med patient, der foruden psykiatri og misbrug havde somatisk komborbiditet. Læringen fra mødet blev, at der burde have været taget hånd om de forskellige problemstillinger på et langt tidligere tidspunkt i patientens liv. På baggrund af analysen opfordrede analyseteamet til, at sektorerne imellem og den praktiserende læge etablerer et tæt samarbejde om de patienter, der foruden psykiatri og misbrug har somatisk komborbiditet. Ligeledes opfordrede analyseteamet til, at alkoholmisbrug får fokus både i psykiatrien og socialpsykiatrien. Konkret har der efterfølgende været afholdt samarbejds møde med specifikt bosted og praktiserende læge. Efterfølgende vil der ske opfølgning til øvrige praktiserende læger med tilknytning til bostedet.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Aalborg Universitetshospital:

##### Ernæring

Formålet med indsatsen er at sikre sufficient ernæring til den ernæringstruede patient på tværs af hospital og primærsektor

Siden 2008 har dokumentation af ernæring været en del af den årlige journalaudit på Aalborg Universitetshospital. I 2015 viste audit, at dokumentation for ernæringsscreening og ernæringsindsats var faldende for andet år i træk.

Aalborg Universitetshospital nedsatte i 2016 en ekspertgruppe med kompetencer inden for ernæring udvikling og forskning, undervisning, it og kvalitet. Gruppen har udviklet og implementeret it-værktøjer i den elektroniske patientjournal til intern kommunikation på hospitalet og eksternt til kommunerne. På temadage er personalet undervist i ernæringens betydning for patienten og i anvendelse af it-værktøjet.

Gruppen har udarbejdet et auditværktøj og pilottest af dette i efteråret 2017. Der er planlagt ny audit i efteråret 2018 for at følge op på indsatserne.

#### Regionshospital Nordjylland:

Forebyggelse af komplikationer, forhøjet plejeniveau og uventet hjertestop ved sikring af måling og dokumentation, opfølgning og handling på vitale parametre (TOKS-score) har haft fokus på hospitalet. Der er forskellige tiltag, så som supervision, italesættelse på morgenkonferencer, obligatorisk italesættelse af TOKS ved daglige tavlemøder, TOKS på staff-meetings, ugentlig monitorering af TOKS med forbedringstavlemøder, case-gennemgang på personalemøder mm.

Overlevelse efter hjertestop har haft særligt fokus i 2017, hvor Regionshospital Nordjylland er pionerer ift. at igangsætte ILS-undervisning (Immediate Life Support) for al personale for at sikre tidlig indsats inden hjertestopholdet når frem. Der har været 2 x ILS undervisnings-dage med 24 kursister, med eksterne undervisere (fra Dansk Råd for Genoplivning), og man har udarbejdet en organisation til at føre indsatsen videre.

## Psykiatrien:

### Med henblik på at forebygge selvmord er der gennemført en aggregeret (tværgående) analyse af selvmord indenfor en fireårig periode

Psykiatrilæden besluttede i 2016 efter aftale med Regionsrådet, at gennemføre en systematisk analyse af alle selvmord i Psykiatrien 2013 – 2016. Der er ikke tidligere lavet en systematisk og dybdegående gennemgang på tværs af utilsigtede hændelser med selvmord i Region Nordjylland. Formålet med undersøgelsen er at analysere patientforløb med selvmord med henblik på at forebygge selvmord blandt psykiatriske patienter i Region Nordjylland.

Der er i efteråret 2017 gennemført en systematisk, aggregeret (tværgående) analyse på alle selvmord indrapporteret som utilsigtet hændelse i psykiatrien 2013-2016. Analysen er gennemført som en kvalitativ auditproces (Ammentorp, Blomhøj, & Mainz, 2011). Analysen omfatter alle selvmord indrapporteret som utilsigtede hændelse i Psykiatrien, Region Nordjylland 2013-2016 (n=36).

Kvalitetsmål: Der blev opstillet en række eksplicite standarder (fx selvmordsrisikovurdering foretaget eller ej, erkendte risikofaktorer) og en række implicite standarder (fx ekspertens vurdering af kvaliteten af selvmordsrisikovurdering, aktuelle diagnose, kommunikationsbrist mv.).

Kvalitetsmålene blev opstillet i et skema, som var udviklet på baggrund af et lignende australske studie (Gillies, Chicop, & O'Halloran, 2015), videnskabelig litteratur (Madsen, Erlangsen, & Nordentoft, 2017) og eksisterende UTH årsrapporter. Skemaet blev valideret ved brug af "face" og "content" validitet blandt de involverede eksperter.

## Auditprocessen:

Datamaterialet omfattede journalmateriale samt rapporter og analyser fra dyberegående analyser. Der blev nedsat et ekspertpanel (auditpanel). Der blev afholdes en række møder fra september-december 2017. Eksperterne forberedte de udvalgte cases ved at gennemlæse materialet og udfylde et auditskema for hver case. På møderne blev skemaerne gennemgået, og de væsentligste uoverensstemmelser blev diskuteret med henblik på at opnå konsensus.

## Auditpanel:

Som ekspertpanel var lægefaglig direktør, direktør med ansvar for patientsikkerhed og patientforløb, ledende overlæger fra klinikkerne og leder af Enhed for selvmordsforebyggelse.

Opfølgning på auditresultaterne vil ske i foråret 2018

## Faldprojekt

Ældrepsykiatrien har gennem de sidste par år haft øget fokus på fald, hvilket har resulteret i, at disse hændelser er blevet systematisk rapporteret i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). I 2016 og 2017 blev alle fald systematisk rapporteret i DPSD.

En stor del af de rapporterede fald er forekommet i forbindelse med patienternes ophold på egen stue enten ved: at de står op af sengen for at gå på toilettet, ikke kan finde toilettet pga. manglende lys eller er desorienterede, ikke når toilettet i tide, eller falder ud af eller ved sengen. Andre fald er sket på badeværelse i forbindelse med toiletbesøg eller på gangen i forbindelse med patienternes urolige adfærd. I en række af de rapporterede fald fra Ældrepsykiatrisk sengeafsnit er patienterne ligeledes identificeret med balanceproblemer fx i forbindelse med sygdomme: Parkinson, Demens, eller Huntington Corea.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2006) er faldtendens et multifaktoriel problem, der som oftest kræver tværfaglig vurdering og udredning, ligesom der foreligger stigende funktionssvigt og morbiditet efter fald, både med og uden skade. Sundhedsstyrelsen peger på, at det er væsentligt, at der sker en systematisk identifikation af ældre faldpatienter med forøget risiko for fald, og at der er klare aftaler og ansvarsfordeling på området. Faktorer, der øger risikoen for fald blandt ældre patienter, er, hvis den ældre patient lider af en eller flere kroniske sygdomme herunder patienter med hjerte-kar-sygdomme, gig, depression eller ældre som er kognitiv svækkede. Flere forskellige medicinske præparater kan også være en prædikator for fald med svimmelhed, nedsat balance og dårlig koordination til følge. Nationalt Videnscenter for Demens beskriver, at risikoen for fald er ca. dobbelt så høj for mennesker med demens, som for andre ældre uden kognitiv forringelse.

I september påbegyndte ældrepsykiatrien et forbedringsprojekt til forebyggelse af fald

Målet i faldprojektet er at reducere antallet af fald med 50% (resultatindikator). Data fremkommer ved, at alle fald rapporteres til DPSD efter aftalt skabelon.

Der er aftalt følgende forebyggende foranstaltninger mod fald på ældrepsykiatrisk afsnit:

- Faldrisikovurdering
- Kortlægning af faldet ift.: sted, hvad patienten var i færd med, faldtypen, konsekvens af faldet, intervention efter faldet
- Uddannelse af personalet til at identificere risikofaktorer
- Tilpasning af miljøet i sengeafsnittet (fx belysning og justering af sengehøjde etc.)
- Gennemgang af den ordinerede medicin
- Fysisk træning

#### Praksisområdet:

Ved UTH rapporteringer fra patienter og pårørende tages, hvis muligt, kontakt til rapportøren. Der informeres om læringsperspektivet og der spørges om accept til at anvendes deres rapportering til evt. læringsartikel. Har rapportøren en anden forventning henvises de til Patientkontoret, Region Nordjylland.

På baggrund af rapporterede hændelser til vagtlægeordning er der etableret samarbejde med repræsentanter fra vagtlægeudvalget. Der vil være fokus på at formidle læring fra UTH til undervisning af vagtlæger, analyse og målrettede læringsartikler til vagtlæger.

Rapporterede utilsigtede hændelser der har involveret FMK er blevet analyseret i samarbejdet med FMKprojektledere for at afdække mønstre og tendenser. Der blev synliggjort en problematik vedr. "løse recepter" – åbne recepter på seponeret medicin.

Der har været fokus på UTH vedrørende håndtering af vævsmateriale sendt fra speciallæger og almen praktiserende læger. På baggrund af rapporterede hændelser er der lavet ændring i laboratoriebeskrivelsen fra Patologisk institut.

Projekt "Godt du spør - Godt du forbereder dig" betegner udviklingen af et dialogredskab til anvendelse i almen praksis. Redskabet er primært tænkt til anvendelse i udredningsforløb, således at patienten artikulerer sit perspektiv gennem en struktureret forberedelse. Projektet er en udløber af "Hej Sundhedsvæsen" og udviklingen foregår i et samarbejde mellem Nord-KAP og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

For fodterapeuter er der udført et 3-mdr. projekt med det formål at sætte fokus på patientsikker behandling i klinikken til fordel for både patient og behandler. Seks fodterapiklinikker – geografisk spredt i regionen har deltaget. Succeskriteriet var, udover den geografiske spredning, at klinikkerne efterfølgende følte en sikkerhed og tryghed ved at rapportere utilsigtede hændelser, og at de fik en procedure i egen klinik for opfølgning og læring. Desuden har gruppen været med til at give ideer og input til implementering af patientsikkerhed hos resten af fodterapeutgruppen i RN.

[https://www.sundhed.dk/content/cms/33/97933\\_projekt-patientsikkerhed-p-fodterapiklinikker-i-rn-juni-20176-med-forside.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/33/97933_projekt-patientsikkerhed-p-fodterapiklinikker-i-rn-juni-20176-med-forside.pdf)

Der er sidst på efteråret udarbejdet projektbeskrivelse for Kiropraktorområdet identisk med fodterapeutprojektet både hvad formål og succeskriterie angår. Projektinvitation udsendes uge 2 dette år.

#### Den Præhospitale Virksomhed:

Under gennemførelse af journalaudit på det præhospitale område, er der blandt andet fokus på, om den rigtige behandling gives til den rette patient. I 2017 har vi haft særligt fokus på "hjerterpatienter" da denne gruppe fylder mest i antallet af præhospitale opgaver. Det er en patientgruppe, hvoraf en del modtager flere forskellige medicinske præparater afhængigt af, hvor hjertesyg patienten er, mens andre, ved nærmere præhospital undersøgelse, viser sig ikke at være hjertesyg og dermed ikke skal have medicinsk behandling. To gange i løbet af 2017 har vi gennemgået patientforløbet for samtlige hjerterpatienter i en 14 dages periode. Alle telemedicinske EKG'er for patienterne er sammenholdt med den kliniske beskrivelse af patienten, den medicinske behandling der er givet og til hvilket hospital, patienten er indbragt.

Et andet fokusområde i 2017 har været smertedækning af patienten, hvilket der ligeledes er sat fokus på via journalgennemgang.

På baggrund af auditresultaterne, udarbejdes handleplan som danner grundlag for de obligatoriske eftervedligeholdelsesuddannelser for ambulancepersonalet. Ligeledes udsendes information om resultaterne til ambulancetjenesten, så disse kan italesættes som læringspunkter.

I forhold til den sundhedsfaglige visitation af 1-1-2 opkald i AMK-vagtcentralen i Region Nordjylland har der i 2017 været fokus på, at de sundhedsfaglige visitatorer lever op til en række opstillede indikatorer for tilfredsstillende sundhedsfaglig visitation af patienterne. Dette sker via gennemførelse af audits. Formålet hermed er at sikre, at den syge/tilskadekomne får rette præhospitale hjælp til rette tid. Ligesom formålet er, at sikre at syge/tilskadekomne modtager relevant hjælp og rådgivning forud for at ambulance og eventuelle øvrige præhospitale enheder når frem. Hvis det viser sig, at der ikke leves op til kvalitetsmålet for sundhedsfaglig visitation, udarbejdes der en handleplan med konkrete tiltag, som har til formål at højne kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation i AMK-vagtcentralen.

#### Specialektoren:

Med henblik på at optimere patientsikkerheden i forhold til medicingivning, er der i forbindelse med nybyggeri etableret medicinskabe i de enkelte borgers boliger.

Pilotprojekt er igangsat på udvalgte botilbud i forhold til anvendelse af digitalt værktøj (Shareplan), til blandt andet at skabe sig overblik over dagens opgaver. Det forventes, at dette redskab vil være medvirkende til at minimere risikoen for UTH vedr. hændelsestypen medicinering.

Flere tilbud har gode erfaringer med anvendelse af dosisdispenseret medicin fra apoteket i de tilfælde, hvor der er tale om stabile forløb.

### **9. Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I 2017 er der udarbejdet en fælles regional årsrapport for patientsikkerhed 2016, der dækker alle de regionale områder, der arbejder med patientsikkerhed.

#### Regionshospital Nordjylland:

Hospitalet har bidraget med faglige udmeldinger på forskningssymposie, på hospitalets sundhedsfagenes dag, samt på IHIs internationale konference i London 2017 samt på flere fagspecifikke konference i ind- og udland.

### Praksisområdet:

For almen praksis har der fortsat været fokus på at formidle relevant læring med udgangspunkt i rapporterede utilsigtede hændelser. Læring formidles via kort beskrivelse af UTH hændelsesforløb og læringspoint-er. Læringsartikler for almen praksis udsendes via Nord-KAPs nyhedsmail. Desuden er der udgivet læringshæfte der indeholder et udsnit af læringsartikler. Artikelsamlingen er udsendt til almen praktiserende læger i Region Nordjylland. Artikelsamlingen er frit tilgængeligt online.

[https://www.sundhed.dk/content/cms/63/95863\\_læringsartikler-3.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/63/95863_læringsartikler-3.pdf)

I NNPP (Nationalt netværk for patientsikkerhed i praksissektoren,) er der på baggrund af rapporterede UTH udgivet vaccinationsanbefalinger. Disse blev uddelt til Lægedage 2017.

Fysioterapi er det område i specialydergruppen, som er længst i forhold til at rapportere utilsigtede hændelser. I efteråret 2017 udkom det første Læringsartikel-hæfte fra Fysioterapi både i Region Nordjylland og på landsplan. <https://indd.adobe.com/view/ab725ccd-f12b-4a93-b0f7-f5dba320eeec> For specialyderne ligger der læringsartikler under hver yders fane på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

### Den Præhospitale Virksomhed:

Løbende opsamling på faglige udmeldinger og læringspunkter uddraget fra rapporterede UTH vedrørende ambulancetjenesten formidles til relevant personale i ambulancetjenesten via et såkaldt UTH-Kvartalsnyt, som udsendes én gang i kvartalet. UTH i 2017 som har givet anledning til læring i ambulancetjenesten er af meget varierende karakter, og det er ikke muligt at fremhæve særlige mønstre og tendenser.

### Specialektoren:

#### Hvordan arbejder Specialektoren med UTH – generelt:

I Specialektoren arbejdes der med afsæt i "Dansk kvalitetsmodel på det sociale område", som er igangsat i et samarbejde mellem regionerne og Danske Regioner, og som i fællesskab har udviklet kvalitetsstandarder inden for udvalgte temaområder. Ét af de udvalgte temaområder er "utilsigtede hændelser".

Kvalitetsmodellen arbejder ud fra en fire-trins model, som omfatter 1) udarbejdelse af retningslinjer, 2) implementering af rutiner og tiltag, 3) kvalitetsovervågning samt 4) tiltag til kvalitetsforbedring. I praksis betyder dette, at der med afsæt i den regionale retningslinje for utilsigtede hændelser udarbejdes en lokal retningslinje, som implementeres lokalt, og som er genstand for intern kvalitetsovervågning.

Fra og med 2017 vil der som minimum blive afholdt intern kvalitetsovervågning hvert tredje år. Primo 2018 sættes rammerne for, hvorledes kvalitetsovervågning sikres i de to mellemliggende år.

Til kvalitetsovervågningen i 2017 udarbejdedes en tilbudsspecifik rapport med udtræk fra databasen, som dannede overblik over tilbuddets rapporterede hændelser. Rapporten analyseredes med henblik på at afdække, om der var mønstre og tendenser, der skulle følges op på. Efter kvalitetsovervågningen udarbejdedes en handleplan, hvoraf det fremgår, hvordan kvalitetsforbedringerne sikres implementeret i praksis. Det er ledelsens ansvar at prioritere og iværksætte kvalitetsforbedringerne.

Ud fra kvalitetsovervågningen i 2017 fremgår det bl.a. af handleplanerne, at der i varieret grad er behov for øget kendskab til rapporteringspligten i forhold til de fire hændelsestyper (sektorovergange, medicinering, infektioner og uheld) samt øget kendskab til WHO's alvorlighedsskala mhp. korrekt skalering.

Kvalitetsforbedringerne opnås bl.a. gennem systematisk vidensdeling og opprioritering af UTH på personalemøder, fokus og systematik i UTH-organisationerne i forhold til analyse af mønstre og tendenser, intern undervisning/brush up samt sparring med risikomanager og andre fagpersoner.

### STPS' risikobaseret tilsyn



I forlængelse af, at STPS i 2017 indførte risikobaserede tilsyn på sociale tilbud, er der i Speciaalsektoren i 2017 igangsat følgende arbejde:

#### Sundhedsfaglig dokumentation

En arbejdsgruppen har til opgave at udarbejde et forslag til opsætning af sundhedsfaglig dokumentation i borgerrettet journalsystem.

#### Sundhedsfaglige instrukser

En arbejdsgruppe har til opgave at skabe overblik over og lave udkast til de sundhedsfaglige instrukser, der er påkrævet (jf. gældende sundhedsregler).

### **10. Andet**

I samarbejde med Region Midtjylland er der afholdt et regionalt grundkursus i patientsikkerhed i september 2017. Derudover er også i samarbejde med Region Midtjylland afholdt en regional patientsikkerhedskonference i maj 2017.

#### Praksisområdet:

Nord-KAP har afholdt en halvdags workshop om patientsikkerhed og UTH for praksispersonale. På workshopen deltes nogle af de erfaringer, der er gjort vedrørende rapportering, læring og patientinddragelse. Der blev afprøvet redskaber til at arbejde praktisk med patientsikkerhed såsom Hændelsesanalysen, Forbedringsmodellen og Patientsikkerhedsrunder.

Der foregår elektronisk udsendelse af UTH til hændelsessted. Formålet med udsendelsen er at give mulighed for at skabe lokal læring af de rapporterede hændelser.

Tre klinikker fra almen praksis og seks fysioterapiklinikker har deltaget i kampagnen "Hvad er vigtigt for dig?". Kampagnen foregår i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

For speciallægerne og hver specialydergruppe er der blevet oprettet en fane på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) hvor der informeres om indhold relateret til patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

Som et nyt tiltag for specialydergruppen er der oprettet og udarbejdet Kvartalsmail på patientsikkerhedsområdet: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-tilpraksis/nordjylland/fysioterapeut/kvartalsmail-til-specialydere---fys/om-kvartalsmailen/>  
<http://mailchi.mp/50610debae66/nyhedsmail-uge-3045577>. Kvartalsmails er tænkt som en informationskilde både imellem regionen og specialyderne og specialyderne imellem.

Af ud-af-huset-arrangementer har vi deltaget i Tandlægenes årsmøde i slutningen af april. Her havde Det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksissektoren en stand, som vi stod i.

For fodterapeuternes vedkommende er der ansat en fodterapeut på timebasis til hjælp med beskrivelse af læringsdelen på de rapporterede hændelser.

## **Brønderslev Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Jonna Christiansen

**Arbejdssted:** Brønderslev Kommune

**Adresse:** Ny Rådhusplads 1

**Postnummer og by:** 9700 Brønderslev

**E-mail:** [jonna.christiansen@99454545.dk](mailto:jonna.christiansen@99454545.dk)

**Telefonnummer:** 99 45 45 14 / 24 86 68 68

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- Der er sket ansættelse af rehabiliterende sygeplejersker, hvor deres primære fokus er at føre TIT-projektet (Tidlig opsporing på tværs) ud i livet, og dermed forebygge indlæggelse og genindlæggelse hos borgere over 65 år. Det sker i samarbejde med praktiserende læger og Sammedagsudredningen på Regionshospitalet Nordjylland.
- Der er iværksat undervisning omkring tryksår til hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejecentrene, så alle arbejder ud fra samme viden.
- Hjemmesygeplejen er begyndt at udsende nyhedsbrev, så der informeres om nyt inden for sygeplejen til hjemmeplejen og plejecentrene.
- Der har været afholdt møde med apotek med henblik på procedure i forbindelse med receptfornyelse, der sikrer at rette medicin leveres til borgeren.
- Der er fokus på at sikre rette behandling med Marevan i forhold til Fælles Medicinkort.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

- Der har været fokus på utilsigtede hændelser omhandlende medicin, herunder specielt glemt medicin og doseringsfejl. I forhold til doseringsfejl er indført doseringsmåtte i hjemmesygeplejen.
- Fald har også været et fokusområde, hvor individuel vurdering af borger og årsag til fald klarlægges. Hvis årsagen er miljøbetinget/hjælpemiddelbetinget, så ændres dette straks. Hvis årsagen er somatisk betinget, så startes der aktuelle tiltag for faldudredning.
- Der har tidligere været særligt fokus på infektioner. Der er for tre år siden udarbejdet materiale, som viser definitioner af infektioner, for at skærpe opmærksomheden på, at infektioner er utilsigtede hændelser. Hygiejnesygeplejerske og risikomanager underviste sygeplejersker og hygiejnekontaktpersoner i materialet, hvor de efterfølgende har stået for at implementere denne viden til det øvrige personale. Det resulterede i større fokus på infektioner som utilsigtede hændelser. Der kom flere indrapporteringer af utilsigtede hændelser omhandlende infektioner, samt større bredde i indrapporterede typer af infektioner som utilsigtede hændelser. For at holde fokus herpå, er der opstartet brush up-kurser for ledere, decentrale sagsbehandlere og øvrigt personale, der bl.a. indeholder undervisning i infektion som utilsigtede hændelser.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Udvikling af patientsikkerhed er et fortsat fokuspunkt i organisationen. Det er vigtigt, at hændelsesanalysearbejdet prioriteres, så der kan skabes læring og forebyggelse.
- Der skabes fokus ved hjælp af kvartalsrapporter for alle områder, hvor der ses på typer af hændelser.

- Årsrapport er medvirkende til at skabe fokus blandt personale, ledere og politikere. Her sker desuden vidensdeling områder imellem.
- Der gives undervisning i utilsigtede hændelser til nyansatte decentrale sagsbehandlere.
- Der er fælles undervisning i utilsigtede hændelser for sygeplejestuderende, social- og sundhedshjælperelever samt social- og sundhedsassistentelever i kommunen
- Der gives løbende information til plejegrupper.
- Der er afholdt brush-up kurser i utilsigtede hændelser for ledere, decentrale sagsbehandlere og øvrigt personale, for at sikre fortsat fokus.
- Der er aftalt medicinkursus af fem dages varighed, afsluttende med eksamen, for ansatte social- og sundhedsassistenter i Sundheds- og ældreområdet Brønderslev Kommune. Hermed forventes et øget fokus på forebyggelse af utilsigtede hændelser omhandlende medicin.

## **Frederikshavn Kommune**

### *Kontaktoplysninger*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Charlotte Skjødt Hansen

**Arbejdssted:** Center for Sundhed og Pleje

**Adresse:** Ingeborgvej 1

**Postnummer og by:** 9900 Frederikshavn

**E-mail:** crha@frederikshavn.dk

**Telefonnummer:** 98 45 59 60 / 21 60 43 23

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I Frederikshavn Kommune forsøger vi at drage læring af alle de utilsigtede hændelser der sker i patientovergange, både internt i kommunen og tværsektorielt med andre samarbejdspartner, ved at udarbejde en hændelsesanalyse med inddragelse af relevante ressourcepersoner. Viden og læring fra hændelsesanalysen videresendes til andre enheder i kommunen og eksterne samarbejdspartnere, såfremt det vurderes relevant.

Derudover indgår Frederikshavn Kommune i UTH-klynge Nord, hvor patientsikkerhedsmæssige problemstillinger i patientovergange analyseres. Viden og læring fra klyngegruppen videregives til enhederne i kommunen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Følgende områder har haft et særligt fokus i 2017:

- Skabe en åben patientsikkerhedskultur
- Faldforebyggelse
- Medicinhåndtering herunder specielt udlevering af medicin og medicingivning
- Infektioner
- Ændrede arbejdsgange efter implementering af det Fælles Medicin Kort

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Frederikshavn Kommune har deltaget i pilotprojektet samlerapportering, der har været med til at højne patientsikkerhedskulturen inden for fald og medicin ikke givet. Efter deltagelsen i projektet taler medarbejderne mere om utilsigtede hændelser og reflekterer over deres handlinger.

Samlerapportering har bidraget med nyttig viden i forhold til faldforebyggelse, som vi har et stort fokus på i kommunen. Faldforebyggelsesteamet har anvendt data fra projektet til at fastslå omfanget af fald i kommunen og hvor der sker flest fejl ud fra lokalitet. Der skal snart igangsættes et faldprojekt ved en lokal enhed i hjemmeplejen.

Samlerapporteringsprojektet har været med til at forebygge utilsigtede hændelser ved blandt andet at skabe større synlighed på utilsigtede hændelser og ændre arbejdsgange for eksempel omkring udleveringen af medicin.

Projektet har bidraget til en organisatorisk ændring af hvordan medicingivning fremadrettet skal visiteres. Vi håber at tiltagene vil nedbringe antallet af medicin ikke givet.

I 2017 er der udvalgt emner baseret på hyppigheden af rapporterede hændelser, som kan bidrage med læring. Der har været et særligt fokus på medicinudlevering og medicingivning. Der er udarbejdet hændelsesanalyser, som sendes ud til relevante enheder i organisationen. Formålet er at bidrage med refleksioner og handlinger, der kan forbedre patientsikkerheden.

I 2016 og 2017 er triagering blevet implementeret i kommunen. Tanken er at utilsigtede hændelser skal medinddrages i triageringen, da de komplimenterer hinanden godt. Samtidig kan utilsigtede hændelser bidrage med nyttig viden i forhold til borgerens habituelle tilstand.

Alle instrukser og procedurer er i 2017 gennemlæst og tilpasset i Center for Sundhed og Pleje. Der er foretaget ændringer på baggrund af rapporterede hændelser.

## **Hjørring Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Birgitte Schön

**Arbejdssted:** Hjørring kommune

**Adresse:** Springvandspladsen 5

**Postnummer og by:** 9800 Hjørring

**E-mail:** birgitte.schoen@hjoerring.dk

**Telefonnummer:** 72 33 50 53

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I 2017 har der været arbejdet med patientsikkerhed via.:

- Samarbejdet i den regionale UTH – gruppe, som finder sted på tværs af kommuner og sektorer
- Analysemøder i forbindelse med utilsigtede hændelser på tværs af sektorerne
- Møder mellem kommune og kvalitetsansvarlige på det regionale sygehus, når der opleves behov for at drøfte udfordringer/problemstillinger – i forbindelse med utilsigtede mv.
- TIT (tidlig opsporing) – projekt på tværs af sektorerne.
- Audit vedr. kvaliteten af E – korrespondance i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser
- En fortsat udbygning/udvikling af patientsikkerhedskulturen – vha. kvalitetssikrings – og udviklingsarbejdet på Sundhed, Ældre og Handicapområdet inden for en række sundhedsfaglige opgaver. I forbindelse hermed er der etableret en kvalitetssikringsgruppe på Sundheds – og Ældreområdet og en gruppe på Handicapområdet. Begge grupper har til formål at medvirke til at understøtte kvalitetssikring – og udvikling på de sundhedsfaglige områder.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Risiko for medicinfejl hos borgere såvel inden for primærsektor som på tværs af sektorerne – herunder:

- Utilsigtede indlæggelser og genindlæggelser
- Medicinfejl i såvel sektorovergange som i kommunalt regi
- UVI

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

#### Udvikling af en patientsikker kultur:

Det bærende element for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling er fokus på udvikling af patientsikkerheden overalt i organisationen. I forbindelse med kvalitetsudviklingstiltag på en række områder, er det blevet mere tydeligt, hvad der kræves af organisationens aktører for at sikre kvaliteten inden for et område. Erfaringerne herfra vil blive medinddraget i den fremadrettede kvalitetssikring og fremadrettede udvikling af en mere moden patientsikkerkultur på Sundheds, Ældre og Handicapområdet i Hjørring kommune.

#### Forebyggelse af medicinfejl på hele SÆH – området og i sektorovergange:

Medicin – og opgaver i relation til medicin er der hvor der er flest utilsigtede hændelser. Kvalitetssikring i forbindelse med medicinopgaver vil fortsat være et af de store og vigtige fokusområder i såvel egen sektor som i sektorovergangene.

Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af sundhedslovsydelserne på Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet:

Der er udarbejdet strategi og implementeringsplan for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af sundhedslovsindsatserne på Sundheds – Ældre- og Handicapområdet. Planen forløber fra 2015 – 2018.

## **Jammerbugt Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bente Bertelsen og Birgit Holm

**Arbejdssted:** Myndighed – Sundhed og Senior

**Adresse:** Toftevej 43

**Postnummer og by:** 9440 Aabybro

**E-mail:** [bkn@jammerbugt.dk](mailto:bkn@jammerbugt.dk) / [bih@jammerbugt.dk](mailto:bih@jammerbugt.dk)

**Telefonnummer:** 72 57 77 77

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Mellem kommune og region:

- Forløbskoordinator har lavet flowdiagram vedr. TIT brugere
- Audit i kommunikation i sektorovergange (sygehuse og kommuner i samarbejde)
- Revision af relevante sundhedsaftaler (f.eks. sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning)

Internt i Kommunen:

- Der udarbejdes arbejdsgangsbeskrivelser for at optimere borgernes sikkerhed ved udskrivelser, nye borgere og turister.
- Kommunen har indført nyt omsorgssystem, Nexus FS III
- Der afholdes nærvisitationsmøder mellem de enkelte hjemmeplejegrupper og myndighedsafdelingen.
- Der afholdes samarbejds møder mellem myndighedsafdelingen og leverandørerne af hjemmehjælp.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På temamøder er det besluttet fortsat at have fokus på:

- Medicinfejl
- Tryksår og patientuheld

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udsendt nyhedsbrev til mellemlidergruppen

Direkte kontakt til og dialog med pårørende der har rapporteret hændelser

Andet: Planlagt revurdering af uth organisationen



## **Mariagerfjord Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Hanne Thorsager Olsen

**Arbejdssted:** Sundhed og Omsorg, Mariagerfjord Kommune.

**Adresse:** Ndr. Kajgade 1

**Postnummer og by:** 9500 Hobro

**E-mail:** haols@mariagerfjord.dk

**Telefonnummer:** 97 11 34 47

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har været meget fokus på den elektroniske udveksling af oplysninger i forbindelse med overgangene. Det er sket i forbindelse med implementering af nyt omsorgssystem i kommunen. (Efteråret 2017)

Kommunen har gjort sig erfaringer med medicinafstemninger, efter udskrivelse fra sygehus. (Medicinpakken – I Sikre Hænder) Det har vist sig, at der er mange elementer, som kan forbedres. Arbejdet fortsættes i 2018.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Medicin:

Se nedenstående faglige udmelding.

Efter implementeringen af nyt omsorgssystem i efteråret 2017 er der fortsat fokus på, hvordan medicinordinationer håndteres korrekt. Nu i et nyt system.

#### ”Svære” borgerforløb:

Hos borgere /familier i krise kan det være svært som eneste fagperson i hjemmet at håndtere en kompliceret klinisk opgave samtidig med, at patient og evt. familiemedlemmer har behov for støtte. To uth-analyser har resulteret i, at der i nogle af disse hjem fremover kommer 2 fagpersoner samtidig; den ene varetager den kliniske opgave, og den anden kan være behjælpelig – både ift. den kliniske opgave samt støtte patient og pårørende.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Faglig udmelding juni 2017:

#### Medicinen bliver ikke givet, som ordineret af lægen.

Der er hos kommunen sket fejl i arbejdsgangen fra ordinationen er modtaget via en automatisk avis med besked om, at der er opdatering fra FMK, til medicinen er sat på medicinlisten med korrekte givningstidspunkter.

Der har været foretaget en hændelsesanalyse på baggrund af en af de utilsigtede hændelser, som er rapporteret af en praktiserende læge. Analysen har vist, at

- det er for nemt at lave fejl i kommunens omsorgssystem i forbindelse med medicinændringer på FMK.
- kommunens personale ikke er bevidste om, hvad der er FMK (lægens ordination) og hvad der er kommunens medicinmodul (f.eks givningstidspunkter)

Anbefalinger fremover:

- FMK-ordinationer hentes kun "ned" når man arbejder ved en stationær pc. Det er MEGET svært at gøre korrekt på en tablet.
- Alle sygeplejersker og SSA forventes at arbejde ud fra navigationssedler.
- Når en SSA eller sygeplejerske siger ja til at hente opdatering fra FMK gøres hele arbejdsprocessen færdig – inkl. ændring af dosering hos borger.
- Ved lægekontakt skal der være opmærksomhed på, at lægen kun kan se – og er ansvarlig for ordinationen.
  - o Dokumentet "FMK – skyen" beskriver, hvad der er FMK og hvad der er kommunens eget omsorgssystem. Den praktiserende læge er ansvarlig for ordinationen i "FMK-skyen" – SSA el. sygeplejerske er ansvarlig for resten.

## **Morsø Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Ellen Margrethe Dybdal

**Arbejdssted:** Morsø Kommune

**Adresse:** Jernbanevej 7

**Postnummer og by:** 7900 Nykøbing Mors

**E-mail:** mailo:kommunen@morsoe.dk

**Telefonnummer:** 99 70 70 00

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Morsø Kommune har igangsat beskrivelse af overgange internt i kommunen, for at sikre at borgeren oplever tilbud er målrettet borgeren og borgeren oplever kontinuitet, samtidig med at overgange sikres mod UTH

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Indsatsområder der har særlig fokus er fortsat, i prioriteret rækkefølge:

- Medicin
- Sektorovergange
- Fald
- Infektioner

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der har ikke været begrundelser for særlige faglige udmeldinger i 2017

## **Thisted Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bente Øllgaard

**Arbejdssted:** Sundhed & Kvalitet, Sundheds- og ældreafdelingen, Thisted Kommune

**Adresse:** Asylgade 30

**Postnummer og by:** 7700 Thisted

**E-mail:** beo@thisted.dk

**Telefonnummer:** 99 17 19 56

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Thisted Kommune og Regionshospitalet Nordjylland, Thisted har haft et samarbejde om følgende områder:

#### Medicin i overgange:

Arbejdsgruppe med repræsentation fra hhv. sygehus og kommune samt den kommunale praksiskonsulent har arbejdet med at se på, hvordan UTH'ere i overgange kan undgås. Der er lavet arbejdsgangsanalyser, driverdiagrammer og forskellige PDSA'ere er under afprøvning. Udfordringen består i ikke at lave "bypasses og omveje", fordi eks. FMK og implementeringen af denne volder problemer.

#### Tryksår i overgange:

Arbejdsgruppe med repræsentation fra hhv. sygehus og kommune har arbejdet med at se på, hvordan vi kan udnytte, at hhv. sygehus og kommune har arbejdet med tryksår som en del af hhv. Patientsikkert Sygehus og I Sikre hænder. Der er bl.a. set på overlevering af screeningsresultater mellem sektorerne, og der er lavet PDSA på, hvordan Falck/patientkørsel, kan bidrage til at sikre, at der ikke opstår tryk hos tryktruede borgere under kørsel mellem sektorerne.

#### Faste møder mellem sygehusets risikomanager og kommunens risikomanagere:

Der afholdes faste møder hver 8. uge, hvor tværsektorielle hændelser gennemgås mhp. at finde fælles løsninger og mhp. at sprede i sektorerne, hvad indrapporteringen har ført til.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

I Thisted kommune er der lavet 2 kerneårsagsanalyser i 2017, som har haft konsekvenser for arbejdsgange i resten af kommunen:

#### Genoplivning:

En sag i hjemmeplejen, hvor der ikke blev forsøgt genoplivning af livløs borger (som blev betragtet som død) indtil ambulancen kom (med kørsel 2....) førte til, at instruksen vedr. genoplivning og evt. fravalg af genoplivning blev gennemgået hos alle medarbejdere, og der blev iværksat kurser i basal genoplivning i de dele af hjemmeplejen, hvor der var behov.

#### Opbevaring af medicin i demente borgeres hjem:

En sag i hjemmeplejen, hvor en dement borger angiveligt selvadministrerede tbl. Metotrexat samtidigt med at hjemmeplejen også gjorde det. Borgerens ekstra medicin var sat op på en hylde, men ikke låst ned. Sagen afstedkom en arbejdsgang i hjemmeplejen, hvor alle demente borgeres medicin låses ned, i de tilfælde hvor hjemmeplejen/hjemmesygeplejen er involveret i medicindispensering og administration.

## **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er ikke givet andre faglige udmeldinger end de ovenfor nævnte:

### Genoplivning:

En sag i hjemmeplejen, hvor der ikke blev forsøgt genoplivning af livløs borger (som blev betragtet som død) indtil ambulancen kom (med kørsel 2....) førte til, at instruksen vedr. genoplivning og evt. fravalg af genoplivning blev gennemgået hos alle medarbejdere, og der blev iværksat kurser i basal genoplivning i de dele af hjemmeplejen, hvor der var behov.

### Opbevaring af medicin i demente borgeres hjem:

En sag i hjemmeplejen, hvor en dement borger angiveligt selvadministrerede tbl. Metotrexat samtidigt med at hjemmeplejen også gjorde det. Borgerens ekstra medicin var sat op på en hylde, men ikke låst ned. Sagen afstedkom en arbejdsgang i hjemmeplejen, hvor alle demente borgeres medicin låses ned, i de tilfælde hvor hjemmeplejen/hjemmesygeplejen er involveret i medicindispensering og administration.

## Vesthimmerland Kommune

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Inger Sand Rybjerg

**Arbejdssted:** Udviklingsafdeling for Pleje- og Seniorservice

**Adresse:** Frederik IX's Plads 1

**Postnummer og by:** 9640 Farsø

**E-mail:** isr@vesthimmerland.dk

**Telefonnummer:** 24 97 30 25

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har deltaget i tværsektoriel audit på kommunikation i overgange mellem sygehuset og kommunerne.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Hygiejneudvalget har udarbejdet nye procedurer som er implementeret i Vores sundhedsfaglige instrukser.

Vi har implementeret PPS/VAR (Praktiske Procedurer for Sygeplejen) for at sikre ens procedurer og personalet er undervist i brugen heraf.

UVI – vaskehandske afprøvet ved nedre hygiejne for at mindske uvi. Opmærksomhed på nedre hygiejne generelt.

Medicinhåndtering – I gang med afprøvning af medicin doserings hjælpemiddel

Der er ansat projektsygeplejerske til at have fokus på Sundhedsfaglige indsatser til udsatte grupper (Psyk- iatri og handicap) 2 årigt satspuljeprojekt.

Der er ansat demensrådgiver mhp igangsættelse af lokale demensinitiativer ift. Nationale demenshandle- plan 2025.

Vi indgår i tværkommunalt demensprojekt – ARN – Aktivitets og rådgivningscenter Nord

Vi deltager og er forsøgskommune i tværkommunalt udviklingsprojekt - NOPII – Vedr. var medicinhåndtering.

Der arbejdes fortsat med implementering af faste læger tilknyttet vores plejecentre.

Der er foretaget uthændelsesanalyse af hændelser hvor alvorlighedsgraden var alvorlig eller dødelig.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udarbejdet årsrapport vedr. Utsigtede hændelser

Der er udarbejdet årsrapport fra Hygiejneudvalget incl. diverse handleplaner

## **Aalborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lea Sinding Mortensen

**Arbudssted:** Kvalitets- og Innovationsenheden, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

**Adresse:** Storemosevej 19

**Postnummer og by:** 9310 Vodskov

**E-mail:** lesm-aeh@aalborg.dk

**Telefonnummer:** 9931 5426

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er gennemført tværsektoriel audit med fokus på kommunikationen mellem kommunerne og Aalborg Universitetshospital i forbindelse med indlæggelsesforløb. Audit er gennemført i et samarbejde mellem Aalborg Kommune, Jammerbugt Kommune, Mariagerfjord Kommune, Rebild Kommune, Vesthimmerlands Kommune og Aalborg Universitetshospital og der er gennemgået i alt 242 forløb.

Aalborg Kommune har siden januar 2017 med succes løbende udrullet ordningen med praktiserende læger tilknyttet plejehjem. Vi har pt. tilknyttet læger på 19 plejehjem, og søger primo 2018 praktiserende læger til de resterende 17 plejehjem. I tillæg til denne ordning, er der udviklet en samarbejdsmodel mellem Aalborg Kommune og Lægeforeningen, hvor arbejdsgange på tværs af plejecentre, plejepersonale og praktiserende læger er blevet beskrevet.

Sundhedscenter Aalborg arbejder løbende for at styrke kommunikationen med interne og eksterne samarbejdspartner i forhold til forebyggende og rehabiliterende forløb for bl.a. borgere med kroniske sygdomme. Bl.a. samarbejde med kardiologisk afsnit for sammenhængende forløb for hjertepatienter.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Fokus på medicin håndtering:

- Der er gennemført et projekt om design af sikker medicin håndtering i samarbejde med Designskolen Kolding og plejehjemmene Otiumgården og Mou.
- Indkøb af medicinvogne på flere plejehjem.
- Der er foregået en større indsats for bedre medicin håndtering på bo- og dagtilbud for handicappede: undervisning, udvikling af tjeklister, øget ledelsesfokus, auditværktøj til ledelsen, løbende monitoring mv.
- Opfølgning på fejl relateret til forkert brug af FMK/medicinmodul i omsorgsjournalsystem ved hjælp af regelmæssige dataudtræk.

Fald:

- Træningstilbud, som består af træning og patientuddannelse.
- Undervisning af hjemmeplejens og rengøringsenhedens medarbejdere, samt nyansatte sygeplejersker.
- Basis-team på plejehjem, der fx kan stå for faldudredning og generelle faldindsatser
- Styregruppemedlem af Sund-By netværket

Hygiejne:



- Udpegning og undervisning af nøglepersoner på samtlige botilbud
- Fælles hygiejnehåndbog (instrukser.aalborg.dk)
- Ansættelse af en tværgående hygiejnesygeplejerske

Fælles instrukser og vejledninger:

- Der er udarbejdet fælles sundhedsfaglige instrukser for samtlige enheder i Ældre- og Handicapforvaltningen som erstatter særskilte instrukser for hhv. botilbud, plejeboliger, sygeplejen mv.. (instrukser.aalborg.dk)
- Der er igangsat arbejde for at sikre bedre fælles faglige procedurer på tværs af Ældre- og Handicapforvaltningen. Arbejdet fortsætter i 2018.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Det er ikke muligt her at give et fyldestgørende billede, men der er bl.a. udsendt nyhedsbreve, meddelelser eller lign.

om:

- FMK
- Din-Min-Vores sikkerhed (kvalitetssikring og -udvikling på handicapområdet)
- Nyt omsorgsjournalsystem
- Tilbagekald af medicin
- Nyhedsbreve om hygiejneindsatsen

Instrukser og faglige vejledninger

### **Andet**

- Systematisk understøttelse af læring samt vejledning i forbindelse med tilsynsbesøg fra Styrelsen for patientsikkerhed. Herunder forberedelse, høring, handleplaner, opfølgning.

Der er købt eksterne tilsyn der bl.a. har fokus på sundhedsfaglig dokumentation samt medicinbehandling. Disse tilsyn gennemføres på alle relevante enheder én gang årligt.



# Midtjylland

## Region Midtjylland

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Tine Møller Nielsen

**Arbejdssted:** Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

**Adresse:** Skottenborg 26

**Postnummer og by:** 8800 Viborg

**E-mail:** bente.bjerre@rm.dk

**Telefonnummer:** 21 69 45 56

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

### **Region Midtjylland generelt**

#### UTH i sektorovergange til arbejdsgruppe vedr. medicineringskvalitet:

En tværfaglig arbejdsgruppe fik til opgave at komme med anbefalinger til indsatser til, hvordan medicineringskvaliteten i Region Midtjylland kan forbedres med særligt fokus på overgange mellem sektorer såvel som overgange mellem IT-systemerne.

På den baggrund blev der i 1. kvartal 2017 gennemført UTH-udtræk på alvorlige og dødelige UTH vedr. medicineringskvalitet i sektorer i 2016 som bidrag til arbejdsgruppen vedr. medicineringskvalitet. Desuden blev hospitalernes risikomanagers spurgt til deres viden om de største risikoområder. Undersøgelserne i arbejdsgruppen resulterede i en række anbefalinger, der kan findes her:

<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/uth/220617/indsatser-til-forbedring-af-medicineringskvalitet.pdf>.

#### Uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb:

På møder i Den Regionale Patientsikkerhedsgruppe er "uhensigtsmæssige overgange ved komplekse forløb" (patientforløb, der går mellem to eller flere hospitaler eller mellem præhospitalet om et eller flere hospitaler) blevet et fast punkt på møderne, hvor der bliver vidensdelt om problemstillingerne med udgangspunkt i konkrete forløb. Inspirationen har bl.a. været tilfælde, hvor retningslinjer for visitation og behandling af patienter har været fulgt. Men hvor den konkrete situation hos patienten betød, at der burde have været handlet anderledes.

#### Opsamling på UTH i sektorovergange i det tværsektorielle netværk for UTH i sektorovergange (TSN):

Der udarbejdes årligt en TSN-opsamling på baggrund af rapporterede UTH i sektorovergange. Ved gennemlæsning af moderate, alvorlige og dødelige UTH i sektorovergange i 2016 er der identificeret og udvalgt særligt fremtrædende problemområder. Der er lavet sammenfatning af hændelserne vedr. prøvesvar og medicin, hvor problemstillingerne bl.a. har været relateret til fokusområderne i det risikobaserede tilsyn 2017 og risikosituationslægemidler.

Sammenfatningerne er sendt til drøftelse i patientsikkerhedsgrupperne i klyngerne, der i regi af Sundhedsaftalen er nedsat under det enkelte hospital. På den baggrund kan der udvælges indsatser lokalt og deles viden mellem klyngerne regionalt. Der arbejdes videre i 2018.

### **Hospitalsenheden Vest:**

#### Tværasektoriel udveksling af personale mhp. større indblik i hinandens hverdag.

Alle 6 kommuner i Vestklyngen har haft sygeplejersker på besøg en dag i en relevant klinisk afdeling i Hospitalsenheden Vest. Tilsvarende har sygeplejersker fra de kliniske afdelinger, der har mest med tværasektorielle patientovergange at gøre, været på besøg en dag i hjemmepleje, plejecenter eller aflastningspladser.

Tilbage meldingerne har været positive, og udvekslingen har givet en større forståelse for hinandens behov og begrænsninger.

Fremadrettet er der plan om at gennemføre en tværasektoriel temadag igen i 2019, og så i fællesskab vurdere om personaleudvekslingen også skal gentages med jævne mellemrum.

### **Hospitalsenhed Midt:**

I årets løb har UTHer vist, at det er relevant at fokusere på sikre overgange og godt samarbejde mellem forskellige it-systemer, personale, afdelinger og sektorer i optimering af patientforløb. Eksempelvis har to af årets hændelsesanalyser omhandlet overgangsproblematikker og har foranlediget indsatser, der vil blive arbejdet yderligere med i 2018:

#### Overflytning fra intensiv til sengeafsnit:

Indsatsen har til formål at skabe bro og gøre overgangen mere sikker og sammenhængende ved større direkte samarbejde om patienterne f.eks. ved at sygeplejersken fra sengeafsnit besøger/følger patienten og intensivsygeplejersken forud for overflytningen.

#### Udskrivelse fra hospital til kommune:

De tre midtklynge-kommuner har via utilsigtede hændelser gjort opmærksom på, at de oplever det uhenigtsmæssigt, at hospitalsenheden ofte varsler patienter udskrevet til kommunen for efterfølgende at aflyse/udsætte udskrivelsen.

En hændelsesanalyse konkluderer, at det i visse tilfælde kan være, at patienter bliver varslet udskrevet til kommunerne på et for usikkert grundlag, og at det formentlig er pga. af et misforstået hensyn til kommunerne. Derudover finder hændelsesanalysen et generelt behov for større viden om sektorernes gensidige forventninger til hinanden med udgangspunkt i Sundhedsaftalen.

En tværasektoriel arbejdsgruppe er derfor i gang med at udarbejde et udkast til en let tilgængelig, overskuelig og handleanvisende pixi af afsnittet om udskrivelse i Sundhedsaftalen. I den forbindelse har arbejdsgruppen taget kontakt til regionen med et forslag om at indarbejde pixien i næste version af den regionale retningslinje "den gode udskrivelse". Arbejde vil pågå i løbet af 1. halvår af 2018.

Indsatsen har til formål at øge viden om sektorernes gensidige forventninger og ønsker til hinanden. Derudover har flere afdelinger lavet "i patients fodspor" / "følge hjem" projekter mhp. optimering af udskrivelse.

### **Hospitalsenheden Horsens**

#### Projekt tværspor

På Hospitalsenheden Horsens er vi blevet bevilget 11,3 mio. kr. fra Innovationsfonden til et projekt, der skal føre til udviklingen af et beslutningsstøttesystem baseret på kunstig intelligens. Systemet skal understøtte sundhedspersonalet i at identificere borgere, som er i risiko for at blive akut indlagte.

Et af projektets formål er at forebygge indlæggelser gennem en mere proaktiv indsats over for borgerne/patienterne. Ved at forebygge unødige indlæggelser forebygges også de fejl, der ofte kan ske i overgangen mellem kommune og hospital.

Læs mere på: <http://www.hospitalsenheden-horsens.dk/presse/nyhedsarkiv/nyhedsarkiv-2017/millionstotte-til-forskning-i-kunstig-intelligens-til-sundhedsvasenet/>  
<http://www.hospitalsenheden-horsens.dk/om-os/virksomhedsgrundlag/strategiskeindsatser/tvarspor/>

#### AK-behandling i forbindelse med operation

Hospitalet har over flere år haft fokus på AK-behandling i forbindelse med operation. Der er i den forbindelse oprettet en INR-klinik, der blandt andet styrer patienters AK-behandling og fungerer som faglig sparring for hospitalets læger. Herudover er der implementeret en AKbridging app, der hjælper i optimering af AK-behandling i forbindelse med operation.

#### Udfordring med behandling af nyfødte med hypoglycæmi

På vores fødeafdeling har der været problemer med at forstå det skema, der anvendes i forbindelse med børn med hypoglycæmi. Der er i den forbindelse arrangeret undervisning ved pædiater, og det har skabt større forståelse på fødeafdelingen for problematikken.

#### Udfordringer med FMK

Et af de områder, hvor hospitalet over de seneste år har oplevet udfordringer, er i opdateringen af FMK. Der arbejdes til stadighed med at sikre målopfyldelse, og der er lavet særlige indsatser i forhold til ambulatorier samt forløb, hvor lægen ikke indgår som en integreret del af udskrivelsesprocessen. I sidstnævnte tilfælde har der været lavet en særlig indsats for sygeplejerskerne.

### **Aarhus Universitetshospital**

#### Tværasektoriel temaeftermiddag mellem Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune

Der var fokus på følgende temaer:

- Den tværasektorielle organisering på AUH og i Aarhus Kommune
- Rapporteringskulturen – Hvordan ser den gode rapportering på tværs af sektorgrænsen ud?
- Samarbejde og læring på tværs

Temaeftermiddagen sluttede af med, at deltagerne havde mulighed for at melde sig til et "udvekslingsbesøg", hvor deltagerne kunne komme med på arbejde i den modsatte sektor. Fire deltagere benyttede sig af dette.

Temaeftermiddagen vil også blive afholdt i juni 2018.

#### Fokus på patientovergange

Fokus på patientovergange på risikotemaets møder med hospitalets patientsikkerhedskoordinatorer ved blandt andet at drøfte, hvordan man kan sikre patientovergange ud fra konkrete UTH-rapporteringer og læringen af disse.

### **Regionshospitalet Randers**

#### Familien sammen

Kvinde-Barn Fællesafdeling består af blandt andet fødegangen, barselsafsnit, familieafsnit og neonatal afsnit. Afdelingen har arbejdet med at sikre at nybagte familier så vidt muligt forbliver samlet. Hvis for eksempel både mor og barn har haft behov for behandling efter fødslen bliver de indlagt sammen på det afsnit der har de bedste forudsætninger for at tage sig af familien, Hvis de for eksempel indlægges på Neo-

natal afsnittet kommer personalet fra barselsgangen og tilser moderen. Der er meget fokus på overlevering af informationer på tværs af afsnittene, så der ikke tabes vigtig information. Det sker blandt andet ved: tjek-ind, time-out og tjek-ud inden familien forlader fødegangen eller ved at skrive en opdateret status i EPJ inden patienterne flyttes.

### Medicin i sektorovergangene

Der rapporteres mange UTH fra kommunerne vedrørende medicinering, fx. uoverensstemmelse mellem medsendt medicinliste og FMK. I Randersklyngen er der derfor planlagt en audit på 20 udskrivelser per kommune (Randers kommune, Norddjurs kommune og Syddjurs kommune). Til auditten er der udarbejdet et spørgeskema, hvor de hyppigste medicineringsfejl fremgår. Resultatet forventes at kunne udpege særlige indsatsområder der kan arbejdes videre med. Auditten gennemføres primo 2018.

### **Præhospitalet**

I 2017 har Præhospitalet, herunder Den landsdækkende akutlægeheliikopterordning, arbejdet særligt med følgende områder:

#### Medicinering i overgangen mellem praktiserende læger / vagtlægeordningen og præhospitalets ambulancetjeneste.

I samarbejde med risikomanager for praksis er der fokus på medicinering i overgangen mellem vagtlæger og ambulancetjenesten. I 2017 blev den patientsikkerhedsmæssige risiko identificeret mellem vagtlægeordningen og ambulancetjenesten i relation til administration af medicin ved hjemmebesøg af vagtlæge forinden ambulancetjenestens ankomst. Vagtlæger og praktiserende læger dokumenter administration af medicin i FMK, hvorved problematikken er opstået, da ambulancetjenesten ikke har adgang til FMK og derfor ikke kan se, hvilken medicin patienten har fået inden ambulancen ankomst.

Denne problematik er endnu ikke løst og vil fortsat være i fokus i 2018.

#### Kommunikationstræning mellem de præhospitale enheder

Flere analyser af utilsigtede hændelser har vist et behov for, at der fortsat er fokus på sikker entydig kommunikation imellem de Præhospitale enheder, herunder AMK-vagtcentralen, ambulancerne, sygetransporterne, akutbilerne, akutlægebilerne og akutlægeheliikopteren. En nedsat arbejdsgruppe har identificeret de konkrete udfordringer, og der vil blive igangsat et arbejde med træning af den daglige tele- og radiokommunikation og videregivelse af patientnæredata på en entydig måde. Formålet er, at alle involverede skal "tale samme sprog" og på en klar og tydelig måde kan kommunikere om situationens alvorlighed og behovet for hjælp ved meget akutte situationer.

#### Patientsikkerhed i overgange til hospitalerne

For at sikre en endnu højere kvalitet i den præhospitale behandling, og ikke mindst i overgangene til hospitalerne, er triagemodellen DEPT (Danish Emergency Proces Triage) ved at blive implementeret. DEPT er en proces-triage, hvilket betyder, at en triagescore kan udløse en handlingsanvisning f.eks. igangsættelse af et diagnosticerings- eller behandlingsforløb. Præhospital anvendelse af DEPT betyder ligeledes, at akutafdelingerne umiddelbart kan genanvende den triagering, som er foretaget af Præhospitalet. Det forventes, at resultatet bliver mere smidige overgange som følge af et fælles sprog og implementeringen af DEPT kan dermed være med til at skabe endnu bedre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.

## **Psykiatri- og Socialområdet**

### Psykiatri

I et samarbejde mellem praksisområde og psykiatri er der på baggrund af utilsigtede hændelser udarbejdet mere sikre arbejdsgange for akutte henvisninger fra praksisområdet til psykiatrien samt internt mellem afdelinger i psykiatrien.

En fællespsykiatrisk og fælles social blok med ISBAR til brug ved telefonen á la blok fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed er udarbejdet og mangler opsætning.

En fællespsykiatrisk retningslinje med oversigt over skriftlig kommunikation i overgange til forskellige eksterne samarbejdspartnere er udarbejdet i 2017, og gøres klar til høring i 2018.

### Socialområdet

- Socialområdet har ikke arbejdet specifikt med at sikre patientovergange.
- Der er planlagt implementering af FMK på hele socialområdet

## **Praksisområdet**

På baggrund af mange UTH'er rapporteret fra Psykiatrien til Almen Praksis, hvor der henvises forkert til akut psykiatrisk behandling, er der lavet en hændelsesanalyse sammen med psykiatrien.

Analysen har ført til ændringer i proceduren for akutte henvisninger, så det er blevet mere simpelt og intuitivt for de praktiserende læger at henvise disse patienter. Kommunikationen mellem sektorerne er blevet i talesat gennem flere hændelsesanalyser i 2017. Det har ført til at det bliver et fokus område i 2018.

## **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

### **Region Midtjylland generelt**

Koncern Kvalitet gennemfører hovedsageligt regionale UTH-udtræk og udarbejder sammenfatninger i forhold til konkrete emner til understøttelse af drøftelser på regionale møder eller som input til det lokale arbejde med patientsikkerhed på hospitalerne m.v. Sammenfatninger af UTH i regionen udsendes f.eks. til hospitalerne i forlængelse af OBSmeddelelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed for at understøtte relevansen af de omhandlede problemstillinger. I 2017 gælder det f.eks. i forhold til:

- "Bupivacain må ikke gives intravaskulært": Sammenfatning af UTH vedr. Bupivacain
- "Vær opmærksom på overdosering med methotrexat på grund af daglig behandling i stedet for ugentlig": Sammenfatning af UTH vedr. Methotrexat
- "Vær opmærksom på interaktion mellem warfarin og miconazol-mundhulegel": Sammenfatning af UTH vedr. interaktioner.
- "Vær opmærksom på sammenklapning af lunger efter akupunktur": Sammenfatning af UTH vedr. pneumothorax, da der ikke var eksempler med akupunktur i Region Midtjylland.

Desuden leveres f.eks. UTH-udtræk til specialistgrupperne under Den Regionale Lægemeddelkomité, så de gøres opmærksom på særlige risici. I 2017 har der f.eks. været leveret UTH-udtræk ang. insulin m.v. til behandling af diabetes.

### **Hospitalsenheden Vest:**

#### Dokumentation

Tidstro, patientnær og hændelsesnær dokumentation har været i fokus, særligt i 2. halvår. Der sættes ind på flere fronter for at arbejde med området.

Der har været gennemført patientsikkerhedsrunder med hospitalsledelsen for at sætte fokus på emnet og samle oplevede udfordringer sammen fra personalet.

Disse bliver i 2018 fulgt op af store matrikelvise møder (staff-meetings), og der iværksættes flere prøvehandlinger i afdelingerne for at få læger til selv at skrive akutte notater direkte i journalen (da det tidsmæssige gab mellem diktatet bliver skrevet af sekretæren kan udgøre en risiko i akutte patientforløb). Der iværksættes ligeledes prøvehandlinger for at arbejde med at dokumentere på stuerne, sammen med patienterne og med det samme. Prøvehandlingerne besluttet afdelingsvis og er dermed ikke ens, selvom de har samme fokus.

Der er endnu ingen erfaringer fra den samlede indsats.

### **Hospitalsenhed Midt:**

Eksempler på indsatser på hospitalsniveau i årets løb:

#### Rekvosition og mærkning af patologiprøver

UTH'er har vist udfordringer med korrekt rekvosition og mærkning af patologiprøver. Hospitalsenheden har et mål om at holde fejl på rekvosition og mærkning af patologiprøver under 1 %. Det bliver monitoreret ud fra en månedlig fejlliste fra Patologisk Institut, som Kvalitetsenheden bruger til at lave afdelingsspecifikke lister over fejl på rekvositioner og mærkninger af patologiprøver. De afdelingsspecifikke lister bliver sendt til afdelingsledelserne, således disse har mulighed for at følge op.

Indsatser målrettet problemet har i det forgangne år primært været lokalt forankret i de respektive afdelinger. En tværgående arbejdsgruppe er dog i gang med at lave en vejledningsvideo om rekvosition og mærkning af patologiprøver. Derudover er der forventning om, at integration af det patologiske rekvireringsmodul, Pa-toWeb, i MitEPJ vil medvirke til at reducere fejl. Denne integration (delvis integration) har længe været ventet, men det er uvist, hvornår den er klar til at blive frigivet.

#### Patientidentifikation

På baggrund af utilsigtede hændelser om manglende eller utilstrækkelig patientidentifikation i forbindelse med både kliniske og administrative opgaver har en tværgående arbejdsgruppe i administrationen udarbejdet en patientidentifikationskampagne. Kampagnen er planlagt til uge 9 i 2018. Det er tanken, at kampagnen kan blive gentaget afhængig af behov og effekt.

#### Overblik over mors

Flere utilsigtede har indikeret behov for et mere systematisk overblik over mors på hospitalsenheden. Derfor har en tværgående arbejdsgruppe udviklet en kapelliste til det kliniske logistiksystem. Derudover er der indgået en aftale med Akutafdelingen om, at Hospitalsvisitationen er behjælpelig med et fuldt overblik over mors på hospitalsenheden herunder gør opmærksom på mors, der "hænger" og f.eks. ikke er seks-timers synet til rette tid.

#### Review af UTH arbejdet

Tendenser i utilsigtede hændelser over de seneste par år tyder på, at de samme problemstillinger går igen. Det kan indikere, at effekten af indsatser ikke slår tilstrækkelig igennem, og at fælles læring og vidensdeling ikke bliver optimalt understøttet. Derfor er der i slutningen af 2017 igangsat et review af UTH arbejdet på hospitalsenheden. Formålet er at justere organiseringen af UTH arbejdet, således at fælles indsatser, fælles læring og vidensdeling bliver forbedret.

Reviewet vil formodentlig pege på en justering i løbet af 1. halvår af 2018.



## **Hospitalsenheden Horsens**

### Udfordringer med PVK

Medio 2017 konstaterede vi på Hospitalsenheden Horsens store udfordringer med nyligt implementerede PVK. Blandt udfordringerne kan nævnes flere subcutane, knækkede/bøjede PVK og omfattende blodstænk. Efter en længere proces er det lykkedes at skifte PVK.

### Hjertestopområdet

På Hospitalsenheden Horsens har vi særligt fokus på hjertestopområdet. Indsatsen omfatter en bred vifte af initiativer – herunder at vi blandt andet skal blive bedre til at tage stilling til, om patienten skal genoplives i tilfælde af hjertestop samt indikatoropfyldelse på DANARRESTindikatoren med rytmeanalyse indenfor 2 minutter. I relation til sidstnævnte er der eksempelvis indført hjertestartere på alle sengeafsnit samt gennemført undervisning, informationskampagner mm. og der samles løbende op på de enkelte hjertestop af hospitalets DANARREST-sygeplejerske. Indsatserne på hjertestopområdet har bevirket, at såvel 30-dages som 1 års overlevelsen er steget markant, og at der er indikatoropfyldelse på en stor del af DANARREST-indikatorerne.

## **Aarhus Universitetshospital**

På AUH har vi i 2017 haft særlig fokus på:

### Patientsikkerhed og indflytning - og omstrukturering på det nye hospital.

Hospitalet skal flytte under "fælles tag" de kommende tre år, og det kan få indflydelse på patientsikkerheden. Risikotemaet har derfor udarbejdet en "flyttepakke", som afdelingerne har mulighed for at benytte – gerne med hjælp fra hospitalets risikoteam.

Flyttepakken indeholder:

I god tid inden indflytningen:

- Gennemførelse af risikovurdering før implementering af større organisatoriske ændringer
- Risikovurdering af selve flytningen, evt. med fokus på udvalgte patientsikkerhedskritiske scenarier

Umiddelbart inden- og lige efter indflytningen:

- Anvendelse af patientsikkerheds- flyttetjeklisten
- Patientsikkerhedsrunde med fokus på indflytning
- Afholdelse af sikkerhedsbriefings – stående møder dagligt eller ugentligt

### Hjertestopmelding – mundtlig og skriftlig kommunikation

Implementering af nye danske afdelingsnavne, en omfattende ændring af skiltningen i Skejby, hvor etager blev til planer og loftskiltnumre til krydspunkter samt flytning af hjertestopalarmeringen fra Informationen i Skejby til Hospitalsvisitationen på Nørrebrogade og udskiftning af telefoner, medførte flere utilsigtede hændelser omkring hjertestopalarmeringen. Personalet kunne ikke afgive en korrekt hjertestopmelding, da de ikke vidste, hvor de befandt sig. Dernæst var der flere problemer med telefonien, der ikke fungerede optimalt. Det centrale hjertestophold blev derfor forsinket.

Flere tiltag er efterfølgende iværksat – her kan blandt andre nævnes:

- Forenklet alarmeringsprocedure
- Påsætning af label med afsnittets navn og krydspunkt på personalets ID-skilte
- Skilte med den fulde hjertestopmelding ved alle fastnettelefoner

- I hospitalsvisitationen er der arbejdet med struktureret kommunikation, herunder closed loop og anvendelse af fonetisk alfabet
- Optagelse af telefonsamtalerne ved alarmering (endelig løsning ikke fundet endnu)
- Orienteringsløb for hjertestopholdene i de nye bygninger
- På hospitalets hjertestopkurser er der sat fokus på problemerne med alarmeringen

#### Telefoner, netværk og applikationer

Ved overgang til nye telefoner har der været mange defekte telefoner, "sort skærm", udfald af samtaler og dårlig talekvalitet. Hospitalets netværk har været ustabil. Hospitalsledelsen har derfor nedsat en TASK FORCE vedr. udredning og fejlretning af telefoni, mobilplatform og applikationer.

#### **Regionshospitalet Randers**

Lighed i sundhed kræver ulige indsatser

I Randersklyngen er der i 2017 opstartet et pilotprojekt i forhold til sårbare patienter. Konkret drejer det sig om:

- Fremskudt behandler
- Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse
- Udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats
- Undervisning og implementering af den motiverende samtale (MI) på hospitalet
- Kendskab til indgange til kommunale samarbejdspartnere

#### Risikobaseret tilsyn

I juni havde vi risikobaseret tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, hvor der var fokus på KOL patienter. Besøget var lærerigt og påpegede nogle områder hvor der er potentiale

#### Nye sikkerhedsvenflons

I efteråret 2017 indførte regionen nye sikkerhedsvenflons. Det gav store udfordringer i klinikken og udløste mange utilsigtede hændelser. Sagen blev drøftet på flere niveauer både lokalt og i regionen.

#### Ny regional ligblanket

I 2017 blev en ny regional ligblanket til indbragte døde taget i brug. Blanketten er mere omfattende end den tidligere anvendte, og sikrer at alle relevante oplysninger videregives til kapellets personale.

#### Styregruppe for Antibiotika

Hospitalet har været en del af et projekt: Antibiotic stewardship der blev afsluttet i 2017. I forlængelse af det arbejde er der blevet nedsat en styregruppe på tværs af hospitalet, der skal være med til at sikre korrekt brug af antibiotika. Formålet med styregruppen er at:

- Fremme en høj patientsikkerhed og kvalitet i relation til antibiotikabehandling på såvel de enkelte afdelinger som ved afdelings- og sektorovergange
- Sikre implementering og opfølgning af nationale/ regionale behandlingsvejledninger og retningslinjer.
- Fremme formidling og kvalitetsudvikling indenfor antibiotika-området på RH Randers
- Understøtte hospitalets deltagelse i LKT-arbejdet

#### **Præhospitalet:**

Analyse af hjertestop uden for hospitalsmatrikler

Utilsigtede hændelser i 2017 viste, at der er hjertestop uden for hospitalsmatrikler, som håndteres af ambulancepersonale uden støtte fra akutlægebiler. Dette gav anledning til igangsættelsen af en aggregeret dybdegående analyse af alle hjertestop i et delområde i perioden 2015 og 2016 (i alt 28 hændelser). Analysen havde til formål at afdække, om der er uidentificerede udfordringer på særligt visitationsområdet, hvilket viste sig ikke at være tilfældet. Kortlægning bidrog i stedet med at tydeliggøre lærings- og forbedringspotentiale på særligt symptombilleder og tidelig identificering af potentielle hjertestop.

## **Psykiatri- og Socialområdet**

### Psykiatri - Selvmord og selvmordsforsøg

Der er sket en forenkling af fællespsykiatrisk retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko. Der er udarbejdet et lomme kort samt e-læringsprogram til alle medarbejdere i 2017. Arbejdet har bl.a. taget afsæt i en aggregeret analyse for selvmord på én psykiatrisk afdeling i Region Midtjylland foretaget i start 2017.

### Socialområdet:

- Der er fokus på, at vi på socialområdet betragter uventede dødsfald, selvmord og hændelser, hvor en borger i et specialområde skader en anden/andre borgere i eller uden for specialområdet, som utilsigtede hændelser
- Forebyggelse af uheld i forbindelse med brug af hjælpemidler
- Fokus på sikker håndtering af lægemidler

## **Praksisområdet**

Der er lavet mange præparatændringer i specielt børnevaccinationsprogrammet. Det har medført at praksis har rapporteret en del UTH i forbindelse med vaccinegivning. Derfor har det Nationale Netværk for Patientsikkerhed i Praksisområderne lavet materiale, der kan inspirere almen praksis til sikre arbejdsgange i forbindelse med vaccinationer.

## **9. Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

### **Region Midtjylland generelt**

Der udarbejdes årligt en Regional Patientsikkerhedsårsrapport, der sammenfatter problemstillinger i UTH på tværs af regionen og beskriver de emner, der i løbet af året har været genstand for særlig opmærksomhed. Patientsikkerhedsårsrapporten for 2017 udgives senest i starten af april 2018. Alle årsrapporter kan findes her.

Årsrapporten anvendes løbende til at fortælle om UTH og patientsikkerhed i Region Midtjylland, når organisationen får spørgsmål internt og fra eksterne parter.

Som noget nyt har vi på baggrund af patientsikkerhedsårsrapporten 2016 fået vores Lederforum for Kvalitet, hvor alle hospitalsledelser er repræsenteret til at vedtage fælles indsatsområder for patientsikkerhed. Der sættes således særligt fokus på TOKS og TOBS i 2018.

Vedr. vores Tværsektorielle Netværk for UTH i sektorovergange (TSN) kan der findes oplysninger på hjemmesiden vedr. Sundhedsaftalen, hvor tidligere årsrapporter til og med 2015 og referater fra møder i TSN-kordinationsgruppen også er tilgængelige her.

### **Aarhus Universitetshospital**

Alle faglige udmeldinger findes på hospitalets intranet, herunder alt materiale vedrørende "flyttepakken" til brug i de kliniske afdelinger.

## Hospitalsenhed Midt

I årets løb er der løbende givet udmeldinger på baggrund af UTHer. Det er eksempelvis:

- Sikker melding om hjertestop hvor melder angiver præcis lokation og modtager anvender close loop.
- Korrekt rekvisition af akutte røntgenundersøgelser, hvor rekvisitent følger op på elektronisk rekvisition på telefon til røntgenafdeling.
- Sikkerhed i it-logistikændringer, hvor drejebog for ændringer er revideret.

## Psykiatri- og Socialområdet

### Psykiatri - Forebyggelse af tvang:

Et højt prioriteret område i Psykiatrien i Region Midtjylland, hvor der gennemføres særlige indsatser ift. forebyggelse af tvang. I forebyggelsen af tvang er der fokus på implementering af 6 kernestrategier: ledelsesinvolvering, data, kompetenceudvikling, tvangsforebyggende redskaber, patientinddragelse og debriefingsteknikker.

### **Praksisområdet**

Hver år bliver der lavet en Årsrapport der både kvantitativt og kvalitativt beskriver de rapporterede hændelser i året der er gået. Der udarbejdes rapporter for Almen Praksis, Speciallægerne, Fysioterapeuterne og Apotekerne.

Årsrapporterne præsenteres for Samarbejdsudvalgene.

Der er sendt en nyhedsmail til Almen Praksis med denne information:

- Kørsel D  
Vi modtager en del utilsigtede hændelser som handler om brugen af kørsler, specielt brugen af kørsel D. UTH-teamet samarbejder derfor med Præhospitalet og deres praksiskonsulent om at få sat fokus på, hvordan man bruger kørslerne ved indlæggelse. Præhospitalet har lavet en pjece om bestilling af patienttransport.
- Har du patienter der får Kodipar?  
UTH-teamet har modtaget en utilsigtet hændelse rapporteret af almen praksis selv, hvor en patient får Kodipar men samtidig selv har taget Panodil. I dette tilfælde har patienten ikke fået lev-erskader.  
UTH-teamet opfordrer derfor til, at I er ekstra opmærksomme på patienter der får Kodipar. Har patienten forstået, at der er paracetamol i produktet, og de derfor ikke må tage Panodil ved siden af.
- Akutte henvisninger til Psykiatrien  
Psykiatriens Central Visitation (PCV) rapporterede i slutningen af 2016 mere end 100 hændelser. De drejede sig om akutte henvisninger der var sendt til visitationen, i stedet for at sende dem direkte til afdelingen.  
Problematikken omkring akutte henvisninger er blevet undersøgt i samarbejde med Psykiatrien. Der bliver i øjeblikket arbejdet på, at gøre det mere simpelt at henvise akut til Psykiatrien. De planlagte ændringer forventes at falde på plads i efteråret 2017.

## Andet

### **Region Midtjylland generelt:**

Der er de senere år etableret et godt samarbejde med konkrete specialområder i regionen. Det gælder IT-afdelingen, Hospitalsapoteket og Indkøb og Medicoteknik (I&M). Særligt i forhold til I&M er samarbejdet styrket i årets løb ved faste arbejdsgange, hvor der hver måned sendes UTH vedr. medicinsk udstyr til I&M, så de får kendskab til evt. hændelser, der ikke er rapporteret ad anden vej og kan give tilbagemeldinger til patientsikkerhedsorganisationen om handling på kritiske UTH med medicinsk udstyr. Samarbejdet har

særligt vist sig nyttigt, da der opstod særlige problematikker ved skift af PVK i forbindelse med en ny indkøbsaftale i regionen.

Desuden er der i slutningen af 2017 etableret en lignende arbejdsgang med månedlige udtræk vedr. hændelser tilknyttet tolkebistand, der sendes til regionens contract manager enhed og tages op på samarbejds møder med leverandøren.

### **Hospitalsenheden Vest:**

#### Patientsikkerhedsrunder

I 2017 har vi haft gode erfaringer med at genindføre patientsikkerhedsrunder for hospitalsledelsen. Vi har arbejdet med formen på runderne for at gøre dem mere praksis- og virkelighedsnære. I første omgang prøvede vi af med uanmeldte besøg, men har dog sidenhen valgt at varsle afdelingerne om tidspunktet. Der er fortsat fokus på at snakke med det kliniske personale tæt på hverdagen, fremfor at sidde i et mødelokale og kigge på retningslinjer. Vi har valgt at have et specifikt fokus for hvert omgang af patientsikkerhedsrunder. I 2017 har der henholdsvis været fokus på medicinering og på dokumentation. Erfaringen er at fokuserede patientsikkerhedsrunder giver et godt udbytte, så længe der også er åbenhed for at drøfte eventuelle andre risici, der fylder den pågældende dag.

### **Hospitalsenhed Midt:**

#### Styrkede indsatser som følge af kvalitetsbrists, jf. brystkræftsagen:

Et væsentligt fokus på hospitalsniveau har været det fremadrettede perspektiv efter den i medierne omtalte brystkræftsag. Derfor er der i efteråret 2017 vedtaget indsatser, der ruster hospitalsenheden mod kvalitetsbrist i det kliniske arbejde.

Brystkræftsagen har initieret processen, fordi sagen har vist behov for en højere grad af systematisk, målrettet og planlagt kvalitetssikring af det kliniske arbejde og styrkelse af en åben kultur, hvor alle tager ansvar for kvaliteten i det kliniske arbejde.

En arbejdsgruppe under ledelse af den lægefaglige direktør har udarbejdet et udkast til indsatser, som herefter er kvalificeret i forskellige fora.

Det har resulteret i 17 indsatsområder grupperet i fem temaer:

- Administrativ parathed ved kvalitetsbrist
- Anvendelse af kliniske retningslinjer
- Kliniske arbejdsgange
- Kompetencer
- En åben kultur

Implementering vil finde sted gennem 2018 som en del af hospitalsenhedens strategiske indsats "Fokus på værdi for patienten".

For at sikre højt ejerskab vil en stor del af det videre arbejde foregå på afdelingsniveau. De enkelte afdelinger skal bl.a. individuelt prioritere indsatsområder og lave konkrete indsatser på disse områder.

### **Regionshospitalet Randers**

#### Patientsikkerhedsindsats

I 2018 gøres der en særlig indsats i forhold til udvikling og patientsikkerhed på Regionshospitalet Randers. I januar gennemføres en spørgeskemaundersøgelse blandt de ansatte på de kliniske afdelinger. Denne følges op med patientsikkerhedsrunder (både ved HL og AL), medicinrunder samt I patientens fodspor i de kliniske afdelinger. Formålet med konceptet er bl.a. at øge patientsikkerheden, forbedre patientforløbene og reducere spild ved at hospitalsledelsen og afdelingsledelserne kommer tættere på klinikken og dermed får

mulighed for at stille undrings- og reflekterende spørgsmål. Samtidig er der sat fokus på vidensdeling af de fund, der gøres på forbedringsrunderne. Det sker bl.a. via hospitalets tavlemøder hvor ledelsesgruppen drøfter data hver 14. dag.

## **Favrskov Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Rolf Thomsen

**Arbejdssted:** Social og Sundhed

**Adresse:** Skovvej 20

**Postnummer og by:** 8382 Hinnerup

**E-mail:** [roth@favrskov.dk](mailto:roth@favrskov.dk)

**Telefonnummer:** 89 64 23 01

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- Der har været afholdt møder mellem regionspsykiatrien og ledere fra Favrskov Kommunes socialpsykiatri og jobcenter mhp, at drøfte bedre overgange mellem region og kommune, og borgerens forskellige planer.
- Favrskov Kommune har deltaget i klyngesamarbejdet i Randers-klyngen mhp. at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser indenfor 30 dage.  
I marts, april og maj har der været foretaget manuel registrering af disse fra samtlige plejecentre på ældreområdet i Favrskov Kommune og lavet en efterfølgende analyse heraf til præsentation i Klyngestyregruppen.

På baggrund af ovenstående er der gennemført audits og drøftelser på samtlige plejecentre.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

- Der er udarbejdet fælles sundhedsfaglige retningslinjer for Socialpsykiatrien vedr. bl.a. samarbejde med behandlingsansvarlige læge, fravalg af livsforlængende behandling og sundhedsfaglig dokumentation.
- Hygiejne: Der er ophængt spritdispensere i alle tilbud i Socialpsykiatrien, og sat fokus på god håndhygiejne for borgere og medarbejdere.
- FMK er taget i brug på det ene af Favrskov Kommunes bosteder, der administrerer medicin.
- Sundhedsfaglig dokumentation: Der er lavet tilføjelse til Socialpsykiatriens fagsystem, som giver mulighed for systematisk at arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation.
- Favrskov Kommune indgår i et projekt sammen med Region Midt om fælles medicingennemgang hos borgere på kommunes bosteder.
- Der har i Socialpsykiatrien været sat fokus på magtanvendelser i samarbejde med jurist.
- På Ældreområdet er der udarbejdet fælles sundhedsfaglig instrukser for: behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, anvendelse af ikon til Appinux skærme på kommunens kortidsafsnit vedr. valg/fravalg af genoplivning, behandling med Oramorph i terminale forløb, udregningstabel for morfin og diverse instrukser på hygiejneområdet er revideret.
- Hygiejne: Fokus på infektionshygiejne, udarbejdelse af årshjul for hygiejne- sygeplejerskernes indsats med fokus på både borgere og medarbejdere. Særligt fokus på MRSA og samarbejde med regionen om dette.
- Styrkelse af UTH indberetning. Der har været afholdt en temadag for nøglemedarbejdere i Social og Sundhed for at styrke indberetningen af UTH for bedre, at kunne skabe læring internt og på tværs af tilbud.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Samtlige Ældreområdetets sygeplejersker har været på Psykiatri -kursus i efteråret 2017 med eksterne undervisere
- Der har været iværksat undervisning i korrekt medicinbehandling efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger om korrekt håndtering af medicin. I den forbindelse indført er medicin måtten og DoseCan indført, som teknologiske hjælpemidler til både borger og medarbejder.



## **Hedensted Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Mette Hartvig Pedersen

**Arbejdssted:** Staben, Hedensted Kommune

**Adresse:** Ny Skolegade 4

**Postnummer og by:** 8723 Løsning

**E-mail:** Mette.H.Pedersen@Hedensted.dk

**Telefonnummer:** 79 75 58 06

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

### **Voksenhandicap, Social Omsorg:**

Almen praksis: Proceduren er nu, at der sendes en mail til lægen, så vi får den lægefaglige information på skrift.

Apotek: Dosisdispenseret medicin fra apoteket tjekkes med FMK og den interne medicinliste. Alle poser tjekkes ligeledes for navn, dato, klokkeslæt og indhold inden udlevering. Ligeledes bliver præparater til dispensering sammenholdt med medicinskemaet i FMK og den interne medicinliste.

Sygehus: Alle borgere har en mappe som indeholder: medicinskema, en borgerbeskrivelse i forbindelse med sygehusindlæggelse (beskrivelse af de vigtigste ting omkring borgeren) samt en fyldestgørende funktionsbeskrivelse. I mappen ligger der ligeledes en procedure for udskrivelse fra sygehuset. Nogen gange udfylder afdelingen formularen til botilbuddet, andre gange foregår det i samarbejde med bostedet og sygehus, og indimellem grundet travlhed er afdelingen ikke interesseret i at samarbejde om at udfylde formularen.

Formularen afdækker relevante punkter som: ny medicin, recepter, almen tilstand v/udskrivelsen, nye hjælpemidler, opfølgende sygehus-/lægekontrol, kontakt til special læge, genoptræningsplan ol..

Mappen anvendes også, når det drejer sig om undersøgelser på sygehuset.

### **Seniorafdelingen, Social Omsorg:**

Her har man i distrikterne arbejdet med at have fokus på medicin i FMK i sektorovergangen.

### Projekt: Følge hjem-ordningen med HEH.

Hedensted Kommune deltager i et 2-årig projekt (2017-18) med HEH. Projektet skal sikre den ældre medicinske patient en god udskrivelse og den gode sektorovergang fra sygehus til kommune. Patient og eventuelt dennes pårørende, repræsentant fra sygehuset og en akut sygeplejerske fra kommunen mødes i patientens hjem efter udskrivelse. Akut sygeplejersken sikrer den gode overlevering til hjemmesygeplejen.

## Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?

### Social Omsorg:

#### TOBS

Seniorafdelingen har implementeret TOBS. Alle plejepersonaler og sygeplejersker i kommunen udfører TOBS og har udstyr til at udføre. Når en borger viser "Tidlige tegn" på sygdom eller ændret adfærd, triggeres borgeren i systemet Appinux og der udføres TOBS. Dataene dokumenteres i omsorgssystemet og indgår i en udredning og handleplanen.

Modsat mange andre kommuner hvor det kun er sygeplejersken der TOBSer, har Hedensted kommune valgt, at alle skal TOBS'e. Når alle kan TOBS'e, sparer det tid og højner kompetencen inden for alle grupper og øger kvaliteten af den plejen borgeren modtager.

I Voksenhandicap har al personale været på en temadag om TOBS og oplært i at kunne TOBS'e borgerne. For at sikre kvaliteten af implementeringen, er der fortsat fokus på at italesætte TOBS. Personalet bliver derfor løbende mindet om vigtigheden af, at anvende TOBS.

### Voksenhandicaps bosteder har haft fokus på:

- Til personalet er der udarbejdet en mappe med information. Mappen indeholder diverse procedurer ift. medicin håndtering, FMK, UTH, hygiejne, TOPS m.m. samt finde link til yderligere information på internettet.
- Overordnet set, så arbejdes der løbende med at sikre, at personalet er bekendt med korrekt medicin håndtering.
- Alle nye personaler gennemgår en introduktion i medicin håndtering – denne gradueres i omfang alt efter om det er en fastansat, vikar eller studerende. Det nye personale og det faste personale skriver begge under på, at introduktionen har fundet sted.
- TOBS
- Alle borgere i risikogruppen har været ved lægen for at få influenza-vaccine.
- Der er stor opmærksomhed på, at alle laver en UTH-indberetning, når der sker fejl ift. medicindosering, udlevering, opbevaring m.m., mhp. fremadrettet at minimere fejl og derved at mindske risiko for mistrivsel hos borgerne.
- I efteråret har et af bofællesskaberne haft skærpet fokus på at sikre, at FMK var korrekt opdateret efter indlæggelse. Det var en tidskrævende opgave at sikre, at borgeren fik den korrekte medicin. FMK kunne være opdateret, men nye/ændrede ordinationer var ikke ført ind.

### Seniorafdelingens teams har haft fokus på:

- Medicin dosering.
- Sikret labels på alle dosetter til identifikation.
- Lommeudgave af retningslinjer for medicin dosering som sygeplejerskerne. Har vist at have en effekt i forhold til en reduktion af fejdoseringer.
- Det er indført, at sygeplejersken udfylder et kort ved hver dosering. På kortet noteres der, hvilken medicin der skal afhentes på apoteket før næste dispensering. Borgeren tager kortet med til apoteket. Tiltaget har haft god effekt ift. at sikre, at vi undgår efterdosering, og dermed undgå fejl ved efterdosering.
- I hele distrikt Midt, har implementeringen af medicin måtter haft en god effekt. Måtten bidrager til et bedre overblik og sikre dermed en korrekt op hældning. Der er fortsat stor fokus på at tælle efter, ved endt dosering.
- Ledelse har fortsat stor fokus på, at personalet rapporterer alle medicin fejl.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I Social Omsorgs Patientsikkerhedsstrategi 2017, har temaerne for øget fokus været:

1. Temaerne fra Styrelsen for Patientsikkerhed er **medicinhandling og prøvesvar**
2. Social Omsorg's fokus er **medicinadministration (udlevering, indgift, indtagelse)**. Afdæk problemstillinger og find fælles løsninger.

### **Andet**

Risikomanager videreformidler løbende ny viden og opmærksomhedspunkter til de UTH-ansvarlige sagsbehandlere. Herunder info og anbefalinger fra STPS og Sundhedsstyrelsen.

## **Herning Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Janett Bech Valeur

**Arbejdssted:** Herning Kommune

**Adresse:** Vestergade 92

**Postnummer og by:** 7400 Herning

**E-mail:** [psgja@herning.dk](mailto:psgja@herning.dk)

**Telefonnummer:** 20 18 43 18 / 96 28 44 57

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I Herning Kommune har vi dagligt fokus på at rapportere utilsigtede hændelser ved sektorovergange, da det her synliggøres, hvor udfordringerne er.

Risikomanager samarbejder med Regionen via medicineringsrådsmøder samt tværsektoriel samarbejdsgruppe omkring patientovergange.

For at sikre patientovergange udføres der udskrivningsbesøg samt opfølgende hjemmebesøg. Udskrivningsbesøg udføres hos alle patienter indenfor 24 timer efter udskrivelse hvor opfølgende hjemmebesøg henvender sig til svækkede patienter, hvor risikoen for genindlæggelse er stor.

Herning Kommune indgår i samarbejde omkring Min Medicin Med - projekt afholdt af Hospitalsenheden Vest, som har fokus på implementering af nye arbejdsgange omkring patienternes egen medicin.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicinhåndtering er fortsat genstand for en særlig indsats i Herning Kommune. I 2017 er der i Sundhed & Ældre, Herning Kommune udarbejdet en ny og omfattende instruks for Medicinhåndtering, som indeholder procedurer for håndtering af medicin på praksisplan.

Farmaceut ansat i Herning Kommune vejleder/underviser personalet i medicinhåndtering så medarbejdernes kompetencer udbygges og vedligeholdes. Der bliver månedligt udsendt Medicinposten, via kommunens farmaceut, hvor der kan læses om diverse præparater, gode råd og facts.

Herning Kommunes farmaceut besøger jævnligt distrikter samt plejecentre og gennemgår beboernes medicin i samarbejde med medarbejdere.

Herning Kommunes farmaceut fungerer som konsulent i forhold til plejepersonalets lægemiddelspecifikke spørgsmål, observationer osv.

Der undervises i medicinhåndtering via e-learning.

Der er planlagt medicin håndterings audit - med udgangspunkt i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsmålepunkter. Audit afholdes af farmaceut konsulent og sygeplejefaglig konsulent.

Journalføring/dokumentation har i 2017 været genstand for en særlig indsats. Der er nedsat arbejdsgruppe, hvor der arbejdes på praksisplan med forståelse af dokumentation samt refleksion over værdifuldt indhold. Arbejdsgruppens medlemmer er praksispersonale, som fungerer som ressourceperson lokalt for deres kollegaer.

Der laves audit på dokumentation - med udgangspunkt i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsmålepunkter. Audit afholdes af lokalt medlem fra arbejdsgruppen samt sygeplejefaglig konsulent. Resultater formidles videre lokalt.

I 2017 har plejecentre i Herning Kommune deltaget i HALT 3 - som er et dansk/europæisk prævalensaudit om infektioner på plejehjem. Resultaterne skal bidrage til videre arbejde samt fokus på infektioner på plejecentre.

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der arbejdes med at udvikle lærings- og forbedringsarbejdet på baggrund af rapportering af utilsigtede hændelser, samt at skabe åbent og tillidsfuld kultur blandt medarbejdere.

Der er igangsat arbejde med uddannelse og opdatering af lokale sagsbehandlere i forhold til læring i et åbent og tillidsfuld kultur. Dette gøres via skriftligt materiale samt kursus-tiltag.

Herning Kommune afventer muligheden for samlerapportering.

#### **Andet**

Herning Kommune deltager i Vestklyngens netværk for risikomanagers samt i samarbejdet omkring patientsikkerhed i sektorovergange.

## **Holstebro kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Pia Hingebjerg, Chefkonsulent, kvalitet, patientsikkerhed og arbejdsmiljø.

**Arbejdssted:** Social, Sundhed og Arbejdsmarkedsafdelingen Holstebro Kommune.

**Adresse:** Kirkestræde 11

**Postnummer og by:** 7500 Holstebro

**E-mail:** pia.hingebjerg@holstebro.dk

**Telefonnummer:** 22 11 34 92

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er stor fokus på overgange både internt i kommunen, mellem region og kommune og mellem almen praksis og kommune.

Det store arbejde har været implementering af Fælles Sprog 3. Det er en forventning, at brugen af det tværfaglige dokumentations redskab kan medvirke til fremme koordinering af fælles indsatser og skabe sammenhæng i indsatserne, samt øge læring og mindske utilsigtede hændelser.

Der er et vedholdende og konstant arbejde med at sikre borger og patientovergange.

Der er arbejdet med at få fasttilknyttede praktiserende læger på Botilbud og på Plejecentre.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På Sundhedsområdet er der arbejdet med revision af instrukser og implementering af procedure redskabet PPS – Praktiske Procedurer i Sygeplejen.

Der været fokus på hygiejne forhold til afbrydelse af smitteveje.

Der har været fokus på Tryksår og risikovurdering i forbindelse med det.

I plejeboligerne har der været særlig fokus på medicinhåndtering, da det fortsat er her der opstår flest utilsigtede hændelser.

Derudover har der været fokus på forebyggelse af underernæring. Der er bl.a. udarbejdet screeningsredskab og procedure for systematisk anvendelse af dette til opsporing og iværksættelse af indsatser.

På socialområdet (psykiatri, handicap, misbrug og socialt udsatte) – har der også været særlig fokus på medicinhåndtering og der er planlagt kompetenceudvikling for medarbejderne.

Vurdering og indsats i forhold til forebyggelse af fald er i opstartsfasen.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Fælles beslutninger omkring brug af FSIII
- Opdaterede instrukser på Sundhedsområdet
- Reviderede Fælles kommunale retningslinjer omkring Medicinhåndtering på Socialområdet –jævnfør Den Danske Kvalitetsmodel.

## **Horsens Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Alice Teckemeier

**Arbejdssted:** Sundhed og Omsorg

**Adresse:** Rådhuset 4

**Postnummer og by:** 8700 Horsens

**E-mail:** [teck@horsens.dk](mailto:teck@horsens.dk)

**Telefonnummer:** 76 29 38 20

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

På tværs i kommunen anvendes en fælles elektronisk borgerjournal. Det sendes adviser på tværs af organisationen når der skal gives informationer om fælles borgere.

I forhold til hospitaler, apoteker og almen praksis anvendes dels elektronisk korrespondance dels telefonsamtaler.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Da der er konstateret en række uheldsmæssige udskrivelser er der igangsat et arbejde der skal imødekomme disse. Arbejdstitlen er: "Kom godt hjem"

I forhold til demensområdet tilrettelægges og gennemføres kompetenceudvikling af personalegrupperne

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Sygeplejen er under omstrukturering, herunder etablering af akutsygepleje

Fortsat fokus på mønstre og tendenser i forhold til rapporterede utilsigtede hændelser



## **Ikast-Brande Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bettina Grøne

**Arbejdssted:** Ikast-Brande Kommune

**Adresse:** Frisenborgparken 26

**Postnummer og by:** 7430 Ikast

**E-mail:** [begro@ikast-brande.dk](mailto:begro@ikast-brande.dk)

**Telefonnummer:** 99 60 44 05

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Opstartet regionalt projekt DÆMP 2 – ”Kom godt hjem – udskrivelse af de svageste ældre”. Et projekt der lige nu er i afprøvningsfasen og udrulles i 2018.

Der arbejdes internt med konceptet relationel koordinering for at sikre overgange og sammenhængende forløb på tværs af kommunens fagområder i komplekse borgersager.

Der er udarbejdet hændelsesanalyser af interne overgange ved opstået UTH'er.

Der er afholdt fokusuge med temaet ”Sikker Medicin” på ældreområdet og udvalgte enheder på Psykiatri- og Handicap området. Her er afprøvet og efterfølgende implementeret forskellige redskaber der understøtter sikker medicinhandling.

Der samarbejdes med Hospitalsenhed Vest om Min Medicin Med, hvor borgere der indlægges får sendt alt medicin med på sygehuset hvor det bliver gennemgået.

Der er udarbejdet samarbejdsaftale mellem sygeplejen og PH, for at styrke det sygeplejefaglige samarbejde.

Ledsagerordning hvor der bl.a. fra botilbud sendes en ledsager med ved indlæggelse.

Der arbejdes med kvalificering af kommunikation på tværs af sektorer via Medcom og FMK.

Der afholdes møder med apoteket omkring kommunikation – hvordan egen kommunikation og brug af systemet kommer til udtryk og kan ses hos den anden part.

Der er afholdt 2 besøgdage mellem hjemmesygeplejen og urinvejskirurgisk afdeling for at opnå kendskab til hinandens arbejdsgange.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Fald

Medicinfejl

Borgere med dysfagi

Audit på indlæggelser af beboere på plejecentre.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udarbejdet patientsikkerhedsinstrukser og tjeklister til medicinadministration og håndtering samt indkøbt systemet Praktiske Procedurer i Sygepleje (PPS).

## **Lemvig Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Ane Margrethe Kamstrup og Majbritt Borg

**Arbejdssted:** Sundhedsafdelingen

**Adresse:** Nygade 16

**Postnummer og by:** 7620 Lemvig

**E-mail:**

**Telefonnummer:** 96 63 11 81

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi får meget få uth´er i sektorovergange mellem primær og sekundær sektor – begge veje. Borger med komplekse udfordringer har vi internt i Kommunen afholdt teammøder, hvis de flytter fra en aflastningsplads og til eget hjem. Her deltager relevante faggrupper såsom hjemmesygepleje, hjemmeplejen, ergoterapeuter, visitation m. flere.

Dette for at lave klare aftaler om, hvad der er behov for hjælp til samt forventningsafstemme med borgere og pårørende.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Fokus på medicin.

Der er italesat, at ingen borgere sulter – alle får mad og drikke, men hvordan kan medicinen glemmes?

Uanset hvor travlt personalet har, får borgerne mad, så der er italesat at mad og medicin "følges ad". Enkelte steder har man lavet ændrede arbejdsgange, for at sikre at borgerne får deres medicin.

En enkelt sag har udmundet i kerneårsagsanalyse. Resultatet af analysen, var at der var handlet efter forskrifterne, men det blev tydelige at den grundlæggende sygepleje og den skriftlige dokumentation af det faktuelle forløb er i orden.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Indberetningen og sagsopfølgningen, er et indsatsområde, som der arbejdes med på mange niveauer. Her er der stor opmærksomhed på, at italesætte at formålet er læring og dermed højne sikkerheden omkring borgerne.

## **Norrdjurs Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Asbjørn Rosendal

**Arbejdssted:** Norrdjurs kommune, Sundhed og Omsorg

**Adresse:** Østergade 36

**Postnummer og by:** 8500 Grenaa

**E-mail:** [asr@norrdjurs.dk](mailto:asr@norrdjurs.dk)

**Telefonnummer:** 40 11 32 29

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi arbejder både internt og eksternt med sikker kommunikation. Vi har internt haft fokus på patientsikkerhed i sektorovergange, hvilket bl.a. har medført en stigning på mere end 100% i antal rapporterede tværsektorielle hændelser over en periode på 6 måneder.

Vi har også i samarbejde med Regionshospitalet Randers iværksat projektet "Dem, vi ikke kender", hvor en visitator fra Norrdjurs kommune opholder sig på Regionshospitalet og allerede her møder de borgere, som vi ikke tidligere har kendt, og som efter udskrivelse skal modtage ydelser fra os. Her arbejder vi bl.a. med mere patientinddragelse end det før var muligt, og vi skaber mere sikre overgange.

Det tætte samarbejde var også repræsenteret på Norrdjurs kommunes seneste patientsikkerheds-dag, hvor oplægsholdere fra Regionshospitalet Randers og Regionspsykiatrien Randers deltog i dialog med hele ledergruppen fra social- og sundhedsområderne og samtlige patientsikkerheds-nøglepersoner.

På denne måde arbejder vi med synlighed i samarbejdet, bl.a. via udvidet kendskab til hinandens procedurer og strukturer.

Flere af plejecentrene har fået plejecenterlæger, hvilket øger kvaliteten i behandlingen og kommunikationen væsentligt.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der er øget fokus på medicin håndteringen for at forebygge relaterede UTH'er. Dette indebærer, at vi på vore interne kommunale tilsyn inkluderer medicintjek ved risikomanageren. Vi har også skabt fælles medicin håndterings-instrukser for både socialområdet og sundheds- og omsorgsområdet, og sikrer introduktion til disse via E-læring.

Siden januar 2017 fungerer risikomanageren samtidigt konsulent for primært medicin-relaterede indsatser. Vi har i en periode haft øget fokus på tryksår og infektioner, da vi formodede, at disse blev underrapporteret.

Vi har særlig opmærksomhed på FMK-relaterede UTH'er og fejl/mangler.

Vi arbejder fortsat med konsolidering af TOBS som værktøj.

For at sikre kvaliteten i udførelsen af sygeplejeopgaver har vi udarbejdet nye kompetenceprofiler for medarbejderne, der varetager pleje- og sygeplejeopgaver.

For at sikre kvaliteten af UTH-sagsbehandlingen introduceres alle sagsbehandlere ved risikomanageren, og der er produceret lokale vejledninger.

For at sikre vidensdelingen er der udarbejdet en patientsikkerhedsstrategi, der fungerer som en handleplan i forhold til hvordan man helt fra ledelsesplanet og ned sikrer handling, forebyggelse, vidensdeling og læring.

Der afholdes flere ERFA-møder med stor tilslutning, hvor vi erfaringsudveksler og idéudvikler bl.a. forbedringsinitiativer.

Vi har haft massivt fokus på indrapporteringskulturen, og har år til dato oplevet en stigning i antal indrapporteringer på ca. 60% sammenlignet med 2016.

Nyt tiltag, hvor alle ledere hvert kvartal indsender oversigt til risikomanager over igangværende forbedringsinitiativer.

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Intern genformidling af materiale til udlevering til brugere og pårørende omkring muligheden for at indrapportere UTH'er.

Egen produktion af sagsbehandlingsvejledning på baggrund af efterspørgsel.

Udvikling og implementering af nyudviklet patientsikkerhedsstrategi, der internt formulerer organisationens mål for arbejdet med patientsikkerhed samt retningen hertil.

Månedlige autogenerated rapporter til hver enhed fra DPSD.

Personlig meddelelse fra risikomanageren ved for gamle sager i DPSD.

Nyhedsbreve med tal, udviklinger og nyttig information.

Løbende undervisning af nøglepersoner samt tilbud om sparring ved risikomanageren.

Årsrapport udarbejdes, som behandles politisk.

#### **Andet**

Vi arbejder for at arbejdet med patientsikkerhed skal være meningsfuldt og præget af gennemsigtighed og åbenhed gennem alle organisationslagene. Vi vægter at give noget værdifuldt tilbage til indrapportørerne.

## **Odder Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Christina Andersen Visitator

**Arbejdssted:** Odder Kommune

**Adresse:** Vitavej 67, dør 4

**Postnummer og by:** 8300 Odder

**E-mail:** christina.andersen@odder.dk

**Telefonnummer:** 87 80 37 86

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Uth'er vedr. patientovergange bliver rapporteret –mhp læring.

Vi har i 2017 startet projekt med en enkel afdeling på Horsens sygehus, hvor udskrivelsen bliver planlagt med patient og personale via skærmmunikation. Det forventes i 2018 at skærmmunikation udvides til flere afdelinger og dermed kan inddrages i flere udskrivelser. Skærmmunikationen bevirker at både personale og borger er inddraget i aftalerne omkring udskrivelsen på samme tid, hvilket meget gerne skulle medvirke til at sikre sektor overgangene.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der ses tydeligt i uth'erne at medicinering/FMK/EPJ er omdrejning når der tales patientrisici ved sektorovergange.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Vi har i 2017 besluttet at der indkaldes til årsmøde for ledergruppen. Her bliver der gennemgået statistik på området samt hændelser kan drøftes. Indsats for næste år vil også blive aftalt.

Vi vil også her beslutte særlige indsatsområder/fokusområder for det næste år.

Desuden påmindelse om at enhederne husker at have uth'erne i fokus og italesætte på personalemøder, at de skal rapporteres.

Jeg har brugt mange timer i 2017 på at få rapportssystemet til at fungere. Det er nu således at der sendes mdr, rapport, kvartals rapport og årsrapport til enhederne. Dette skulle meget gerne bidrage til at give et bedre overblik for det enkelte sted, samt mulighed for at arbejde mere i dybden.

## **Ringkøbing-Skjern Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Margrethe Siig

**Arbejdssted:** Sundhed og Omsorg, Ringkøbing-Skjern Kommune

**Adresse:** Rødkløvervej 4

**Postnummer og by:** 6950 Ringkøbing

**E-mail:** [margrethe.siig@rksk.dk](mailto:margrethe.siig@rksk.dk)

**Telefonnummer:** 99 74 15 89

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Især forebyggelse af fejl i overgangen mellem sygehusindlæggelse og udskrivelse til egen bolig/ kommunalt tilbud har haft opmærksomhed og vi har udarbejdet en lokal model for sygeplejekoordinatorfunktion, der skal sikre en mere sikker overgang for patienten. Funktionen implementeres i 1. kvartal af 2018.

Der udover arbejder Vestklyngen i Region Midt med udskrivessamtaler, modtagebesøg efter indlæggelse og specialiseret rådgivning fra udskrivende afdeling som led i indsatserne i den nationale handlingsplan for "Styrket indsats for den ældre medicinske patient (Satspuljen).

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicinhåndtering er et kontinuerligt indsatsområde, hvor flere initiativer arbejder sideløbende, blandt andet:

- Et løbende undervisningsmodul for social- og sundhedshjælpere i medicinhåndtering,
- "Egenkontrol", hvor 2 medarbejdere i hver enhed er undervist i at undersøge, vurdere og give tilbagemeldinger på den faglige kvalitet i naboenhed ud fra valgte instrukser
- Kvalitetsudviklingsprojekt for social- og sundhedsassistenter i medicingennemgang/kontrol af kroniske sygdomme med undervisning og træning ved farmaceut.

Hygiejne, herunder udarbejdelse og implementering af instrukser for hygiejniske principper på plejecentre og håndtering af vasketøj

Fald, hvor netværk af faldnøglepersoner med særlige kvalifikationer skal arbejde med udredning og analyse af faldepisoder med henblik på forebyggelse

Tidlig opsporing af begyndende sygdom, hvor undervisning, instruks, TOBS tasker skal medvirke til at sikre rettidig udredning og behandling af borgere, så indlæggelse kan forebygges/undgås.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der arbejdes på flere niveauer med patientsikkerhed.

Årligt gennemgås statistik, mønstre og udfordringer med ledergruppen med henblik på skærpet opmærksomhed og identifikation af indsatsområder.

Årligt tilbydes enheder en gennemgang af den lokale statistik med opmærksomhedspunkter og analysemode på personalemøde.

Advarsler og særlige opmærksomhedsområder fra Styrelsen for patientsikkerhed kommunikeres løbende til ledere og medarbejdere.

**Andet**

Fra 1. kvartal 2018 implementeres central introduktion for alt plejepersonale for at sikre et fælles grundlæggende fundament for arbejdet med borgere og pårørende i kommunen. Programmet omfatter flere punkter, der vedrører patientsikkerhed.



## **Samsø Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risiko Manager Lise Beyer Gommesen

**Arbejdssted:** Social og Beskæftigelsesforvaltningen Samsø Kommune

**Adresse:** Søtofte 10

**Postnummer og by:** 8305 Samsø

**E-mail:** aulg@samsøe.dk

**Telefonnummer:**

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Da Samsø er en lille kommune, hvor de forskellige sundhedsaktører kender hinanden, er der gode samarbejdsmuligheder mellem sygepleje, hjemmepleje, plejecenter, botilbud, almen praksis og apotek. Der bliver løbende afholdt sagsbehandlermøde med deltagelse af de forskellige interne faggrupper i kommunen.

Risiko Manager for Samsø Kommune har påbegyndt tværsektorielt samarbejde med Region Midtjylland og Århus kommune i form af netværksmøder.

Der arbejdes med "Én indgang" til kommunen i form af en nyoprettet funktion.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Fald

Der har i 2017 været fokus på fald og i den forbindelse henvisning til udredning på faldklinik. Der arbejdes på at få ansat en faldforebyggelsesmedarbejder i kommunen.

#### Medicinering

En målrettet indsats inden for medicinering har nedbragt antallet af indberetninger i forhold til fejl i doseringen. Der har ligeledes været arbejdet målrettet blandt alle faggrupper på at ændre arbejdsgange i forhold til "Medicin ikke givet". Effekten heraf vil der blive målt på i løbet af 2018.

#### Dokumentation

Grundet Risiko baseret tilsyn samt overgang til Fællessprog 111 har der været stor fokus på dokumentation i det sidste halvår af 2017.

Der er udarbejdet instrukser og procedurer. Alle medarbejdere har modtaget undervisning i Fællessprog 111 metoden og brugen af den elektroniske omsorgsjournal. Herudover har alle so-su hjælpere modtaget ekstra undervisning i dokumentation og medicinhåndtering.

Der er planlagt formaliserede journalaudit inden for alle teams 2 gange årligt med henblik på dokumentationslæring.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Alle relevante medarbejdere i Social og Beskæftigelsesforvaltningen har modtaget undervisning i patientsikkerhed og indberetning af Utilsigtede Hændelser.

Nye medarbejdere kommer løbende til undervisning, hvilket blandt andet også er årsag til, at der kan bibeholdes et stort fokus på målrettet indberetning af Utilsigtede Hændelser blandt resten af basispersonalet.

Dette bevirker bl.a., at arbejdet med Patientsikkerhed i Samsø Kommune er blevet en del af kulturen og et dagligt arbejdsredskab som bruges til læring.

## **Silkeborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Marie Louise Daugaard

**Arbejdssted:** Sundheds- og Omsorgsafdelingen

**Adresse:** Søvej 3

**Postnummer og by:** 8600 Silkeborg

**E-mail:** mlda@silkeborg.dk

**Telefonnummer:** 21 24 64 11

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Kommunen deltager i Risikomanagernetværk i Midtklyngen, hvor der er stort fokus på tværsektorielle hændelser.

Vi har et kommunalt netværk, hvor Risikomanager sammen med de enkelte afdelingers sagsbehandlere mødes 4 gange årligt og drøfter alvorlige hændelser med henblik på at drage erfaring af andres læring.

Risikomanager deltager desuden i fastlagte møder med Socialafdelingens sagsbehandlere (Voksenpyskiatri og sociale tilbud).

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Vi arbejder med samlerapportering og har stort fokus på lokal læring og dermed forbedring af arbejdsgange.

Vi er en del af I sikre hænder og er begyndt en spredning af enheder, der deltager.

Vi har stort fokus på medicin håndtering og arbejder kontinuerligt med forbedring af arbejdsgange.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Vi er en patientsikker Kommune og alt hvad vi gør, har fokus på patientsikkerheden.

## **Skanderborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Maj Brit Harding

**Arbejdssted:** Skanderborg Kommune

**Adresse:** Skanderborg Fælled

**Postnummer og by:** 8660 Skanderborg

**E-mail:** maj.brit.harding@skanderborg.dk

**Telefonnummer:** 30 57 47 83

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Det sidste ½ år har en visitator været fast på Horsens Sygehus i brobyggerfunktionen mhp at sikre patientovergangen.

Der er 4 sygeplejersker i Skanderborg Kommunes Akutteam, som varetager den akutte sygepleje i eget hjem. Via tæt kontakt mellem akutsygeplejersken og sygehuslægerne er det muligt at udskrive borgerne tidligere efter en indlæggelse f.eks. med henblik på at færdiggøre iv. væske- eller antibiotikabehandling.

Ved udskrivelse er der øget fokus på om der er overensstemmelse af medicinliste, ordineret medicin og doseret medicin. Da der i forbindelse med overgangen til nyt omsorgssystem i perioder været udfordringer med at få adgang til FMK.

Der har været en utilsigtet hændelse, hvor sygehus, egen læge, hjemmeplejen og præhospitalet alle har været en del af hændelsen. Via den hændelse har vi lært meget, som er blevet videns delt. Hændelse har også øget fokus på at få rapporteret hændelser i sektorovergangen.

Enkelte områder har valgt en sygeplejerske som tovholder for indberetningen af uth i sektorovergangen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der rapporteres ofte om fejlmedicineringer og manglende medicingivning:

Der er fokus på fejlmedicinering. Der er en risikoordinator, som har indført patientsikkerhedstavler med succes. Det forventes at denne læring videre bringes til de øvrige områder i 2017. Der er afprøvet forskellige hjælpemidler med henblik på at nedbringe antallet af glemte medicingivninger og udarbejdet et medicin håndtering- Screeningsværktøj, som skal medvirke til at sikre at borger får sin medicin. Dette implementeres i 2017.

Forebyggelse af uth pga. manglende adgang til procedurebeskrivelser:

Alle medarbejdere fik den 1. juni adgang til PPS (Praktiske procedure i sygeplejen). Herved sikres let adgang via tablet til evidensbaseret procedure.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er fokus på udviklingen af patientsikkerheden i hele organisation.

Alle UTH'er bliver anonymiseret og registret i vores ledelsesinformationssystem med henblik på, at lederne let skal kunne skabe sig et overblik over status og udvikling samt trækkes statistikker i deres område.

Dette er valgt på baggrund af, at det er et kendt system og som lettere arbejdsgangen for den enkelte.

Denne løsning har skabt større fokus på området, da data nu er let tilgængeligt. Risikokoordinatorerne og Risikomanager arbejder forsat i DPSD.

## **Syddjurs Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lene Vesterager

**Arbudssted:** Sundhed, udvikling og kvalitet

**Adresse:** Lundbergsvej 2

**Postnummer og by:** 8400 Ebeltoft

**E-mail:** lve@syddjurs.dk

**Telefonnummer:** 21 70 21 23

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Overgange mellem afdelinger i kommunen.

Der er lavet intern kvalitetsovervågning af koordination mellem sektorer og interne afdelinger der er med til at kvalificerer etablering af ny dokumentationspraksis i et nyt omsorgssystem i 2018.

Sygeplejen er blevet omorganiseret i mindre geografiske grupper med det formål at skabe et større kendskab til borger og derved tilgodese kontinuitet i sygeplejen og derved at øge patientsikkerheden og borgertilfredshed. Der har også været særlig fokus på kompetencer og delegering af opgaver fra hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Der er etableret overdragelse møder sammen med borger ved udskrivelser fra Syddjurs rehabiliteringsafdeling og til borgerhjemmet.

#### Overgange mellem kommune og sygehus

Der har i Randers Klyngen været fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser hos borgere i plejeboliger. I 3 mdr. blev alle indlæggelser fra Syddjurs kommune analyseret og konklusion var at ingen indlæggelser/genindlæggelser kunne forebygges. Der har også været fokus på indlæggelse og udskrivelse bl.a. at medsende opdateret og ud printet anamnese, sygeplejefaglig udredning, ajourført medicinskema samt døgnrytmeplan ved indlæggelse. At der tages telefonisk kontakt til afdeling med henblik på forventningsafstemning og sikre information. Ved udskrivelse at modtage information/ansvars overdragelse mundtligt pr. telefon fra behandlende afdeling og efterfølgende at sikre modtagelse af udskrivelses rapport, der stemmer overens med det aftalte.

#### Sociale bosteder:

Borgere i sociale bo enheder har ofte komplekse sundhedsfaglige og pædagogiske problemstillinger, som de ikke selv er i stand til at formidle og for at sikre at vigtige oplysninger ikke går tabt er der blevet udarbejdet en mappe til ledsagelse af borger til hospital som indeholder:

- Beskrivelse af borgers kognitive og fysiske funktionsniveau
- Opdateret medicinliste
- Instruks i forhold til nye retningslinjer for ledsagelse af borger til hospital

#### Opbevaring af borgers medicin under indlæggelse:

Personalet har oplevet, at det ikke har været muligt at opbevare borgeres medicin sikkert under indlæggelse og har derfor indskærpet, at det er hospitalsafdelingens ansvar at dispensere og håndtere den indlagte borgers medicin. Vi lod ellers borgers doserede medicin følge med ved indlæggelse, fordi vores borgere ofte

får en del speciel medicin, men på grund af, at det ikke er muligt at opbevare medicinen sikkert, altså aflåst og uden adgang til doseret medicin for andre, har vi ændret procedure.

#### Overgang fra plejecenter til andet plejecenter

Ved indflytning af beboere afholdes et indflytnings besøg på stedet for sammen tværfagligt at sikre relevant vurdering og kendskab til beboeren og at der sikres kontakt til egen læge indenfor de første dage og heraf ajourføring af journal og medicinafstemning.

#### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

I hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, rehabiliterings afdeling og plejeboliger deltages i programmet I sikre hænder, hvor vi i 2017 har haft særligt fokus på tryksårstruet borgere.

I hjemmeplejen har også været særlig fokus på dysfagi borgere mhp ernæring og medicin.

I tandplejen har der været fokus på infektion hygiejniske retningslinjer, journalisering, medicin håndtering, delegation og kvaliteten af røntgen billeder bl.a. er journalsystemet blevet opdelt i en tandplejedel og en tandreguleringsdel for at gøre systemet mere overskueligt.

I aktivitetscentre er størstedelen af utilsigtede hændelser fald og nærved fald. Vi arbejder med at forebygge fald ved at blive endnu bedre til at vurdere, hvilke borgere der skal have ekstra støtte i forbindelse med forflytninger fx mellem maskiner og i forbindelse med toiletbesøg, ind og udstigning af bus.

I sociale bo enheder har det været fokus på TOBS for at sikre at borgere, som ofte ikke selv kan give udtryk for at de er utilpasse eller har ondt, får målt vitale værdier for at sikre en tidlig indsats uanset faglig baggrund.

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I Syddjurs kommune er den faglige udmelding for 2017 at vi fortsætter kvalitetsovervågning efter DDKM mhp på akkreditering i 2019. Der arbejdes ligeledes med programmet I sikre hænder og med særlig fokus på den kliniske intervention tryksårsforebyggelse og udbredelse af en varig forbedrings platform.

Alle medarbejder skal gennemgå førstehjælpskursus.

Sagbehandlingstiden for UTH skal nedbringes.

## **Viborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Anne Skov

**Arbejdssted:** Viborg Kommune

**Adresse:** Prinsens Allé 8

**Postnummer og by:** 8800 Viborg

**E-mail:** zas@viborg.dk

**Telefonnummer:** 22 28 01 52

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Eksterne sektorovergange:

Der arbejdes systematisk med utilsigtede hændelser i sektorovergange bl.a. ved deltagelse i det tværsektorielle netværk af risikomanagere i Midtklyngen.

Der pågår et samarbejde mellem Hospitalsenhed Midt, Viborg og Viborg kommune, hvor de enkelte sager fra DPSD tages op med henblik på læring og optimering af arbejdsgange i forbindelse med udskrivelser. Der har i 2017 bl.a. været særlig fokus på medicin håndtering, herunder medicindispensering ved udskrivelse. Desuden har der været nedsat en analysegruppe, der har arbejdet med utilsigtede hændelser, hvor der sendes gentagne varslinger om udskrivelse fra hospital til kommune inden borgeren reelt udskrives. Analysen har vist, at der i de enkelte sektorer er for lille indsigt i hinandens arbejdsgange samt hvad der er hensigtsmæssigt på hver side af sektorerne. Der arbejdes videre med optimering af dette i 2018.

#### Samarbejde med Apoteker:

Viborg Kommune mødes med kommunens apoteker fire gange om året. Her drøftes hvilke problemstillinger, der er i overgangene samt hvordan disse kan løses.

#### Interne sektorovergange:

I forbindelse med implementering af nyt EOJ system og FSIII, er alle interne arbejdsgange vedrørende interne sektorovergange gennemgået. Det har medført optimering og ændring af interne arbejdsgange, så borgerens overgange mellem afdelinger i kommunen sikres.

I kommunen har vi løbende utilsigtede hændelser, hvor der bliver lavet hændelsesanalyser. Her er der fokus på at eliminere huller i forhold til patientsikkerheden både internt og eksternt.

I hvert kvartal udarbejdes en kvartalsrapport, hvor der bl.a. er fokus på sektorovergangshændelser samt hvilke hændelsestyper de utilsigtede hændelser omhandler. Der er stadig fokus på, at sektorovergangshændelser indrapporteres i DPSD.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Medicin håndtering:



Medicinhåndtering udgør hovedparten af rapporterede utilsigtede hændelser i Viborg kommune. Der er stadig fremadrettet brug for et fortsat og vedholdende fokus på forskellige aspekter af medicinhåndtering.

#### Forbedringsindsatser:

I foråret 2017 indførtes TOBS algoritmen. Der er fokus på kontinuerligt anvendelse af TOBS algoritmen med fokus på systematisk observation, dokumentation og klare behandlingsmål.

Lokalt fokus på hændelser, hvor vi ser på en samling af utilsigtede hændelser. Her ser vi på og drøfter hændelserne lokalt, eksempelvis ikke givet medicin. Ved at se på hændelserne samlet finder vi mønstre og tendenser, som vi kan opsætte handlinger for.

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der arbejdes fortsat med at udvikle lærings- og forbedringsarbejdet på baggrund af rapportering af utilsigtede hændelse. Ligeledes er der fortsat fokus på at skabe en åben, tillidsfuld og lærende kultur blandt medarbejderne.

Der udarbejdes kvartalsrapporter på utilsigtede hændelser, som drøftes med ledere og medarbejdere.

Der sendes hver måned rapporter til sagsbehandlere og ledere, som giver et lokalt overblik over rapporterede utilsigtede hændelser. Det giver mulighed for at sætte fokus på lokale indsatser og arbejdet med læring og forbedring.

## **Aarhus Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Maya Damgaard Larsen

**Arbudssted:** Kvalitet og Borgersikkerhed, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

**Adresse:** Frichsparken 36G

**Postnummer og by:** 8230 Åbyhøj

**E-mail:** madal@aarhus.dk

**Telefonnummer:** 41 85 51 21

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Øget fokus på det tværsektorielle samarbejde:

Afholdelse af en tværsektoriel temadag for UTH-sagsbehandlere/patientsikkerhedskoordinatorer på tværs af AUH og Aarhus Kommune.

Formål:

- At få indblik i hvordan, der arbejdes med UTH og patient/borgersikkerhed i AAK og på AUH
- At sikre en større forståelse af den gode rapportering og sagsbehandling af tværsektorielle utilsigtede hændelser
- At opnå fælles forudsætninger for analyse og læring af utilsigtede hændelser, der går på tværs af sektorgrænser

Evaluering af temadagen viste, at 47% af deltagerne ikke tidligere havde haft kontakt med en UTHsagsbehandler i forbindelse med sagsbehandling af en tværsektoriel utilsigtet hændelse. 87% af deltagerne gav udtryk for at temadagen bidrog til en større forståelse for den gode rapportering og sagsbehandling af en tværsektoriel hændelse.

Efter afholdelse af temadagen, var 100% motiveret til at tage kontakt til den modsatte sektor ved næste tværsektorielle utilsigtede hændelse med henblik på fælles analyse og læring.

Temadagen affødte desuden et ønske om flere tværsektorielle temadage, samt udveksling af fagpersonale mellem sektorer for at få indblik i hinandens arbejdsgange.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Det akutte borger/patientforløb:

- Sikre den interne/tværsektorielle kommunikation ved hjælp af Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) og ISBAR.
- Der er i 2017 blevet implementeret nye TOBS skemaer og ISBAR-Tjekliste i form af lommekort. Der er her sat ekstra fokus på ny Retningslinje for Reaktion på TOBS.

Tværsektorielt samarbejde

Øget fokus på inddragelse af tværsektorielle samarbejdspartnere i Kerneårsagsanalyser – herunder borger/pårørende.

#### Medicinområdet:

- Aarhus Kommune deltager i "I sikre Hænder"
- I samarbejde med kommunens Frihedsteknologifdeling og Medtech innovation Consortium (MTIC) er der igangsat et øget fokus på innovative løsninger vedrørende dispenseringsfejl og medicinadministration.

#### Kvalitetsforbedringer i praksis:

- Gode erfaringer med at arbejde med forbedringsmodellen ift. sikker medicin håndtering. Systematisk brug af checkliste til medicindispensering viser reduceret doseringsfejl (UTH'er) og øget borgersikkerhed.

#### Inddragelse af borger pårørende:

- Øget fokus på at inddrage borger/pårørende i analysearbejdet bl.a i form af interviews og opfølgning. Dette med god effekt og stor tilfredshed blandt borgere og de pårørende.

#### Fremadrettet:

- Sikker medicin håndtering i overgange
- Tværsektoriel sagsbehandler temadag i samarbejde med Aarhus Universitetshospital og almen praksis
- Sikre en fortsat implementering af brugen af TOBS/ISBAR

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Aarhus Kommune, magistraten for sundhed og omsorg, har i 2017 haft et øget fokus på kapacitetsopbygning af forbedringsmetoder. Det har bl.a. betydet at der i 2018 tilbydes undervisning i kvalitetsforbedringer i praksis.

Målgruppe: ledere, forstandere og viceforstandere i sundhed og omsorg

Formål: at ledere, forstandere og viceforstandere kan vurdere forbedringsbehov og anvende anerkendte forbedringsmetoder og tage lederskab i forbedringsarbejdet.

Form: et forløb med 3 gange tilstedeværelsesundervisning. Før, under og efter arbejder den enkelte leder med afprøvning af metoderne i egen praksis.

Afprøvningsne kommer bl.a. til at tage udgangspunkt i reduktion af de lokale utilsigtede hændelser som fx medicinfejl, fald, tryksår ect.

I forløbet får lederen viden og færdigheder i forbedringsmetoder og træner anvendelse af disse i egen praksis. Dette skal medføre, at ledere i samarbejde med medarbejdere og borger/pårørende engagerer sig og har ansvar for at igangsætte, gennemføre og vurdere systematisk forbedringsindsatser i praksis.

### **Andet**

Vi har i 2017 igangsat en stor pilottest af en borgersikkerhedskulturmåling, hvor vi med afsæt i evidens afprøver og validerer værktøjet- dette i samarbejde med lokale ledere og medarbejdere.

Formålet med kulturmålingen er at give lederne et arbejdsredskab, så de i deres kvalitetsarbejde får mulighed for at pege på hvilke indsatser, der hos dem kan være relevante at igangsætte ift. at sikre borgersikkerheden.

Hvad skal en borgersikkerhedskulturmåling bidrage til?:

- Indblik i kulturens kvalitet
- Identificering af variation i opfattelsen af kultur blandt ledere og medarbejdere, på tværs af faggrupper og enheder.
- Belyse aspekter som:
  - o samarbejde vedr. borgersikkerheden
  - o håndtering af utilsigtede hændelser
  - o læring og forbedring
  - o ledelsesopbakning
- Identificere forbedringsindsatser lokalt og på tværs af kommunen.

## **AROS Privathospital**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Jette Skov

**Arbejdssted:** Aros Privathospital

**Adresse:** Skejbyparken 154

**Postnummer og by:** 8200 Århus N

**E-mail:** [Js@arosph.dk](mailto:Js@arosph.dk)

**Telefonnummer:** 87 41 11 11

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har bla. sikret overgangen til hjemmeplejen via et nyt tiltag; hvor vi kontakter Visitationen i Århus kommune via korrespondancebrev. Denne visitations gruppe uddelegerer så opgaven videre ud.

Vi har arbejdet med at sikre overgangen internt mellem 2 afdelinger: I It system skal pt. flyt. Markeret uden ophold.

Vi har desuden bedt regionen sørge for at kontaktoplysninger på til os om visiterede pt. er ajourførte og gældende...idet vi ofte har modtaget dokumenter uden tilstrækkelige oplysninger på patienten.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Informationer på hjemmeside og Facebook

Brochurer i reception.

Personale i øvrigt introduceret i at vejlede patienter ved behov.



# Syddjylland

## Region Syddanmark

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Jeanette Hounsgaard

**Arbejdssted:** Center for Kvalitet

**Adresse:** P.V. Tuxensvej 5

**Postnummer og by:** by: 5500 Middelfart

**E-mail:** jeanette.hounsgaard@rsyd.dk

**Telefonnummer:** 21 37 42 93

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er mange indsats på forskellige niveauer i Region Syddanmark, som er rettet mod at sikre patientovergange. Alene den daglige lokale forbedringsindsats mellem sygehusenhederne, de 22 kommuner og de praktiserende læger er meget omfattende og svær at beskrive kort.

For 2017 er der derfor udvalgt få større indsats, som involverer sygehusenhederne og de nærmeste samarbejdspartnere – de praktiserende læger og kommunerne, og som skaber rammerne for indsatsen med at sikre patientovergange i de kommende år:

#### Tværasektorial vejledning

Det Administrative Kontaktforum (DAK) i Region Syddanmark godkendte den 23. november 2017 en tværasektoriel vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange. Der arbejdes videre i 1. halvår 2018 med et oplæg til læringsinitiativer.

#### Regionale samarbejdsaftaler

Der findes en række regionale samarbejdsaftaler som har til formål at sikre et godt sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne, herunder at sikre dialog og koordinering parterne imellem samt den størst mulig inddragelse af patient og pårørende. Som eksempler kan nævnes SAM:BO (2017), samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem (2017) og samarbejdsaftale om sondeernæring (2017). Tidligere indgåede samarbejdsaftaler, som f.eks. den fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug (2014) og strategien for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark (2013) sætter fortsat retning og mål for samarbejdet mellem parterne.

#### Den Syddanske Forbedringsmodel

I Region Syddanmark arbejder alle sygehusenhederne med den Syddanske Forbedringsmodel. Udgangspunktet for forbedringsarbejdet i denne model er 'patienten først' og arbejdet med patientsikkerhed og patientrisici indgår derfor som en integreret del af forbedringsindsatserne. Indsatserne, som kan omfatte pa-

tientovergange, besluttet af guiding team og bearbejdes på forbedringsworkshop (RPIW – Rapid Process Improvement Workshop).

#### Regional håndtering af utilsigtede hændelser i primærsektoren

Center for Kvalitet er regional riskmanager og varetager bl.a. sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser i den regionale primærsektor. For at effektivisere sagsbehandlingen og dermed kunne bruge flere kræfter på forbedringer, har centret i november 2017 igangsat en reorganisering af arbejdet.

Formålet med reorganiseringen er:

- at sikre at de utilsigtede hændelser kommer hurtigt ud til hændelsesstedet, hvor den lokale læring sker
- at sikre en tværfaglig visitering af de utilsigtede hændelser og støtte til sagsbehandlingen
- at udbygge relationerne til parterne den regionale primærsektor og udvikle arbejdet med de utilsigtede hændelser, specielt med fokus på overgange
- at styrke den organisatoriske læring på tvær af regionen gennem målrettet kommunikation om de utilsigtede hændelser

Et team, som består af tre læger – med baggrund som henholdsvis praktiserende læge/jurist, lungemediciner og biokemiker, en ingeniør og to kandidatstuderende (Folkesundhedsvidenskab og Klinisk Sygepleje), varetager arbejdet med de utilsigtede hændelser. I marts 2018 styrkes teamet med to personer – en farmaceut og en sygeplejerske med kandidatoverbygning.

#### Nye tilgange til arbejdet med patientsikkerhed

I Region Syddanmark arbejdes der fortsat med den nye tilgang Sikkerhed-II og den tilknyttede analysemetode FRAM (Functional Resonance Analysis Method). Metoden anvendes bl.a. til at analysere komplekse arbejdssituationer, som f.eks. overgange mellem parterne i sundhedsvæsenet. I 2017 er overgangen mellem sygehusenhed og kommune for KOL-patienter blevet analyseret med FRAM, som led i et større projekt om rehabilitering.

#### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På sygehusområdet har Region Syddanmark en decentral struktur, herunder arbejdet med patientsikkerhed. Det betyder, at de enkelte sygehusenheder ud fra deres egen situation lokalt kan prioritere de patientrisici, som de ønsker at gøre til genstand for en særlig vurdering og indsats.

Læring og udveksling af erfaringer på tværs af sygehusenhederne sker bl.a. gennem 5 årlige møder i risikokoordineringsgruppen. Gruppen omfatter riskmanagerne fra Sydvestjysk Sygehus, Odense og Svendborg Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Kong Christian X's Gigthospital, Friklinikken og Psykiatrien, samt en repræsentant for Regionshuset, samt en af de regionale riskmanager fra Center for Kvalitet.

Dagsordenen for møderne afspejler fælles fokusområder i 2017:

- Risikobaseret tilsyn  
Fokus indebar bl.a. indlæg ved Styrelsen for Patientsikkerhed om det Risikobaserede tilsyn, udveksling af erfaring med forberedelsen op til tilsynet og med selve tilsynet, samt tilsynets fund
- Analysen af utilsigtede hændelser, analyserapporten og DPSD  
Hver sygehusenhed fremlagde et eksempel på en analyse af en utilsigtet hændelse med fokus på valg af metode, involvering af sundhedspersonalet i analysen, formidling og læring af hændelsen,



- analyserapporten og konklusion, den forebyggende indsats og det som lægges ind i DPSD under hensyntagen til at opretholde de involveredes anonymitet
- Den Syddanske Forbedringsmodel og patientsikkerhed  
Alle sygehusenheder arbejder med den Syddanske Forbedringsmodel og der udveksles erfaring med, hvorledes patientsikkerheden kan indgå i forbedringsarbejdet
  - Utilsigtede hændelser og medicinsk udstyr  
Gennemgang af mønstre og tendenser på regionalt niveau, specielt med hensyn til indkøbte varer og behovet for regionale indsatser, f.eks. fremtidigt udbudsmateriale, brugerinstruktion, klager over kvalitet til leverandører
  - Utilsigtede hændelser rapporteret af patient og pårørende  
En drøftelse af, hvordan pårørende og patienter motiveres til at rapportere oplevede utilsigtede hændelser, hvordan den enkelte sygehusenhed og Center for Kvalitet håndterer de rapporterede hændelser og hvordan pårørende og patienter kan involveres i sagsbehandlingen
  - Annullering af dødsattest  
Sundhedsstyrelsens vejledning om annullering af en dødsattest var udgangspunktet for udveksling af erfaringer omkring dette fokusområde
  - Beredskab ved IT-opdateringer  
Erfaringsudveksling omkring det beredskab som de enkelte sygehusenheder har eller påtænker at få omkring opdatering af centrale IT-systemer
  - Ny viden og tilbagemelding fra centrale konferencer og workshops  
Videndeling om budskaber og vigtige pointer fra DKSK Årsmøde i januar 2017, DPSD Workshop i marts 2017 og Patientsikkerhedskonferencen i april 2017, samt præsentation og drøftelse af Ph.d. afhandlingen om 'Patient Safety' af Solvejg Kristensen

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Regionsrådet besluttede den 26. juni 2017 et rammepapir om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Visionen er, at fremtidens sundhedsvæsen skal være et bæredygtigt sundhedsvæsen, og Region Syddanmark er parat til at investere de nødvendige kræfter og kompetencer for, at det lykkes sammen med kommunerne og praksissektoren. Det bæredygtige sundhedsvæsen er et sundhedsvæsen, hvor der er fundet en balance mellem borgernes eget ansvar og sundhedsvæsenets indsats, mellem fælles løsninger og lokale, individuelle løsninger og mellem borgernære, almene tilbud, tæt på hverdagslivet, og specialiserede tilbud af høj kvalitet - <https://www.regionsyddanmark.dk/dwn642918>

Godkendelse af en tværsektoriel vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange og beslutning om at der arbejdes videre i 1. halvår 2018 med et oplæg til læringsinitiativer.

## **Assens Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Mette Normann Hansen, Udviklingspsygeplejerske

**Arbejdssted:** Ældre og Sundhed

**Adresse:** Søndre Havnevej 5

**Postnummer og by:** 5610 Assens

**E-mail:** [menoh@assens.dk](mailto:menoh@assens.dk)

**Telefonnummer:** 64 74 75 77

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Kommunikation mellem sektorer via MedCom.

FMK-integration til lokalt medicinskema.

Den Kommunale Sygepleje inddrages omkring borgeres ændrede helbredstilstand – også på botilbud.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På baggrund af konkrete sager er der undervist i og udarbejdet instrukser for infektionshygiejne i forhold til MRSA og multiresistente bakterier hos borgere med kontakt til kommunens ældrepleje.

Der er arbejdet med at forbedre kvaliteten af tidlig opsporing af begyndende sygdom ved hjælp af reflektionsredskaber og triagering samt styrkelse af sikker mundtlig kommunikation ved anvendelse af ISBAR.

Fokus på medicin håndtering og delegering af sundhedsopgaver på sociale botilbud.

Der er gennemført arbejdsgangsanalyser af medicin håndtering i Hjemmeplejen og i Plejeboliger. Pilottest af sikker procedure og hjælpemidler til medicindispensering. Procedure klar til implementering.

Faldforebyggelse er i fokus. Der implementeres faldregistrering, risikovurdering og tværfagligt samarbejde om indsatser i forhold til den enkelte borgers problematik.

Involverede medarbejdere, ledere og risikomanager laver hændelsesanalyser/audit på alle alvorlige utilsigtede hændelser

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Den Kommunale Sygepleje styrkes generelt ved at alle sygeplejersker over en periode på 1½ år gennemfører et diplommodul i "Den svækkede ældre borger".

Desuden arbejdes der med at systematisere og højne kvaliteten af den sygeplejefaglige udredning samt opfølgningen på delegerede sundhedsfaglige opgaver.

Tilgangen til og samarbejdet omkring borgere med psykisk sygdom og/eller misbrug er styrket gennem undervisning og ny retningslinje om personalets rolle og tilgang.

**Andet**

Risikomanager mødes med lokale uth-sagsbehandlere samlet en gang om året. Her deles ny viden, erfaringer og tilbageblik på udviklingen i rapporterede hændelser

## **Billund Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Gitte Hampenberg

**Arbejdssted:** Billund Kommune

**Adresse:** Østergade 25

**Postnummer og by:** 7200 Grindsted

**E-mail:** gni@billund.dk

**Telefonnummer:** 72 13 16 68

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Brobyggerfunktion er etableret. Har som opgave og ansvarsområde

At koordinere indsatser og "bygge bro" på tværs af sektorer.

At kvalificere borgernes forløb i overgangen mellem kommune og sygehus i forbindelse med indlæggelser og udskrivelsen.

At koordinere samarbejdet mellem borger, sygehus og kommune og sikrer dermed kvalitet i forløbet for den enkelte borger.

Revideret SAMBO – forløb (= Samarbejde om borger/borgerforløb) er implementeret gældende både for somatiske og psykiatriske patientforløb, herunder begyndende planlægning af en organisering af elektronisk korrespondance mellem den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

Der er nedsat en implementeringsgruppen for IT, indlæggelser og udskrivelser samt utilsigtede hændelser under Det Lokale Samordningsforum, hvor der tværsektorielt samarbejdes om udfordringer og problematikker i sektorovergange. Der er planlagt 4 møder årligt.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Det risikobaserede tilsyn

Organisatorisk implementering af det risikobaserede tilsyn, hvor de udarbejdede målepunkter for hvert behandlingssted er anvendt i kvalitetsarbejdet og kvalitetsudviklingen på det enkelte behandlingssted. Understøttet af rapporterede utilsigtede hændelser som indikatorer for kvalitetsbrist, er der iværksat forebyggende tiltag på baggrund af et organisatorisk servicetjek.

Organisatorisk implementering af Fælles Sprog III

Alt sundhedsfaglig dokumentation på voksenområdet skal ske i Fælles Sprog III i 2018. Organisatorisk er alle sundhedspersoner og deres medhjælp undervist i metoden i 2017. I 2018 skal det pædagogiske personale undervises i metoden.

Ved en organisatorisk implementering er den tværfaglige indsats i fokus med en styrkelse af den tværor-  
gatorisk sundhedsfaglige dokumentation. Fokus er således at sikres sammenhæng og kontinuitet i borger-  
forløb set ud fra et helhedsperspektiv.

Faldforebyggelse og –udredning er under implementering og forventes implementeret i hele kommunen ½  
halvår 2018.

Forebyggelse af urinvejsinfektioner(UVI), hvor en udarbejdet baseline på UVI på et plejecenter skal medføre  
iværksættelse af interventionstiltag i 2018.

Deltagelse i projekt "I sikre hænder".

Ældreområdet deltager i projekt "I sikre hænder" i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projekt "I sikre  
Hænder" har til formål at nytænke arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed i kommunerne. Man arbejder  
med nye metoder, arbejds gange og standarder til at forbedre kvalitet og patientsikkerhed.

I projektet arbejder man med følgende emner:

- Tryksår
- Medicinhåndtering
- Fald
- Infektioner

Projektets succes i andre kommuner kan tilskrives mere systematiske arbejds gange samt en løbende  
måling af, om ændrede arbejds gange giver bedre behandling af borgerne.

Det øgede fokus på målinger og resultater bringer ledelsen tættere på den kliniske hverdag, ligesom det  
skaber en større sammenhæng for borgere og deres pårørende.

En væsentlig ambition og gevinst ved projektet er, at frontmedarbejderne får en arbejdsglæde og faglig  
stolthed ved at præstere gode og sikre indsatser i samarbejde med borgerne. Deltagelse i projekt "I sikre  
Hænder" indebærer betydelig udvikling og løft af personalets kompetencer, og samtidig indgår Billund  
Kommune i et kommunalt netværk med mulighed for sparring og deling af viden.

Fokuspunkter for kvalitetsudvikling i 2017 for områderne Handicap, Sundhed og Ældre

Handicapområdet:

- Alle medarbejdere i Døgn/Land og Døgn/ By har gennemgået E-learning ift. medicinhåndtering, ud-  
budt af Ældreområdet. Der er løbende opfølgning og introduktion af E-learning til nye medarbejdere.  
Derfor videreføres målet i 2017.
- Der er nedsat et team på tværs af Handicapområdet, bestående af social- og sundhedsassistenter.  
Opgaven er at kvalitetssikre og vidensdele om UTH og medicingivning, således de i fremtiden kan  
forebygge eventuelle fejl. Mødekadencen i 2016 har været for lav, derfor videreføres målet i 2017  
med regelmæssig møder 4 gange årligt.
- Alle borgere på bosted har fået dosispakket medicin på al fast lægeordineret medicin, undtaget er ad  
hoc behandlinger, eksempelvis penicillinkure. Dette har nedbragt det samlede antal UTH. Der rap-  
porteres dog fortsat på ad hoc behandlinger. Derfor videreføres målet i 2017 med henblik på at re-  
ducere antallet af UTH, som er relateret til sidedoseringer.
- På Døgn/By er der i 2016 igangsat et pilotprojekt med henblik på at registrere medicingivning el-  
elektronisk i KMD Nexus. Projektet evalueres i september 2017 med henblik på om alle, i Handicap-  
området i fremtiden, skal registrere medicingivning elektronisk. Målet videreføres derfor i 2017, hvor  
der samtidig vurderes fordele ved at implementere sms-påmindelser ved glemt medicingivning.

Træningsenheden og Ambulant genoptræning:

- Øge fokus på at afdække borgerens fysiske formåen inden igangsættelse af øvelse samt vurdere løbende. Målet videreføres i 2017 i forhold til en risikovurdering af borgeren, eksempelvis for fald.
- Reflektere løbende i forhold til den iværksatte træning og borgerens helhedssituation (generelle). Målet videreføres i 2017 men suppleret med en vurdering af ydre fysiske påvirkningsfaktorer.
- Øge fokus på at sikre, at borgerne oplæres i brug af træningsudstyr. At der er opsat skiltning, og at sikkerhed italesættes af personalet ved træningens opstart. Derudover introduceres borgerne til træningsudstyret.

Ældreområdet:

- Alle sygeplejersker, SSA og SSH-ere gennemgår E-learningkurset i medicin håndtering.
- Lederne gennemgår de månedlige rapporter med centersygeplejersken og iværksætter tiltag.
- Lederne igangsætter refleksion over manglende medicingivning i forbindelse med teammøder, således at teamet sammen finder løsningsforslag og iværksætter disse.
- Planlægningsmodulet fra Dialog-NET indføres på alle plejecentre inden udgangen af 2017. Planlægningsmodulet testes på tre plejecentre og forventes implementeret på alle plejecentre i løbet af september/oktober. De foreløbige erfaringer er, at der opnås bedre patientsikkerhed ved brug af modulet. Dette skyldes, at der opnås et bedre overblik over opgaveløsningen, både på kort og langt sigt, og der opnås en øget sikkerhed i, at opgaver udføres, da alle opgaver tjekkes af i systemet, efterhånden som de bliver løst.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er løbende orienteret om det risikobaserede tilsyn på alle ledelsesniveauer. Målepunkter for det risikobaserede tilsyn på de enkelte behandlingssteder er udsendt og gennemgået samt drøftet lokalt med leder eventuelt med deltagelse af sundhedsfagligt personale.

Gennem møder i kvalitetsudvalget bliver der løbende udsendt faglige udmeldinger både via dialognet og referater og tiltag bæres til møder i ledergruppen. Kvalitetsudvalget mødes hver måned. Der er udarbejdet kommissorium for udvalgets ansvars – og opgavevaretagelse.

Der udsendes månedsrapporter for utilsigtede hændelser som ledelsesinformation og der udarbejdes en årsrapport med fokus på udviklingspunkter og fokusområder for det næste år.

### **Andet**

Link hjemmesiden Patientsikkerhed i Billund Kommune

<https://billund.dk/borger/helbred/patientsikkerhed/>

## **Esbjerg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lisbeth Holm

**Arbejdssted:** Myndighed og Faglig Udvikling, Sundhed & Omsorg

**Adresse:** Jagtvej 37

**Postnummer og by:** 6705 Esbjerg Ø

**E-mail:** [lila@esbjergkommune.dk](mailto:lila@esbjergkommune.dk)

**Telefonnummer:** 76 16 38 40

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er arbejdet med rapportering af hændelser hvor der har været brist i kommunikationen. Der har været analyseret på en hændelse hvor borgeren ikke har fået hjælpen fordi leverandøren ikke er adviseret. Der blev fundet en uhensigtsmæssighed i kommunikationssystemet som nu har fået opmærksomhed og dermed med til at sikre at hændelsen ikke sker igen.

Faglige standarder er drøftet for at sikre patientovergangene.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicinhåndtering, tryksår og kommunikation

Der er gennemført ernæringscreening af beboerne på plejehjem og hvor der har været et uhensigtsmæssigt væggtab er der sendt besked til praktiserende læge for at justere medicindosis efter vægt

Der er ansat en farmaceut der udfører medicingennemgange af plejehjemsbeboere mhb. På resuktion af psykofarmaka hos borgere med demens.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der har været fokus på at den enkelte medarbejder har haft fokus hvad en UTH er og forpligtigelsen til at arbejde patientsikkert. Der har været afholdt en del teammøder med emnet rapportering og læring af UTH for at sikre at alle tænker patientsikkerhed også i en travl hverdag.

Retningslinjer og standarder er blevet revideret og der er tænkt patientsikkerhed ind.

### **Andet**

Der har i 2017 i Esbjerg Kommune været 3 hændelser med træningselastikker der er sprunget. Alle tre hændelser har haft konsekvenser for borgeren i form af brud. Der er arbejdet med hvordan dette kan forebygges og der er udarbejdet retningslinjer for opbevaring af elastikker så det sikres at det ikke er elastikker der er mørnet.

## **Fanø Kommune**

*Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Agnete Steffensen

**Arbejdssted:** Sundhed & Administration, Fanø Kommune

**Adresse:** Skolevej 5 – 7

**Postnummer og by:** 6720 Fanø

**E-mail:** as@fanoe.dk

**Telefonnummer:** 76 66 08 67

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Sygeplejerskerne i Fanø Kommune har modtaget kursus på Sydvestjysk Sygehus – FAM intro - i forbindelse med etablering af akutsygepleje.

Fanø Kommune deltager fra 2018 i netværksgruppe for riskmanagere fra Sydvestjysk Sygehus's optageområde.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicinhåndtering

Fald

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter deltaget i ABCDE kursus også indeholdende oplæring i metoden ISBAR.

Løbende forbedringer og opdateringer af faglige instrukser på kommunens intranet.



## **Fredericia Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Eva Ahm Holberg

**Arbejdssted:** Fredericia Kommune, Plejen

**Adresse:** Danmarksgade 4, 1.sal

**Postnummer og by:** 7000 Fredericia

**E-mail:** [eva.holberg@fredericia.dk](mailto:eva.holberg@fredericia.dk)

**Telefonnummer:** 20 71 08 38

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I 2017 er der arbejdet rigtig meget med omsorgssystemet Nexus i forhold til, at sikre kommunikationen internt i Plejen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere. Formål har været, at sikre kvaliteten i dokumentationen omkring borgerne i Plejen m.fl., så utilsigtede hændelser ikke opstår pga. fejl og mangler. Systemet blev indført i november 2016 og det har krævet helt nye arbejdsgange og rutiner for alle, som arbejder med det. Der har de sidste 2 år været gang i mange arbejdsgrupper, som har bidraget til dette arbejde.

Vi har stort fokus på, at klæde vores kontaktsuperbrugere på (vi har 11 i Plejen), sådan at de kan videreformidle og uddanne basispersonalet på plejecentre og i hjemmeplejen. Da de er det første kontakttled til vores systemadministratorer, så får de en del information via mail samt på de møder, som afholdes med dem mellem 8 og 10 gange om året. Der afholdes to typer af møder: Den ene type handler om det tekniske i Nexus og den anden handler om, at få "klædt" kontaktsuperbrugerne på, rumme deres frustrationer og give dem redskaber til, at facilitere læring i praksis. Ud over kontaktsuperbrugere er der en lang række superbrugere, som kan medvirke til formidling af viden.

Vores arbejdsgange i Plejen har været en stor udfordring i forhold til, at sikre kommunikationen i Plejen på tværs af vagtlag og i forhold til øvrige samarbejdspartnere. Her sidst i 2017 oplever vi dog, at vi har "knækket koden" og derfor er et stort arbejde pt. i gang med at få beskrevet dem alle. Vi har netop valgt, at omdøbe arbejdsgange til "procedurer", da dette ord opfattes af medarbejderne, som noget man "skal" gøre, hvorimod ordet "arbejdsgang" opfattes, som noget man "kan" gøre. Vi tror derfor på, at procedurerne kan medvirke til, at højne og ensarte dokumentationen, så kvaliteten i arbejdet omkring vores borgere højnes mest muligt. Vi arbejder med, at få opdelt procedurerne i "afsender" og "modtager". Selvom det giver mange procedurer, så tror vi på, at dette digitale opslagsværk kan guide brugeren i den retning, som de har brug for. Det er meget vigtigt for alle vores medarbejdere, at kommunikationen i Nexus fungerer optimalt, så kvalitet og Patientsikkerhed opleves sikkert og beskeder kommer frem til rette modtager.

I 2017 har Fællessprog III især fyldt meget, da denne måde, at dokumentere på skal integreres i Nexus. Vi arbejder lige nu på højtryk med, at blive helt klar til, at undervise kontaktsuperbrugere og kontaktnøglepersoner i januar 2018. De bliver undervist i selve metoden over 2 dage. Der ud over undervises de af KMD i den tekniske del i februar måned. Kontaktnøglepersonerne skal have særligt fokus på Fællessprog III metoden, hvorimod kontaktsuperbrugerne skal have særligt fokus på det tekniske i Nexus. Samtidigt lægger

vi op til, at de to funktioner samarbejder med hinanden i praksis f.eks. med, at tilrettelægge undervisning til deres kollegaer.

Implementeringen af Fællessprog III starter ultimo februar 2018. Vi implementerer lokalt i distrikterne på den måde, at forberedelser, undervisning og opfølgning foregår der, hvor medarbejderne er. Altså på et plejecenter eller i hjemmeplejens lokaler/faciliteter. Vi forventer, at dette kan give større kvalitet i dokumentationen og sikre, at alle får lært, at benytte omsorgssystemet og Fællessprog III, sådan som det er tiltænkt fra KMD og KL.

FMK har i 2017 været en udfordring, så her har været et særlig fokus fra systemadministratorernes side, som har været rundt i alle distrikter for, at undervise og følge op på medarbejdernes kompetencer i forhold til anvendelse af systemet. Der er løbende udsendt materiale til alle medarbejdere, som anvender FMK og som har haft brug for, at benytte sig af diverse vejledninger i forhold til alt det nye i FMK. Der ud over holdes medarbejderne løbende orienteret i forhold til systemfejl og rettelser af disse når det opstår.

På Voksenserviceområdet er der blevet ansat en udviklingspsygeplejerske og et netværk af sagsbehandlere af utilsigtede hændelser er i gang med, at blive oprettet. Der rapporteres nu flere UTH'er end førhen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Tidlig opsporing og Akutsygepleje udvikler sig hele tiden i forhold til, at forebygge indlæggelser og tallene viser, at indsatserne virker efter hensigten. Særlig fokus ved tidlig opsporing i 2016/17 har været forebyggelse af luftvejslidelser, mave-tarmproblemer, dehydrering og ernæring. Fald vil blive et af de næste fokusområder i Plejen.

Alle medarbejdere i Plejen undervises når der fokuseres på et bestemt indsatsområde. Der ud over får de udleveret nye "sider" til den lommebog, som alle medarbejdere går rundt med i lommen. Disse sider har enkle og overskuelige informationer over de forskellige indsatsområder og er et redskab, som er nemt, at have med sig overalt. I denne lommebog findes også "sider" som fortæller hvordan man skal rapportere en utilsigtet hændelse.

ISBAR blokke har alle medarbejdere også med sig hele tiden, så det er nemt og hurtigt, at forholde sig til kommunikation ved bl.a. et vagtskifte, når en person retter forespørgsel til en anden, når ansvar overdrages til en anden person/et andet vagthold og fra en sektor til en anden fx ved overflytninger af patienter.

Hygiejne er et andet område, hvor der sættes ind. Vores hygiejnesygeplejerske underviser hele tiden medarbejderne i Plejen i håndhygiejne og i forhold til alt andet arbejde i Plejen, hvor hygiejne skal tænkes ind. Bl.a. i forhold til forebyggelse af luftvejslidelser og urinvejsinfektioner. Plasticforklæder har fået meget fokus i forhold til implementering og skal benyttes ved al nedre hygiejne.

Medicinretningslinjerne er blevet opdateret i 2017 og der ud over er alle de sygeplejefaglige retningslinjer blevet lagt ud på Fredericia kommunes hjemmeside, så alle – også de private leverandører – har nemt ved, at tilgå dem. Alle retningslinjerne bliver sendt på mail til medarbejderne når de opdateres eller der kommer nye til.

Kompetenceskemaerne for SSH og SSA på medicinområdet er netop blevet opdateret, så de er helt tidssvarende. Skemaerne skal være udfyldt og underskrevet ud for de opgaver, som kræver delegering

(f.eks. fra sygeplejerske til SSA) - før opgaven må udføres. Der findes også delegeringsskemaer i samme stil for andre opgaver i Plejen, f.eks. i forhold til sondeernæring, KAD og stomipleje.

Afprøvning af medicinduge er i gang på to af plejecentrene. Der er endnu ikke fulgt op på virkning af dette.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Dokumentation er det område, som fylder mest i øjeblikket og derfor "skubbes" andre tiltag i forhold til patientsikkerhedsarbejdet. Der er arbejdet med utilsigtede hændelser i 2017 på et lavere niveau end normalt, men alt det nødvendige arbejde er blevet udført. Det er blot udviklingsdelen, som er sat i bero pt.

### **Andet**

Alle sygeplejersker har været på efteruddannelse i efteråret 2017.

Det er netop aftalt med distriktslederne og plejeforstanderen her i december måned, at der i 2019 uddannes risikomanagere i alle distrikter i Plejen. Formål er, at der skal sættes langt mere fokus på læring af de utilsigtede hændelser og udviklingsarbejdet på dette vigtige område. Brug af PDSA modellen vil være et fokusområde i de enkelte distrikter.

## **Haderslev Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Pia Baumgarten

**Arbejdssted:** Pleje og træning

**Adresse:** Nørregade 41

**Postnummer og by:** 6100 Haderslev

**E-mail:** piba@haderslev.dk

**Telefonnummer:** 74 34 28 06

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I Haderslev Kommune afholdes der i området Pleje og Træning, 2 årlige møder med UTH sagsbehandlerne, hvor relevante emner og fokusområder drøftes. Der er fokus på videndeling i gruppen, samt kvalitetsudvikling.

I Pleje og Træning har der været fokus på at melde ud i organisationen, hvor vigtigt der er at rapportere UTH – dert er ikke at anigve en kollega eller samarbejdspartner. Det handler om at få lukket hullerne, så fejl kun sker én gang.

I Pleje og Træning nedsættes der arbejdsgrupper ad hoc, fx er der en arbejdsgruppe for plejecentrene, som arbejder med procedurer og undervisning om hvordan UTH ved medicingivning kan undgås.

I området Handicap er det de respektive ledere, der rapporterer UTH og sikrer opfølgning. Der er især været fokus på kommunikation ved patient/borgerovergange fx indlæggelse og udskrivelse fra sygehus, medicinordinationer, samt opfølgning på UTH i dialog med medarbejderne.

I området Psykiatri er der sat fokus på indberetning af UTH, hvilket har ført til flere indberetninger bl.a. om medicin.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

I 2017 har der som i 2016 været vedvarende fokus på undervisning og instrukser ift.

- Kommunikation
- Infektion
- Medicin
- fald

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

UTH arbejdet har betydet tilpasning af instrukser. Og der arbejdes fortsat med indberetning.

Der har været særligt fokus på infektioner og det løbende arbejde med medicin.

**Andet**

Det opleves, at det vedvarende fokus på UTH gør en forskel, både på indberetninger og på kvalitetsarbejdet i praksis.

## **Kerteminde Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bente Fournaise

**Arbejdssted:** Sundhed, Handicap og Rehabilitering

**Adresse:** Bycentret 302

**Postnummer og by:** 5330 Munkebo

**E-mail:** [bfo@kerteminde.dk](mailto:bfo@kerteminde.dk)

**Telefonnummer:** 65 15 10 52

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Kerteminde kommune har implementeret opdateret SAMBO aftale i alle enheder med særlig fokus på de kritiske overgange. I 2017 er der nedsat arbejdsgruppe på tværs af enheder og funktioner herunder visitation med det formål at lave en intern samarbejdsaftale. Herunder også overgang fra forløbskoordinator til sygepleje eller hjemmepleje, men også mellem rehabiliteringsenhed, hjemmepleje og plejecentre.

FMK er fortsat i en kritisk fase i implementering. Der arbejdes med dette i DAK regi. I dagligdagen er der særlig opmærksomhed på at sikre patientens medicin ved overensstemmelse mellem ordination og konkrete medicinskemaer hos borgere.

De opfølgende hjemmebesøg er fuldt ud implementeret i 2017 og målet om tilbud om besøg inden 24 timer overholdes i 99 % af tilfældene.

Kvalitetsstandarden for akut sygepleje er omsat til en driftvenlig model hvor alle sygeplejersker alle er oplært til at kunne udføre funktionen men med samtidig implementering af triagetavler i alle enheder så der er fokus på de skrøbelige og de udsatte. Kerteminde Kommune er desuden med i projekt Gerikuffert som handler om tidlig opsporing og hurtigere indsats i borgers eget hjem. Projektet inkluderer teknisk måleapparatur som kan medbringes i hjemmet og direkte dialog med geriatrisk afdeling eller praktiserende læge med evt igangsætning af behandlingstiltag i eget hjem, Dette opstartet i 2017.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Kerteminde Kommune deltager i kvalitetsprojektet I sikre hænder. Tryksår har været fokus i 2017.

Kerteminde har indtil videre 2 enheder med men med udspretningsplan over 3 år.

Som ovenfor nævnt er særlig den ældre medicinske patient (DÆMP) i fokus, med ovennævnte tiltag.

I 2017 har Kerteminde kommune desuden haft fokus på aflastning af pårørende til borgere med demens med et delmål om at forebygge isolation for både borgeren med demens men også for de samboende pårørende.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Et generelt fagligt kvalitetsløft med særlig fokus på I sikre hænder projektet.

Triagering og herunder tidlig opsporing, TOBS, ændringsskemaer og teknisk rygsæk med avanceret måleudstyr med fokus på at kunne monitorere og handle tidligere så uhensigtsmæssige indlæggelser kan forebygges.

Øget fokus på kompetenceudvikling på plejecentre i form af lægefaglig tilknytning til de tre store plejecentre.

**Andet**

Kerteminde Kommune har i samarbejde med 3 andre kommuner på Fyn og UCL indgået et særligt samarbejde om kompetenceudvikling af hjemmesygeplejersker i et driftsvenlig men også specialbygget diplommodul med fokus på at nutids- men også fremtidssikre kompetencerne i sygeplejegruppen. I det driftsvenlige ligger afprøvning af forskellige læringsmedier og læringsformer så det netop er driftsvenligt for kommuner som ligger langt fra uddannelsesinstitutionen.

## **Kolding Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lone Hede Bisgaard Kristensen

**Arbudssted:** Udviklingsafdelingen, Senior- og Socialforvaltningen, Kolding Kommune

**Adresse:** Nicolai Plads 6

**Postnummer og by:** 6000 Kolding

**E-mail:** [lhbi@kolding.dk](mailto:lhbi@kolding.dk)

**Telefonnummer:** 79 79 72 64

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Overordnet har vi Senior- og Socialforvaltningen, hvor senior, social, sundhed, handicap og psykiatri hører under, arbejdet med kvalitetsudvikling, og har nedsat et kvalitetsråd bestående af områdecheferne, der udpeger, hvilke fokusområder vi skal arbejde med på tværs af fagområderne i forvaltningen. For 2017/2018 er risikobaseret tilsyn, medicin håndtering og hygiejne blevet valgt. Her er der stor fokus på at samarbejde på tværs, for at skabe højere kvalitet og dermed sikkerhed for borgerne.

Der arbejdes på at skabe et tættere samarbejde med Sygehus Lillebælt, Kolding, eks. hvor medarbejdere fra kommunen kan deltage på afdelingsmøder for at drøfte specifikke problemstillinger.

På misbrugsområdet har det været særligt fokus på FMK. Hvis man har oplevet at FMK'en ikke stemmer, er der blevet fulgt op, og sikret, at det korrekte medicin udleveres til den korrekte borger.

Seniorområdet har overordnet haft særligt fokus på MedCom forsendelserne i forbindelse med overgang til nyt omsorgssystem.

Der blev lavet aftaler om, at der i de fleste situationer blev vurderet at det var nødvendigt at ringe til den afdeling der skulle modtage borgeren, for at sikre overgangen.

Der har ligeledes været kontakt til sygehusene med information om overgangen til nye omsorgssystem, og der har været et godt samarbejde omkring udskrivelserne.

Generelt oplyser både plejecentre, hjemmeplejen, sygeplejen, rådgivningstilbud m.fl. at der ved utilsigtede hændelser i overgange foruden elektronisk kontakt også har været telefonisk kontakt. Dette glæder både apotek, privatpraktiserende læger, sygehus og lokalpsykiatrien.

Ved utilsigtede hændelser i overgange internt i kommunen har der været afholdt møder, hvor alle relevante parter har været samlet og drøftet hændelsen og fået belyst, hvordan lignende hændelser kan undgås i fremtiden.

Derudover arbejdes der generelt tæt med udskrivningskoordinatorer, demenskonsulenter, psykiatrikonsulent, pårørende, lægekonsulent m.fl. for at sikre gode overgange for borgerne.



### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Overordnet har fokusområderne for 2017 været rapportering fra private leverandører, kvaliteten af indrapportering samt den gode analyse og handling på baggrund af læringen samt sektorovergange.

På seniorområdet har der været særlig fokus på fald, og der arbejdes med et faldprojekt og TOPS (tidlig opsporing af sygdom) i et forsøg på at forhindre fald hos borgerne, samt at spore symptomer der kan udvikle (alvorlig) sygdom.

Generelt i 2017 er der forsøgt at gøre dispenseringerne mere patientsikre. Dette er gjort ved, at forsøge, at ensrette sygeplejerskernes måde at dispensere på. Der er derfor lavet et arbejdsredskab, et underlag, som hvis man bruger det, sørger for, at man har al medicin inden man går i gang med dispensering. Projektet er fortsat i gang og vi håber, at ved at bruge dette underlag, kan nedsætte antallet af UTH om generelle medicindispenseringsfejl.

Der har i kommunen været særlig opmærksom på, at gøre en AK-behandlingerne mere sikre. Der er blandt andet startet et lille projekt op i samarbejdet med AK-klinikken på sygehuset, hvor det er sygeplejersken, som måler INR i hjemmet.

Der ud over, har der været fokus på dispenseringen af marevan.

På misbrugsområdet har der været særlig fokus på udfordringer i forbindelse med et nyt dokumentationssystem i forhold til udlevering af medicin og nødprocedurer. Det er der udarbejdet handleplan på, og der arbejdes intens sammen med KMD i forhold til at løse udfordringen.

Derudover er der altid fokus på travlhed, minimering af forstyrrelser ved opmåling og medicin udlevering.

Plejecentrene har haft særlig fokus på medicinhåndtering og ordinationer samt at sikre relevante og korrekte oplysninger vedr. forflytninger, funktionsniveau mentalt og fysisk og få rapporteret utilsigtede hændelser ved infektioner.

Hjemmeplejen har haft særlig fokus på at sikre, at personalet opmærksomme på at få rapporteret UTH og at der efterfølgende laves en handling til læring.

På handicapområdet er det arbejdet med hændelser omkring dobbelt dosis medicin. Der er lavet en indsats for at forebygge disse bedre.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

På sygeplejeområdet er det blevet meldt ud, at underlaget (beskrevet ovenfor) skal bruges.

På plejecentre har der været udmeldinger om, at der er særligt fokus på UTH vedr. medicindispensering og administration og at der skal være fokus på at rapportere infektioner, luftvejs- hud- urinveje.

I hjemmeplejen har der været udmeldinger omkring procedurerne omkring rapportering af utilsigtede hændelser. Retningslinjen understøtter en ensartet rapportering og sagsbehandling af utilsigtede hændelser. Formålet er at optimere læringen af utilsigtede hændelser samt højne patientsikkerheden.

## **Andet**

Et plejecenter ønsker, at man kunne skelne ud fra vurdering af konsekvens ved en UTH, om den skulle rapporteres. Hvis man kunne sige, at kun det, hvor konsekvensen er fra moderat eller mere, skulle rapporteres. Eks. Hvis en medarbejder opdager ved medicinadministration, at der er en fejl dispensering – måske en pille for lidt i æsken, hvorefter medarbejderen retter fejlen, inden medicinen gives til borgeren. Fejlen har altså her ingen konsekvens for borgeren, fordi fejlen bliver rettet, før den når borgeren. Men efter denne hændelse vil arbejdspladsen arbejde videre med en mere sikker dispensering.

Alle medarbejdere i en hjemmeplejegruppe har fået et kursus i hvordan og hvorfor vi skal rapportere UTH. Læringspartnerne i Kommunen understøtter medarbejderne i hvordan de skal rapportere, og hvornår det er en UTH.

Der arbejdes i kvalitetsgruppen for seniorområdet med UTH if til Sygeplejefaglige retningslinjer.

## Langeland Kommune

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Inger Stenstrøm Rasmussen

**Arbejdssted:** Langeland Kommune; Center for Aktiv hele livet.

**Adresse:** Fredensvej 1

**Postnummer og by:** 5900 Rudkøbing

**E-mail:** [isra@langelandkommune.dk](mailto:isra@langelandkommune.dk)

**Telefonnummer:** 51 43 52 53

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Langeland Kommune har arbejdet med sin vante praksis fra de tidligere år, men suppleret med en fokuseret indsats omkring at kvalificere samarbejdet mellem almen praksis og kommune.

Dette har medført:

Klare skriftlige samarbejdsaftaler om kommunikation (ISBAR), som tager stilling til:

Kommunikationsmetoder herunder skriftlig og mundtlig (telefon)

Kommunikationens indhold

Kommunikations tidsfrister, f.eks. i forbindelse med bestilling af medicin og forventet doseringsgennemførelse

Forventede kompetencer hos kommunale medarbejdere, som henvender sig til almen praksis med akutte problemstillinger.

Der har været forsøgt at anlægge et kvalitetsudviklende fokus på problemstillinger, som kan henføres til patienter, som risikerer en forebyggelig indlæggelse på sygehus. Redskabet til dette var UTH systemet. Der har været afholdt et møde med Center for Kvalitet ved Region Syddanmark og med deltagelse fra almen praksis(praksiskonsulent) og kommunale medarbejdere. Center for Kvalitet henviste til, at UTH systemet ikke var egnet til dette formål, og henviste i stedet til FRAM metoden, som et bredere redskab til kvalitetsudvikling som ikke havde fokus på fejl men på positive forandringer. Dette arbejdes der videre med i 2018.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Forebyggelige indlæggelser. Se ovenstående.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Riskmanager afreportere omfang og type af rapporterede UTH pr. år på afdelingsniveau

## **Middelfart Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Kirsten Skov

**Arbejdssted:** Sundhedsafdelingen

**Adresse:** Skovgade 64

**Postnummer og by:** 5500 Middelfart

**E-mail:** [kirsten.skov@middelfart.dk](mailto:kirsten.skov@middelfart.dk)

**Telefonnummer:** 88 32 44 03

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Aktiviteter for at sikre gode forløb ved interne overgange mellem afdelinger:

- Arbejdet med realisering af aftaler om hvem og hvad der dokumenteres i elektronisk om-sorgssystem.
- Drøftet praksis mellem hjemmepleje og visitation/ myndighed.
- Tværfaglige teamsparringsmøder, hvor sygepleje, visitation, plejen, hjælpemiddel, træning, ernæringskonsulent mfl drøfter tiltag ved borgerne.
- Samarbejdet og henvisning mellem hjemmeplejen og Rusmiddelcenteret foregår via Rusmiddelcentrets lægekonsulent.
- Tæt samarbejde mellem de decentrale institutioner i lokalområdet, herunder de psykiatriske botilbud. Samarbejdsaftaler justeres løbende og / eller på de årlige samarbejds-møder.
- Udarbejdelse af risikoanalyser, for at skærme personale og borgere.

#### Aktiviteter for at sikre gode forløb ved sektorovergange:

- Møder med sygehus ift. SAMBO. Ledere fra sygepleje, hjemmepleje, plejehjem, myndighed og træning deltager.
- Møder med sygehus med fokus på hygiejne (Novo Virus, MRSA).
- Rusmiddelcenter har indledt et samarbejde med Kolding Sygehus, hvor der er udfærdiget standarder, som kendes af personalet ift. overdragelse af patienter, som står for udskrivelse, således at pt. kan starte/fortsætte behandling i Rusmiddelcenter.
- Årlige samarbejds-møder mellem det lokale apotek og Rusmiddelcenter.
- Rusmiddelcentrets journalsystem anvendes mellem Lægekonsulent og praktiserende læger

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

- De rapporterede utilsigtede hændelser er hyppigst medicinfejl. I sygeplejen drøftes hændelserne med den enkelte og alle utilsigtede hændelser tages op i AMIR gruppen for derefter fremover at blive til læring for alle på udviklingsmøder.
- Er tværfaglige samarbejdsparter involvere, deltager alle med ideer til forslag om hvordan vi kan ud-mønte organisationslæring af hændelsen.
- Fokus på tryksår og KOL for at forebygge utilsigtede indlæggelser.
- Ved borgere med dobbeltdiagnoser iværksættes specielle tiltag. Dette har medført tæt samarbejde og opfølgning med botilbud, psykiatrien samt lokalpsykiatrien.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Med udgangspunkt i at skabe læring omkring UTH er der etableret risikomanagerfunktion.
- Der arbejdes med hvorledes denne funktion bedst kan gøre fyldest.

## **Nordfyns Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bente Faurby Pedersen

**Arbejdssted:** Hjemmesygeplejen, Nordfyns kommune

**Adresse:** Vestervænget 21

**Postnummer og by:** 5471 Søndersø

**E-mail:** [bf@nordfynskommune.dk](mailto:bf@nordfynskommune.dk)

**Telefonnummer:** 64 82 83 67

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Forløbs- og akutsygepleje

Maj 2017 etableredes Forløbs- og akutsygeplejen i Nordfyns kommune. I samarbejde med visitationen varetages forløbskoordinering på de borgere, der udskrives til egen hjem eller til midlertidige pladser, som har sundhedsfaglige fordringer i varierende grad og kompleksitet. Akutsygeplejen er derved med til at øge den sundhedsfaglige kvalitet af den enkelte borgers udskrivelse og sikre gode sektorovergange.

Akutsygeplejen deltager i triagemøder rundt i kommunen. Dette er for at opbygge og styrke relationer, synliggøre funktionen og deltage i tidlig opsporing i de forskellige grupper.

Akutsygeplejen besøger de midlertidige pladser flere gange om ugen og tilbyder assistance til komplekse/akutte sygeplejefaglige problemstillinger og/eller hjælp til forløbskoordinering.

#### IT

Alt personale, der er involveret i medicinadministration kører nu med IPad. Medicinlisten opdateres fra FMK og checkes inden dosering. Der anvendes ikke længere medicinskemaer på papir, hvilket minimerer risikoen for, at der doseres efter medicinskema, der ikke er opdateret

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Øget kompleksitet

Øget kompleksitet hos udskrevne borgere har gjort, at sygeplejen har stor opmærksomhed på at vurdere om og etablere at, der er kompetencer og rammer til at varetage en given opgave.

Også kompleksiteten i SSA's opgaver er stigende. Efter input fra fokusgruppeinterview med assistenter arbejdes der videre omkring kompetenceudvikling for SSA.

Regional instruks ang. givningstidspunkter for Innohep o.l. har gjort, at mange flere assistenter er blevet involveret i inj. givning. Derfor bliver der afholdt undervisning omkring akut allergisk chock og behandling med adrenalin.

### Potentiel alvorlig UTH

Der er udsendt en advarsel på baggrund af en uhensigtsmæssig ordinationspraksis på OUH, hvor der er risiko for dobbeltadministration, da både en aktuel og en fremtidig dosering fremgår samtidig.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Målepunkter for risikobaseret tilsyn har foranlediget, at alle relevante instrukser er blevet opdateret, så de dækker målepunkterne.

Andre nye eller reviderede instrukser og vejledninger:

- Medicininstruksen er revideret i forhold til målepunkter, gældende lovgivning og lokale aftaler
- Akut opstået sygdom
- Procedure ved borgere, der går fra hjemmet og ikke kan tage vare på sig selv
- Forløbs- og akutsygeplejen
- Orientering om akutsygeplejen til de praktiserende læger
- Lokal instruks for behandling af akut allergisk sjok, da den centrale hos Sundhedsstyrelsen blev trukket tilbage

## **Nyborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Udviklingspsygeplejerske Annette Rogde Petterson

**Arbejdssted:** Sundheds- og Omsorgsafdelingen, distrikt sygeplejen, Nyborg Kommune

**Adresse:** Bredahlsgade 24 A

**Postnummer og by:** 5800 Nyborg

**E-mail:** [annp@nyborg.dk](mailto:annp@nyborg.dk)

**Telefonnummer:** 63 33 81 07

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I forhold til sikre patientovergange er der i Nyborg Kommune arbejdet med følgende:

- Almen praksis og Nyborg Kommune afholder 4 gange årligt KLU-møder (kommunalt lægeligt udvalg), hvor bl.a. FMK er på dagsorden, i henhold til optimering af brugen og at undgå fejl i FMK ved fx patientovergange. Også samarbejdet er dagsorden sat.
- Apotek og Nyborg Kommune afholder et årligt møde, hvor fx samarbejdsaftaler er på dagsordenen.
- Nyborg Kommune er ved at etablere akut funktion i sygeplejen, der bl.a. skal forebygge og kvalificere indlæggelser og gen-indlæggelser samt sikre gode udskrivelser i samarbejde med sygehusene og dermed sikre og optimere patientovergange.
- Nyborg Kommune har et rehabiliteringscenter, der primært modtager borgere efter endt udskrivelse fra sygehus. Her arbejdes aktuelt med fremskudt visitation, igen for at sikre gode udskrivelser og optimalt samarbejde med sygehusene/sekundær sektor. Samtidig er der pågældende sted blevet ansat en sygeplejefaglig koordinator til at sikre patientovergange, både i eksternt og internt regi.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På baggrund af indrapporterede utilsigtede hændelser vedr. fejldispensering, fejladministration eller glemt medicinudlevering er der iværksat undervisning i hjemmeplejen for SSH og SSA i form af diabetes og medicin håndtering. Undervisningen faciliteres af sygeplejersker og finder sted en gang om måneden i hvert hjemmeplejedistrikt. Varighed 1,5 time.

Desuden forefindes e-learning program i medicin som alle medarbejdere skal gennemgå hvert andet år.

På baggrund af fald og tryksår er der nedsat arbejdsgrupper for hvert område, hvor der fokuseres på nedbringelse af fald/faldforebyggelse samt forebyggelse af tryksår. I arbejdsgrupperne arbejdes med procedurer, arbejdsgange og arbejdsværktøjer fx lommekort med flowdiagram over arbejdsgange og et med billede af kroppen og de udsatte områder for tryksår.

En gang ugentlig afholdes teammøder i hjemmeplejen, hvor en sygeplejerske deltager mhp. vurdering og sparring i forhold til patientrisici.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er i Nyborg kommune nedsat 6 arbejdsgrupper med hver en tovholder og deltagere i form af ledere fra Sundheds- og Omsorgsafdelingen. De 6 arbejdsgrupper har følgende emner som omdrejningspunkt:

- Patientsikkerhed (herunder bl.a. UTH, medicin, kompetenceprofiler)
- DÆMP (den ældre medicinske patient (herunder bl.a. faldforebyggelse, tryksår og ernæring))



- Demens
- Frivillighed
- Rekruttering, introduktion og undervisning
- Sundhed og arbejdsmiljø (herunder fx forflytning)

Under hver arbejdsgruppe er det muligt at etablere underarbejdsgrupper, hvor også medarbejderne involveres.

Kvartalsvis udarbejdes ledelsesinformation, der ligeledes foreligges politikkerne. Herunder bl.a. opgørelse af utilsigtede hændelser i organisationen.

Undervisning for SSH og SSA i hjemmeplejen.

## **Odense Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lone Henriksen

**Arbejdssted:** Team Udvikling, Ældre – og Handicapforvaltningen, Odense Kommune

**Adresse:** Ørbækvej 100

**Postnummer og by:** 5220 Odense SØ

**E-mail:** lmh@odense.dk

**Telefonnummer:** 29 26 09 35

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Ældre -og Handicapforvaltningen

Implementeringsgruppen for behandling og pleje (en af 3 grupper i regi af Samordningsforum Fyn) har arbejdet med projektet Dialog i sektorovergange. Det er netop afrapporteret og vil formentlig munde ud i et videre arbejde om arbejdsgange i sektorovergange.

#### Børn – og ungeforvaltningen, Tandplejen

- En gang årligt foretager Center for tandpleje en overvågning af, om der er kontinuitet i borgernes behandlingsforløb. Formålet med standarden (DDKM) er bl.a. at sikre, at patienterne oplever kontinuitet i overgangen mellem den kommunale tandpleje og privat tandpleje ved det fyldte 18 år. Endvidere at sikre, at ressourcerne anvendt på tandplejeindsatser til patienterne udnyttes effektivt, samt at resultater opnået i den kommunale tandpleje ikke går tabt ved overgang til privat regi.
- Vi arbejder løbende med at forbedre udslusningsproceduren for de 18-årige til privat praksis. De unge skal vælge en privat tandlæge, til hvem vi sender et udskrivningsbrev bl.a. indeholdende termin for, hvornår vi anbefaler næste indkald, for at minimere drop-out, så tandsundheden opretholdes.
- Center for tandpleje samarbejder med mange eksterne aktører for at sikre kontinuerligt patientforløb. Da Tandplejen er opdelt i flere områder, med forskellige samarbejdspartnere/behandlere er henvisningerne fordelt på disse. Patient og pårørende informeres og inddrages i koordinering af sundhedsydelse, således at patienten opnår indsigt i egen situation og har mulighed for at deltage aktivt i indsatsen. Der indhentes informeret samtykke. Patienten involveres i alle beslutninger, for at sikre at patienten oplever sammenhæng i behandlingsforløbet. Samarbejdet og overdragelse af behandlingsopgaver mellem Center for Tandpleje og en samarbejdspartner sker for størstedelens vedkommende, ved en henvisning fra Center for Tandpleje til en defineret part, der enten leverer en ydelse for tandplejen eller overtager patienter når de udskrives fra tandplejen. Alle henvisninger og afsendte biopsier mv. følges op: 1. I journalsystemet oprettes en aftaletype: Administration til ca. 3 uger senere. 2. Hvis der endnu ikke er kommet svar på henvisningen/biopsien oprettes en ny Administrations aftaletype 1-2 uger frem. 3. Hvis der stadig ikke foreligger svar på henvendelsen kontaktes behandlingsstedet for henvendelsen telefonisk.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Ældre -og Handicapforvaltningen

I regi af Implementeringsgruppen for behandling og pleje (en af 3 grupper i regi af Samordningsforum Fyn) har vi i 2017 haft fokus på tryksår og infektioner relateret til fremmedlegemer (kateter á demeure sonder, iv. adgange) dette arbejder fortsætter i 2018, med henblik på konkrete initiativer.

Tryksårsfokus gav blandt andet anledning til en beslutning om at alle sygehuse (OUH Svendborg og Odense) + de fynske kommuner anvender Braden skalaen (Et score-system til vurdering af risiko for udvikling af tryksår).

#### Børn – og ungeforvaltningen, Tandplejen

- Der er ikke forbundet en egentlig patientrisiko med den udfordring vi har i Tandplejen, at tandreguleringsbehandlinger grundet lange ventelister ikke altid når at blive afsluttet inden de unge fylder 18 år, hvor kommunal tandpleje ophører. D.v.s. i Tandplejen anvender vi unødige ressourcer til færdiggørelse af tandreguleringsbehandlinger, ressourcer der anvendes på patienter der hører til i privat regi.
- En gang årlig laves der en status- og FUND rapport Utilsigtede hændelser i Center for tandplejen. Her opgøres antal, alvorlighedsgrad samt handling på og forebyggelse af UTH. Deles på tværs i Center for Tandpleje via tandplejens mødestruktur.

## **Sønderborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Hanne Ellegaard Miang

**Arbejdssted:** Social og senior, Sønderborg Kommune, Region Syddanmark

**Adresse:** Ellegårdvej 25A

**Postnummer og by:** 6400 Sønderborg

**E-mail:** hamn@sonderborg.dk

**Telefonnummer:** 27 90 44 49

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Medicinafstemning

Sikker medicinering forudsætter, at der foreligger en opdateret og præcis information om borgerens aktuelle medicin i form af en medicinliste. Formålet med medicinafstemning er at sikre, at borgeren får de korrekte lægemidler og at forebygge utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange. I praksis betyder medicinafstemning, at oplysninger om borgers lægemiddelbehandling på et givet tidspunkt sammenlignes med tidligere oplysninger og eventuelle uoverensstemmelser forklares eller rettes. En medicinafstemning indeholder en sikring af, at der ikke utilsigtet er ordineret eller seponeret lægemidler uden indikation. For alle borgere efter udskrivelse fra sygehuset gennemgås en tjekliste for medicinafstemning ved en hjemmesygeplejerske eller centersygeplejerske indenfor 24 timer.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Medicinhåndtering

For at sikre processen omkring medicinhåndtering, så der ikke sker fejl, arbejdes der med fire elementer. De fire elementer udgør tilsammen vigtige dele af medicinhåndteringen og beskriver best practice på området.

De fire elementer er:

1. Medicinscreening (IRF – liste)
2. Tjekliste for sikker medicindispensering
3. Tjekliste for sikker medicinadministration
4. Tjekliste for medicinafstemning (se punkt7)

Der er udviklet diverse arbejdsredskaber til alle elementer eks. medicindispenseringsdug. Ligeledes er medicinpakken implementeret til alle enheder i ældreplejen.

Der er skrevet nye vejledninger i observationer og handlinger i relation til borgere i blodfortyndende medicin.

Grundmodulerne i E-learning for medicinhåndtering er suppleret med de nye tjeklister for medicinadministration, dispensering og medicinafstemning. Endvidere er der en supplerende omkringing omkring inhalationer, medicinske plastre, samtykke og orden i medicinmapperne.

Der er udviklet en medicinseddel, som borgeren kan bruge, når vedkommende skal afhente sin medicin på apoteket. Sygeplejersken eller social og sundhedsassistenten skriver op på medicinsedlen efter endt dis-

pensering, hvilke præparater, der skal afhentes på apoteket. Sedlen er lavet på baggrund af, at borgere og pårørende nogle gange ikke får alt bestilt medicin med hjem fra apoteket.

### Fald

Risikoen for at falde stiger med alderen. Det skyldes blandt andet fysisk tilstand, sygdomme, bivirkninger af medicin og ydre faktorer som dårligt fodtøj eller indretning af bolig.

Disse årsager og dermed fald, kan forebygges, hvilket kræver, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på risici og systematisk udreder faldene.

Der er blandt andet udviklet lommekort, et cirkelpowerspil og en tjekliste for udredningen. Antal fald og tilhørende arbejdsgange monitoreres systematisk. På baggrund af det systematiske arbejde ses der en reduktion i antal fald. Elementerne spredes til flere plejecentre og hjemmeplejegrupper.

### Lungebetændelse

En mangelfuld mundhygiejne hos ældre kan føre til udvikling af lungebetændelse. Det estimeres at 10 procent af alle tilfælde af lungebetændelser blandt ældre kan undgås ved en tilstrækkelig mundpleje. Der er udviklet et screeningsværktøj i et samarbejde med omsorgstandplejen, så der sker en systematisk vurdering af behovet for hjælp til mund- og tandpleje. Tiltaget implementeres i hele ældreplejen og samtidig tilbyder omsorgstandplejen undervisning i god mundhygiejne. Antal lungebetændelser og dertil hørende arbejdsgange monitoreres løbende.

### Tryksår

Alle borgere i ældreplejen risikovurderes for tryksårsrisiko og borgere i risiko får en særlig indsats. Antal tryksår og tilhørende arbejdsgange monitoreres løbende.

### ISBAR (Sikker mundtlig kommunikation)

Der er udleveret blokke i alle enheder af social og senior. ISBAR er også blevet en del af det obligatoriske grundmodul af e-learningen omkring medicin håndteringen.

### E-learning omkring utilsigtede hændelser

Det er vigtigt at der til stadighed holdes fokus på læring, forebyggelse og ikke på placering af skyld, fejl og ansvar. Formålet er at tænke i lærings- og forbedringsprocesser, til det formål tages der udgangspunkt i en hændelsesanalyse. Hændelsesanalysen med de tre spørgsmål er blevet integreret i e-learningen bygget op omkring en case.

1. Analyse  
Hvad skete der?  
Hvordan kunne det ske?
2. Læring  
Hvad har vi lært?
3. Forbedring  
Hvad ændrer vi?  
Hvordan følger vi op?

### Tidlig opsporing af begyndende sygdom

Formålet med tidlig opsporing er at højne fagligheden og sikre overblikket over borgernes aktuelle tilstand. Det betyder, at medarbejderne kan reagere hurtigt og dermed undgå forværring og eventuelle indlæggelser.

Tiltaget er under implementering og sammenkøres med pakkerne fra I sikre hænder, samt omsorgssystemet.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der udarbejdes årligt en intern beretning vedr. rapporterede hændelser og indsatsområder, som viderefremmes til ledelse og medarbejdere. Meddelelser fra styrelsen for patientsikkerhed er omdelt i organisationen.

### **Andet**

#### Tavler og tavlemøder

Spiller en central rolle i patientsikkerhedsarbejdet i Sønderborg Kommune og er implementeret i alle enheder af ældreplejen. Formålet med denne type af tavler er at skabe overblik over, hvilke udvalgte risikoområder (eks. tryksår, medicin, fald og infektioner), hver enkelt borger er i og derved sikre, at borgerne får den rette pleje og behandling hver gang. Tavlen er ikke et dokumentationsredskab, den kan ikke erstatte det, der skal være i omsorgssystemet. Tavlerne skaber gennemsigtighed i patientsikkerhedsarbejdet, så det bliver tydeligt for alle medarbejdere, hvor der skal sættes ind.

Tavlen er altså et værktøj til at etablere en daglig dialog og opfølgning (tavlemøder) i forhold til borgerne og de pågældende risikoområder. Derudover har tavlerne også det formål at være forbedringstavler, for at personalet kan følge udviklingen i forbedringsarbejdet. På tavlen præsenteres ligeledes proces- og resultatindikatorer i forhold til arbejdet i form af blandt andet seriediagrammer, paretoanalyser, patientsikkerhedskalender, samt data i relation til antal dage-siden-sidste-hændelse og utilsigtede hændelser.

#### Forbedringsledelse

Mellemledere, som har ledelses- og personaleansvar i frontlinjen, har en særlig vigtig rolle for at drive forbedringer i mål. For at få succes med forbedringsarbejdet er der brug for at opbygge tilstrækkelige kompetencer og viden om forbedringsmetoder.

Målet er at alle ledere deltager i et 3 dages forbedringsledelsesforløb.

Formålet med kursusforløbet er:

- Anvende forbedringsmodellen og PDSA cirklen til at afprøve nye arbejdsgange
- Måle forbedringer systematisk og hyppigt over tid
- Lede lokalt forbedringsarbejde inden for eget ledelsesområde
- Anvende konkrete metoder og redskaber til at understøtte forbedringsarbejdet
- Accelerere implementering
- Fastholde de opnåede resultater med systematiske metoder og redskaber
- Drive og lede daglige tavlemøder, bruge tavlemøder til at understøtte forbedringsarbejdet

## **Tønder Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Marianne Demant

**Arbejdssted:** Tønder Kommune - Sundhedsafdelingen

**Adresse:** Wegners Plads 2

**Postnummer og by:** 6270 Tønder

**E-mail:** [mardem@toender.dk](mailto:mardem@toender.dk)

**Telefonnummer:** 23 39 32 78

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Fagligt ledelsestilsyn: Der gennemføres fagligt ledelsestilsyn i alle enheder, hvor overgange er et af fokusområderne.

Audit: Der er gennemført 10 audits i 2017, hvoraf den ca. 2/3 omhandler overgange internt og eksternt. Resultatet af audits anvendes som læring i organisationen og har ført til f.eks. revision af retningslinjer, instrukser, dokumentation, undervisning o.a.

UTH: Der rapporteres UTH, når der opdages hændelser i forbindelse med overgange. Der følges systematisk op på UTH'er, der tilgår Pleje og Omsorg.

Der afholdes løbende dialogmøder med lægerne om blandt andet kommunikation via ISBAR.

Der er etableret fast læge på plejecentre, hvor der gives sundhedsfaglig råd og vejledning.

Der er indgået aftale med de praktiserende læger om at gennemføre årlig medicingennemgang hos alle borgere. Kvaliteten i medicin håndteringen understøttes af e-learning i medicin håndtering, som alle medarbejdere skal gennemføre.

I 2017 har der i det tværsektorielle samarbejde været stort fokus på implementering af en revideret SAM:BOaftale. Der har f.eks. været afholdt temamøder på tværs af sektorer i forhold til implementeringen. Dette gælder til dels også for Psykiatri og Handikap(P/H). Vi har med den foreløbige aftale om adviser sikret at P/H får tilsendt al kommunikation, som foregår i medcom, og at der samtidig har været en sygeplejerske til at gennemgå indholdet, så ustabile og komplekse opgaver varetages af personale med den rette faglighed.

Der er i SOF Sønderjylland igangsat 3 projekter, som har fokus på at gøre det lettere at nå hinanden/kommunikere på tværs af sektorer ved hjælp af videokommunikation.

Der er igangsat projekt På Forkant, som omhandler sammenhæng i patientforløb for de svageste ældre.

Der er igangsat et projekt om kommunal og regional samdrift på Tønder Sygehus med henblik på forbedring af overgange mellem sygehus og kommune.

Der er adgang til E-learning i medicin håndtering i P/H. Der er lagt op til at alle medarbejdere skal gennemføre denne test årligt.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Pleje og Omsorg:

Der har været afholdt den tværsektoriel temadag vedr. delir

Der har været fokus på styrket observation og dokumentation vedr. subduralt hæmatom og i 2018 planlægges der undervisning i dette.

Borgere, der er sederet i forbindelse med behandling i omsorgstandplejen. Vi har ændret retningslinjer for samarbejdet mellem omsorgstandplejen og plejepersonalet.

I forhold til borgere med psykiatriske lidelser er der konstateret behov for tydeliggørelse af de kommunale tilbud og sammenhængen til de regionale tilbud. Det arbejdes der med pt.

I P/H ses der primært UTH'er vedrørende medicin og medicin håndtering, i særdeleshed glemte medicin. Dette orienteres til lederne.

P/H har i et tilfælde med en borgers død været inviteret til audit (i P/O) på en UTH, som var aktuel i både P/H og P/O.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

#### Pleje og Omsorg:

Sundhedsfaglig dokumentation: FSIII, Nexus og FMK.

Infektionshygiejne: Organisering, audit og plan for temadag.

Alkoholforum

Psykiatrirforum

Psykofarmakaundervisning på tværs af kommuner med regional bistand. Der har været afholdt 5 temadage.

Organisering og styrkelse af demensindsatsen i Tønder Kommune, herunder kompetenceudvikling.

Opstart af kvalificering og organisering af den palliative indsats i Tønder Kommune.

Igang sætning af e-learning vedr. medicin håndtering for alle medarbejdere.

Ligesom P/O kan P/H skrive:

Sundhedsfaglig dokumentation: Nexus og FMK

Infektionshygiejne: organisering, audit og plan for temadag.



Psykofarmakaundervisning på tværs af kommuner med regional bistand. Der har været afholdt 5 temadage.  
Igangsætning af e-learning vedr. medicin håndtering for alle medarbejdere.

## **Varde Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Trine Hopp

**Arbejdssted:** Varde Kommune, Social- og Sundhedsafdelingen

**Adresse:** Bytoften 2

**Postnummer og by:** 6800, Varde

**E-mail:** [trih@varde.dk](mailto:trih@varde.dk)

**Telefonnummer:** 27 47 29 61

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Resultater fra AK-projektet, bliver brugt ifm. regional og national forbedring af AK-behandling (herunder eksempelvis udvikling af AK-modul i FMK og samarbejdsaftaler over sektorgrænser).

Lægens ordination af i.m. eller subcutan injektion på FMK kom ikke med over i omsorgssystemet (KMD Nexus). Fejlen er på vores foranledning nu rettet fra KMD.

Regional retningslinje for tværsektoriel UTH er udarbejdet i et samarbejde mellem kommuner, almen praksis og regionen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har været gjort en særlig indsats ift. at få rapporteret UTH som følge af fald og infektioner.

Der er på flere områder igangsat lokalt forbedringsarbejde mhp. at undgå fejl ifm. medicinering. Særligt har Methotrexat været i fokus efter en alvorlig UTH.

På ældreområdet arbejdes der, i regi af ”I Sikre Hænder”, på indsatsområderne tryksår og medicinering. Der indgår pt. fire pilotenheder.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I 2017 har der i Varde Kommune været fokus på at sikre kvalitet i de data, der rapporteres. Herunder at hændelserne faktisk bliver rapporteret samt at der registreres korrekt (eks. stednavn, alvorlighed og DPSDKlassifikation). I den forbindelse er vores kommunale retningslinje for UTH blevet redigeret og lagt i vores elektroniske håndbog.

Der er fokus på at sikre hurtig sagsbehandling – både at den centrale risikomanager for sendt sagerne videre, men også at de decentrale sagsbehandlere får afsluttet sagerne.

Rapportering af borgere og pårørende har ligeledes været i fokus ift. at sikre, at borgere og pårørende kender til muligheden for at rapportere en UTH.

Der har været fokus på, hvordan vi arbejder med læring herunder organisering af hvem der er sagsbehandlere, hvem der arbejder med lokale forbedringer og lokal ledelsesopbakning.

Fokus på anvendelse af strukturerede analysemetoder i forbedringsarbejdet. Der er fokus på kobling af UTH og forbedringsarbejde på kommuneniveau - videreformidling af forbedringspotentialer til rette fora.

Kontinuerligt fokus på tværgående forbedringsindsatser.

Fokus på at pilotenhederne i projekt "I sikre hænder" udvikler monitoreringsredskaber til baselinemålinger i forhold til medicinadministration, medicindispensering og tryksår. Herefter fokus på forbedringer i forhold til de tre fokusområder. Uddannelse af pilotenhedernes personale.

## **Vejen Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Birte Schlüter

**Arbejdssted:** Vejen kommunes Social- og ældreafdeling

**Adresse:** Rådhuspassagen 3

**Postnummer og by:** 6600 Vejen

**E-mail:** [bisc@vejen.dk](mailto:bisc@vejen.dk)

**Telefonnummer:** 79 96 64 77

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Intet at bemærke

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Intet at bemærke

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Intet at bemærke

**Andet**

Intet at bemærke

## Vejle Kommune

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Birgit Dall Hersland

**Arbejdssted:** Sundheds – og Forebyggelsesafdelingen, Enhed for Sundhedskoordinering

**Adresse:** Vestre Engvej 51

**Postnummer og by:** 7100 Vejle

**E-mail:** birda@vejle.dk

**Telefonnummer:** 23813138

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har i 2017 været afholdt en læringseftermiddag på tværs i Vejle Kommune. Eftermiddagen blev arrangeret i et samarbejde mellem Sundhed og Senior og indeholdt

- en fortælling om arbejdet med utilsigtede hændelser til læring ved en leder fra et af kommunens centre
- et punkt som blev varetaget af medarbejdere fra Center for Kvalitet: Kan vi lære af det der går godt? Punktet bød på en introduktion til FRAM-metoden som analyseredskab

Der har også været aktiviteter i forskellige afdelinger/forvaltninger.

Familie og Forebyggelse, Børn & Unge, har fortsat styrket det tætte samarbejde med den behandlingssansvarlige læge på sygehuset. Når et barn har været indlagt, bliver medicinskemaet fra sygehuset altid sammenholdt med bostedets medicinskema. Herved mindskes misforståelser i overgangene.

Sundheds – og Forebyggelsesafdelingen sikrer patientovergange i forhold til mennesker med erhvervet hjerneskade ved at have en neurokoordinator ansat. Neurokoordinatoren har til opgave at følge patienter ud fra sygehuse. Der er også ansat koordinator inden for det ortopædkirurgiske område, dels til kontakt med sygehus, tilbagemelding til sygehus o.l.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Voksen Handicap har haft fokus på de hændelser, som der er flest af, nemlig medicineringshændelser. Hovedparten af UTH er medicin ikke givet, fordi det er blevet glemt. Voksen Handicap har en del år brugt medicin stafetten, men effekten af denne var ikke tilfredsstillende. Derfor er man ifm. med nyt it system (nexus) begyndt at bruge elektronisk registrering i medicinmodulet. Det skaber en øget opmærksomhed på den elektroniske medicinliste, og dermed udgangspunkt i den senest opdaterede liste, men Voksen Handicap har til gode at se en effekt af den nye arbejdsgang.

En anden fordel er at medicin stafetten var et fysisk stykke papir som kunne blive væk- nu er der en elektronisk log, hvor man kan se hvem der har givet medicin. En anden metode til at huske at give medicinen, som har været testet, er dosecan – en medicinbeholder som elektronisk kodes til at give alarm, når der skal gives medicin. Dosecan har ikke været brugbar under Voksen Handicap forhold. Der er i forvejen alarmer

fra sondemaskiner og krampealarmer - det betyder mange lyde og uoverskuelighed. Borgerne er ikke selv i stand til at reagere, så det skulle være et hjælpemiddel for medarbejderen. Dette opleves det ikke som.

Familie og Forebyggelse, Børn & Unge, gennemgår hver måned de indrapporterede UTH'er, og ud fra disse ser man på, hvor der skal handles. Der er især fokus på medicinen og håndteringen af denne.

Senior – Ældreområdet – har medio 2017 fået ny risk manager/decentral sagsbehandler – dette har begrænset læringsaktiviteterne i 2017.

Sundheds – og Forebyggelsesafdelingen, Sundhedscenter Vejle, har sat ind i forhold til mangelfuld udfyldelse af genoptræningsplaner og de patientrisici, der kan ligge her. Sundhedscenter Vejle har været i dialog med Danske Fysioterapeuter – og der er gennemført undervisning i dokumentation.

Sundhedsvejlederne, Sundheds – og Forebyggelsesafdelingen, har i 2017 haft fokus på **faldforebyggelse**, som belyst i nedenstående:

#### Faldforebyggelse 2017, forebyggede hjemmebesøg, Vejle Kommune

Fokus områder er tre områder, hvor indsatser kan bidrage til forebyggelse fald og faldrelaterede skader. Områder er valgt ud fra "Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til kommunerne", Sundhedsstyrelsen 2015.

##### 1. Styrke- og balancetræning

Sundhedsvejlederne har i deres besøg indarbejdet et fokus på information, vejledning og praktisk afprøvning med borgerne.

Der anvendes forskellige redskaber, det vurderes individuelt hvilke der er behov for at anvende. De redskaber der primært anvendes er rejse/sætte sig testen og udarbejdede balanceøvelser.

Der er i 2017 implementeret et frugtbart samarbejde med LOF som afholder kursusforløb omkring faldforebyggelse i Børkop og Give. Sundhedsvejleder henviser og motiverer borgere hertil.

##### 2. Indsatser med fokus på flere risikofaktorer

Der arbejdes ud fra at fald er multi faktorielt. Der er fokus på de modificerbare faktorer i den enkeltes borgers liv.

##### 3. Helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed

Mange fald kan forebygges. Det kræver at borgerne har en viden som en basal forudsætning for at kunne tage valg ift. sundhedsfremmende livsstil.

I 2017 har vi udarbejdet "Faldhjulet" (se nedenfor). Faldhjulet bruges som udgangspunkt for dialog med borger. Det er redskab til aktiv borgerinddragelse omkring borgerens egne overvejelser og behov. Målet er at øge borgernes egne mestrings strategier og refleksion omkring faldforebyggende handlemuligheder.

#### Vigtige samarbejdspartnere omkring faldforebyggelse

CSV, Myndighedsafdelingen (særligt hjælpemidler), LOF, Sygehusene

Tal

I 2017 er der gennemført 2889 forebyggende hjemmebesøg. I de forebyggende hjemmebesøg er faldforebyggelse samtale implementeret.

Ud af alle forebyggende hjemmebesøg har 31 besøg, haft som hovedformål at drøfte fald og faldforebyggelse. Det kan fx være borgere der er selv henvender sig eller er henvist fra praktiserende læge eller fra myndighedsafdeling til faldrisiko samtale.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Artikel i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 5. September 2017, Læring af fejl i sundhedsvæsenet. Artikkens titel er "Tværsektorielle utilsigtede hændelser – hvordan skaber vi fælles læring". Forfattere: Birgit Dall Hersland, Vejle Kommune og Maya Damgaard Larsen, Århus Kommune.

## **Ærø Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Ulla Bak Nielsen

**Arbejdssted:** Ældre og sundhedsområdet

**Adresse:** Gilleballetofte 5

**Postnummer og by:** 5970 Ærøskøbing

**E-mail:** ubn@aeroekommune.dk

**Telefonnummer:** 51 50 15 23

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Forventer at korrespondancer mellem tværfaglige samarbejdspartnere fungerer. Ved nedbrud tages der telefonisk kontakt for at sikre at der ikke går data tabt.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Ingen

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Generelt om indberetning på fejl på medicin- både udlevering-dosering og fejler.



## **Privathospitalet Mølholm**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lena Stjernholm Nielsen

**Arbejdssted:** Privathospitalet Mølholm

**Adresse:** Brummersvej 1

**Postnummer og by:** 7100 Vejle

**E-mail:** info@molholm.dk

**Telefonnummer:** 87 20 30 40

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

### Håndtering af prøvesvar

PHM har nedsat arbejdsgruppe mhp. optimering af arbejdsgange omkring korrekt rekvirering og indsendelse af prøvemateriale.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

### Forebyggelse af patientskader

- Ugentlige mails fra risikomanager til alle medarbejdere og læger med formålet at påvirke risikokulturen på hospitalet
- Kvartalsrapporter over UTH og afvigende forløb udsendes til alle medarbejdere. Udvalgte problemstillinger tages op på personalemøder.
- Løbende evaluering af patienterstatningssager mhp læring
- Møder mellem riskmanager og individuelle læger med drøftelse af patientskader og forebyggelse heraf.
- Der afholdes møder for alle læger 4 x årligt hvor der bla. drøftes patientrisici og patientskader, samt forebyggelse heraf. Derudover er der på møderne afholdt undervisning og workshops mhp at påvirke lægernes patientsikkerhedskultur.

### Korrekt patientidentifikation

Optimering af time-out proceduren, med fokus på at det er kirurgen der tager initiativ til time-out samt sikrer at alle på stuen deltager i proceduren.

### Optimering af patientinformationsmateriale og hjemmeside

Alt patientinformationsmateriale er nu lagt på hjemmesiden. Patienter informeres via link til hjemmeside i stedet for at få tilsendt vedhæftede filer, hvilket medvirker til at sikre at patienterne altid har adgang til seneste version.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Ugentlige mails fra risikomanager til alle medarbejdere og læger med formålet at påvirke risikokulturen på hospitalet

- Kvartalsrapporter over UTH og afvigende forløb udsendes til alle medarbejdere. Udvalgte problemstillinger tages op på personalemøder.
- Tiltag til forbedring af patient sikkerheden er drøftet og gennemgået på møder med personale og læger



# Sjælland

## Region Sjælland

### I Region Sjælland har vi haft særlig fokus på Sundhedsplatformen

Risikomanagere på sygehusene, i psykiatrien og på privathospitaler har i 2017 været en vigtig del af en stor indsats for at forberede organisationen på Sundhedsplatformen i samarbejde med den regionale kvalitetsenhed og risikomanagere fra Sundhedsplatformen.

Inden implementering af Sundhedsplatformen deltog risikomanagerne i parathedsgupper (fx intensiv og kardiologiske undersøgelser) med henblik på at udarbejde arbejdsgange tilpasset det nye system.

I implementeringsperioden (de første 6 uger) blev alle utilsigtede hændelser (UTH) og IT sager gennemgået på såvel lokalt som regionalt niveau, med det formål at identificere og risikovurdere patientsikkerheden i tæt samarbejde på tværs af sygehuse og organisationer, samt iværksætte initiativer til sikring af patientsikkerheden.

### **7. Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### I Region Sjælland har vi i 2017 haft særlig fokus på "Fremskudt visitation"

Der er arbejdet målrettet med "Fremskudt visitation" på sygehusene. Visitorer og/eller sygeplejersker fra kommunerne er til stede på sygehuset. De besøger patienten på afdelingen og kan deltage i udskrivelses-samtaler. Når borgeren udskrives er pleje og rehabilitering således præcist målrettet borgerens behov. Den kommunale visitor/sygeplejersken prioriterer patienter, hvor funktionsniveauet er ændret væsentligt. Det kan fx være en borger med apopleksi. Det har fremmet kommunikationen mellem visitor og plejepersonale væsentligt og det har givet en stor indsigt i hinandens arbejdsområder og det rum personalet agerer indenfor. Der er stor tilfredshed med ordningen blandt de borgere, som har været omfattet af den.

### **Netværk**

Der er flere netværk i Regionen, hvor arbejdet med patientsikkerhed danner grundlag for videndeling, herunder læring og igangsættelse af forebyggende initiativer i kommuner og i region.

Nedenfor beskrives to af netværkene kort.

#### Den tværsektorielle patientsikkerhedsgruppe

Den tværsektorielle patientsikkerhedsgruppe består af risikomanagere fra regionens kommuner, sygehuse, psykiatri, præhospitalet, socialområdet og praksissektoren. Netværket har i 2017 haft fokus på de to store IT systemer (Fælles Sprog III i kommunerne og Sundhedsplatformen på regionens sygehuse), som er udrullet. Netværket har et godt samarbejde. Ved alle møder er videndeling af cases fra fx UTH et fast punkt. Netværket bruger hinanden til analyser og indsatser på tværs af sektorer. "Den ældre medicinske patient", evaluering af Sundhedsaftalen, projektet "I sikre hænder" og medicin håndtering i sektorovergange er eksempler på indsatser, der er arbejdet med.

#### Netværk for Patientsikkerhed

Netværket arbejder med forbedringer i forhold til patientsikkerhed. Det sker via læring og videndeling gennem et bredt samarbejde mellem risikomanagerne fra sygehusene, psykiatrien, det præhospitale område samt regionshuset. Netværket har i 2017 fungeret som projektgruppe for projekt "Patientsikkerhed før, under og efter go live" under Sundhedsplatformen. Netværket har arbejdet hen mod sikker implementering af Sundhedsplatformen ud fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv bl.a. med afsæt i utilsigtede hændelser.

## **Psykiatrien**

### Forløbsprogram

Psykiatrien og de 17 kommuner i Region Sjælland har udviklet "Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug". Forløbsprogrammet har til formål at formalisere samarbejdet med og omkring borgere (+18 år) med psykisk lidelse som også har et misbrug. Se [www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose](http://www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose).

### Fokus på tværsektorielle hændelser

Der har været igangsat en analyse af overgange mellem sektorer. I den forbindelse er der foretaget interviews af frontmedarbejdere på Psykiatrisk akutmodtagelse, to somatiske afdelinger, en visitationsafdeling fra en kommune og en praktiserende læge. Opsamlingen af dette arbejde pågår fortsat.

### Partnerskabsaftale

Der er etableret en partnerskabsaftale mellem Psykiatrien og Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, for at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken og understøtte det gode patientforløb. Det gode patientforløb sikres gennem respekt, ansvar og faglighed og en fælles forståelse for samarbejdes mål. Der afholdes 3 møder årligt, hvor UTH på tværs af sygehusene drøftes.

## **Nykøbing Falster Sygehus**

### Tidlig opsporing

Kommunikation på tværs er et af sporene i projekt "Tidlig opsporing". Deltagerne i denne tværsektorielle netværksgruppe er visitatorer fra kommunerne, kliniske udviklingssygeplejersker og sygeplejersker fra sengeafsnit. Der arbejdes med kommunikationsflowet på sundhedsaftalerne og de underliggende MedCom standarder.

### Kapacitetskonference

Der er daglige kapacitetskonferencer med tilstedeværelse af lederne på de respektive afdelinger og vicedirektør. Sammen vurderer de sygehusets aktuelle belægning i forhold til indlæggelser og udskrivelser, og overflytning af patienter aftales afdelingerne i mellem. Alt efter behov afholdes konferencerne 1 - 3 gange dagligt.

### Tværsektoriel sårgruppe

Der er nedsat en tværsektoriel gruppe omkring sårpatienter. Gruppen har, med udgangspunkt i utilsigtede hændelser (UTH), drøftet organisering, kommunikation, samarbejde og vidensdeling sektorernes imellem. Gruppen har afsluttet sit arbejde og det integreres fremover i de eksisterende sårgrupper på sygehuset.

## **Holbæk Sygehus**

### Geriatrisk team

Det geriatriske team er etableret i et tæt partnerskab med Holbæk, Kalundborg og Odsherred Kommune. Teamet består af fire sygeplejersker – én fra hver af kommunerne, og én fra sygehuset – en fysioterapeut, ergoterapeut, læge og sekretær samt en projekt- og teamleder tilknyttet sygehuset. Egen læge, den kommunale hjemmesygepleje og sygehuspersonale kan tage initiativ til at kontakte teamet, når de møder ældre patienter med vanskelige forløb. Teamet kan, sammen med borgeren, lave en grundig helhedsvurdering af dennes behov og på den baggrund vurdere, hvilke tilbud der vil være bedste for den enkelte borger/patient.

Teamet flytter den specialiserede udredning tættere på borgerens hjem. Der iværksættes en helhedsplan så funktionsniveauet bevares og sygdomme ikke udvikler sig. Teamet følger også op på udskrivelse af sårbare ældre patienter og opsøger grupper af borgere, som ikke passer under kategorien "forebyggende ydelser" fra kommunen eller sygehuset. Teamet bidrager også til at håndtere særligt komplicerede forløb, som kræver samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser i udrednings- og behandlingsfasen.

### Lånesenge

Holbæk Sygehus har haft fokus på arbejdsgangen omkring lånesenge og det sikre patientforløb. Der er bl.a. blevet arbejdet med en tjekliste, der tydeliggør, hvilke opgaver der skal udføres med henblik på at sikre et kontinuerligt patientforløb, når patienten flyttes i låneseng. Der er desuden lavet en forbedret arbejdsgang ift. stuegang af patienter i lånesenge, og der er arbejdet med formidlingen omkring, hvor patienten befinder sig, så også de tværgående afdelinger (fx radiologi og kliniske biokemi) ved hvor patienten befinder sig, når de er flyttet fra stamafdeling til låneseng. Arbejdet med at forbedre forløbet fortsætter i 2018 og justeres løbende i forhold til de erfaringer, personalet gør sig.

## **Sjællands Universitetshospital**

### Genindlæggelser

To afdelinger på Sjællands Universitetshospital har arbejdet målrettet på at reducere genindlæggelser. De vil, på baggrund af journalgennemgang, identificere problemstillinger, som skal danne udgangspunkt for at iværksætte indsatser på tværs af sektorer.

### Delesygeplejersker

Formålet med projektet er at styrke sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Målgruppen er patienter (+65) bosiddende i Roskilde Kommune, der har tilknytning til Medicinsk- eller Neurologisk Afdeling, som får ydelser fra Roskilde Kommune.

Der er ansat delesygeplejersker, der varetager sygeplejen af patienten under hele forløbet fra de bliver indlagt, til de er veletablerede og stabile i eget hjem. Delesygeplejersken har ansvaret for, at den plan der lægges for patienten bliver fulgt og eventuelt justeret efter patientens behov.

### Forbedringsprojekter

Der er i 2017 iværksat forbedringsprojekter der relaterer sig til patientovergange. Der deltager 4 afdelinger, som arbejder med følgende konkrete projekter:

- Overdragelse af patienter fra intensiv til sengeafdeling
- Overdragelse af patient til kommune

## **Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse**

På Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse (NSR) er der stort fokus på patientovergange, både mellem afdelinger, sygehuse og mellem sygehuse og praksissektor/kommuner. Der er ansat en praksiskonsulent, hvis formål er at styrke samarbejdet om patientovergange mellem sektorer med særlig fokus på sygehusledelsens indsats for at styrke samarbejdet med de praktiserende læger.

Et øget fokus på overgange i 2017 har betydet, at der er oprettet et ad hoc forum, hvor kvalitetssygeplejerskerne samarbejder og bearbejder UTH på tværs af afdelingerne på NSR. Det har medvirket til mindre silotænkning og mere tværfaglig læring og vidensdeling på tværs af afdelinger og det har givet et langt større udbytte af patientsikkerhedsarbejdet.

### Udskrivelse - fra patient til borger

- Der har været fokus på korrekt udfyldelse af udskrivelsesrapporterne, da det i sagsbehandlingsarbejdet blev tydeligt, at de var mangelfulde. Sengeafdelingerne har arbejdet med udskrivningsrapporterne på målstyringstavler og via fokus og indsatser, formålet er at højne kvaliteten i overgange.
- Derudover er der udarbejdet en guide, så sundhedspersonalet husker alle elementer i udskrivelsesforløbet med særlig fokus på korrekt håndtering.
- For alle indlagte patienter har man på de daglige afsnits-patienttavlemøder forsøgt at forudsige en forventet udskrivelsesdato.
- I KKS (Kommunale Samarbejdsfora Somatik) har man løftet problematikken vedrørende manglende telefonisk kontakt til hjemmeplejen ved udskrivelse, særligt i weekenden.

### FMK

Der er sikret oplæring af lægegruppen i afstemning og ordination af medicin i FMK. Målopfyldelse på gennemgang og ajourføring følges på afdelingerne og sygehusledelsens målstyringstavler, hvilket har medført øget bevågenhed og har givet anledning til faglige drøftelser i forhold til patientens forløb.

### Tværasektorielle tavlemøder

I løbet af 2017 er der etableret tværasektorielle tavlemøder mellem sygehus- og afdelingsledelser på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Slagelse Kommune, Psykiatrien og almen praksis, hvor fokus er på patientovergange. Formålet med tavlemødet er at sikre gode tværasektorielle forløb, høj ensartet kvalitet, at have borgeren i centrum, samt at opnå et tættere samarbejde på tværs. Tavlen tager også udgangspunkt i kvalitetsdata, herunder akutte genindlæggelser inden for 5 dage. Denne viden anvendes i fælles dialog til at tilpasse indsatserne i de forskellige sektorer til gavn for fælles borgere.

### Genindlæggelser

Der er startet et samarbejde med KOL kompetencecenteret med fokus på læring i personalegruppen og reduktion i antallet af genindlæggelser. Der er etableret et struktureret samarbejde med primær sektor med fokus på sektorovergange, arbejdsgange, genindlæggelser samt ugentlige besøg af Slagelse Kommunes akutteam i Akutafdelingen. Dette har højnet kvaliteten af udskrivelser og indlæggelser for borgerne og nedbragt antallet af denne type utilsigtede hændelser.

### Genoptræningsplaner

Der er fokus på korrekt håndtering af genoptræningsplaner for de håndkirurgiske patienter. Der har været igangsat indsatser med løbende opfølgning på ambulatoriets målstyringstavle. Indsatserne har skabt øget

bevågenhed og mere strukturerede arbejdsgange, hvilket har medført, at genoptræningsplanerne sendes planmæssigt afsted, så patienterne i højere grad sikres korrekt og rettidig genoptræning.

### AK-behandling

Der er fokus på sektorovergange fx dosering af AK i Hjemmeplejen og interaktioner med AKmedicin på afdelinger og i praksis. Der er fremsat ønske om, at der i hver kommune/distrikt, er en tovholder for AK-behandlingen.

Interaktioner med anden medicin rapporteres som utilsigtet hændelse til pågældende afdeling, afsnit eller læge. Aktuelt overvejes det at udarbejde en opdateret interaktionstabel til brug for primært praktiserende læger. En tabel, hvor de praktiserende læger hurtigt kan søge viden omkring det enkelte præparats interaktion med AK-medicin.

### Forebyggelse af overbelægningssituationer

I 2017 er der udarbejdet og udgivet en retningslinje, der beskriver sygehusets indsatser for vedvarende at forebygge overbelægning. Retningslinjen bygger på principperne i Sikker Patientflow, og beskriver konkret de forskellige aktørers rolle i den daglige indsats for at sikre, at den rigtige patient er i det rigtige forløb på det rigtige tidspunkt. Retningslinjen understøtter flowkoordinatorfunktionen, der i 2017 overgik til døgnbehandling. Der er udviklet actionscards til alle aktører.

### **Præhospitalt Center (PHC)**

PHC har haft fokus på "Sikker Kommunikation" - både på 112 opkald og ved siddende befordring. Ift. siddende befordring er dette optimeret via lommekort, plancher og undervisning/ møder.

Derudover, har der været fokus på tilstrækkelig dokumentation og journalføring af præhospitalt patientforløb og disse er fulgt op med auditering.

Der er aftalt "praktikforløb" for en kommunes akutteam. Aktiviteten omhandler ca. 50 sygeplejersker, der dels skal på en dags observationspraktik i AMK – vagtcentralen, dels en dags observationspraktik i ambulancetjenesten.

### **Socialområdet**

Socialområdet har arbejdet struktureret på at øge det pædagogiske personales kompetencer på det sundhedsfaglige område, særligt indenfor medicinhåndtering. Det har medført øget fokus på patientovergange.

FMK er endnu ikke implementeret. Efter et pilotprojekt i foråret 2018 bliver den endelige implementeringsplan for FMK aftalt.

Der har været fokus på følgende områder indenfor kompetenceudvikling:

- Intensivering af især medicinkurserne for de medicinansvarlige på botilbuddene.
- Øget fokus på og italesættelse af, at problematikker i forbindelse med sektorovergange skal registreres som en utilsigtet hændelse (UTH).
- Italesættelse af arbejdsgange og et fokus på den sundhedsfaglige dokumentation.



## Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?

Patientsikkerhedsudvalget under den Regionale Lægemeddelkomite gennemgår alle UTH vedr. medicinering og har et særligt fokus på hændelser, hvor risikofyldte præparater indgår (fx Clozapin).

Der har i Region Sjælland været et vedvarende fokus på medicinering i form af opfølgning på gennemgang og ajourføring af FMK. Målopfyldelsen følges bl.a. med ugentlige indikatorer som præsenteres på flere afdelingers og på sygehusledelsernes målstyringstavler. Lægerne har fokus på ordination, afstemning og ajourføring i FMK og sygeplejerskerne på medicindispensering og -administration. Endvidere er der arbejdet målrettet med retningslinjer og arbejdsgange i forhold til delegeret medicin.

Medicineringshændelser har vist, at der er behov for en forventningsafstemning i sektorovergange mellem hjemmeplejen, apoteker og almen praksis. Derfor er der fokus på at sikre, at alle parter kender ansvarsfordelingen og kender til patientens situation, så eksempelvis:

- Hjemmesygeplejersken ser ændringer i FMK umiddelbart efter lægen har ændret behandlingen.
- Medicinændringer der er meddelt til borgeren, eller den person der har ledsaget borgeren til konsultation, hurtigt lægges i FMK.
- Almen praksis ved at borgeren har hjemmehjælp, og derfor både giver borgeren og hjemmehjælperen besked om medicinændringer.

Rapporterede UTH bruges proaktivt og danner grundlag for tiltag og indsatser i forbedringsarbejdet. Risiko-managere og vicedirektører gennemgår UTH. Der arbejdes samtidig med læring i snitfladen mellem UTH og klagesager.

Den infektionshygiejniske enhed (IHE) arbejder sammen med regionens sygehusledelser om at nedbringe forekomsten af Clostridium difficile infektioner. Indsatsen er tilpasset de enkelte sygehuse og foregår i tæt samarbejde med afdelingsledelserne. Alle patienter med påvist C. difficile gennemgås med fokus på anvendelse af korrekte infektionshygiejniske forholdsregler og korrekte behandlingsregimer. Forløbene vurderes mhp. læring og forbedringstiltag. Indsatsen har siden 2012 reduceret forekomst med 10 % i 2013 og yderligere 10 % i 2014. Målene blev nået i 2013 og 2014 og indsatsen er konsolideret de følgende år.

## Psykiatrien

### "Sikker Psykiatri"

I 2017 har der været fokus på spredning af pakkerne fra Sikker Psykiatri, hvor pilotafsnittet har beskrevet prototyper/retningslinjer på følgende områder:

- Udvidet medicinggennemgang.
- Review af bæltefikseringer.
- Basale observationer af psykiatriske patienter (Early Warning Score – EWS).
- Selvmordsrisiko, vurdering heraf, hos voksne og børn/unge over 10 år i psykiatrien – tværregional retningslinje.
- Struktureret overlevering ved vagtskifte (sikkerhedsbriefing).

I forbindelse med at skulle understøtte spredningen af de nye arbejdsgange fra "Sikker Psykiatri", er der blevet etableret ekspertteams for både de 4 kliniske pakker og de 2 organisatoriske pakker, hvor der er repræsentanter fra alle Psykiatriens afdelinger. Der er bruger- og pårørende repræsentanter i flere teams.

### Analyse af selvmord og selvmordsforsøg

Der har været et fokus på gennemførelse af dyberegående analyser ved selvmord og selvmordsforsøg. Der gennemføres altid analyser på selvmord under indlæggelse. I øvrige patientforløb med selvmord /selvmordsforsøg, hvor det vurderes, at der er et læringspotentiale fortages også dyberegående analyser. I patientforløb, hvor flere sektorer er involverede i patientforløbet, inviteres de til at deltage i analysesemødet. Ved alle uventede dødsfald under indlæggelse bliver der gennemført dyberegående analyser.

### **Nykøbing Falster Sygehus**

#### Prøver og prøvesvar

Sygehuset har haft fokus på tilretning af retningslinjer med præcisering af arbejdsopgaver og ansvarsfordeling i de enkelte afdelinger. Der er i 2017 udsendt oversigt over rettidig kvitterede prøvesvar til alle afdelinger og det følges op på dialogmøder mellem sygehusledelse og afdelinger.

#### Infektionshygiejne

Sygehusets infektionshygiejniske gruppe har bl.a. arbejdet med arbejdsgange omkring isolation, auditeret på patientforløb med henblik på læring. Forbrug af flere antibiotika er fulgt. Sygehusets hygiejnesygeplejerske deltager i kapacitetskonferencerne og følger op på isolationspatienter i afdelingerne.

#### Indsatser i akutafdelingen

Der har i akutafdelingen været særskilte indsatser i forhold til smertebehandling og palliation. Til at arbejde med indsatsen, har der været nedsat en gruppe, som er sammensat af repræsentanter fra alle relevante afdelinger, service afd. samt kvalitetsafdelingen.

### **Holbæk Sygehus**

#### Guide til nye arbejdsgange

I forbindelse med overgangen til og implementeringen af Sundhedsplatformen har der blandt andet været udarbejdet tværfaglige guides vedrørende hjertestopkald, traumekald og akut medicinsk kald med involvering af klinikere fra relevante afdelinger (Anæstesiaafdelingen, Akutafdelingen og Medicinsk Afdeling).

### **Sjællands Universitetshospital (Køge og Roskilde sygehuse)**

#### Styrkelse af teamleder uddannelsen for hjertestopholdet

Hospitalet har valgt at styrke uddannelsen af de kardiologiske forvagter, som er teamledere under hjertestop. Lægerne får undervisning i avanceret hjertestop ved fællesintroduktionen. Som supplement får de nu yderligere 2,5 timers teamledertræning + scenarietræning i forbindelse med introduktionsforløbet, så de kan håndtere hjertestopledelsen. Derudover kan de månedene deltage i re-certificering med henblik på at opnå yderligere træning ved behov.

#### Travlheds-UTH'er

Risikomanager foretager hver uge en risikovurdering af alle rapporterede UTH'er på hospitalet. I vurderingen indgår, om forhold som travlhed, normering og lignende har været årsag/ medvirkende årsag til UTH'en. Afdelingsledelsen vurderer hændelsens karakter indenfor en uge og såfremt det drejer sig om en såkaldt travlheds-UTH, udarbejdes en handleplan med tidsangivelse indenfor en uge.

### Stop the Line

Der er indført "Stop the Line" på hospitalet.

"Stop the line" betyder, at enhver medarbejder har ansvar for og pligt til at standse en procedure eller funktion – klinisk eller ikke klinisk - hvis han/hun observerer forhold, som kan udgøre en risiko for en eller flere patienter. Formålet med "Stop the line" er at forebygge UTH. Der er gennemført spørgeskemaundersøgelse der belyser, hvordan medarbejderne vurderer "Stop the line" i klinisk praksis. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelse er anvendt til yderligere belysning af udfordringerne ved implementering i klinisk praksis.

### Second Victim

Der er foretaget en undersøgelse, der beskriver medarbejdernes oplevelse af at være involveret i en utilsigtet hændelse og den hjælp de har modtaget. Resultater fra undersøgelsen er formidlet og publiceret i tidsskrifter og på konferencer.

### UTH, kerneårsagsanalyser og hændelsesanalyser

- I gennemgangen af kerneårsags- og hændelsesanalyser lægges der vægt på inddragelse af tankegangen Safety 2 og 3. Der er følges op på handleplanen efter 1 måned for at sikre fremdrift. Læringspotentialet deles på lederrådsmøder.
- Afdelingsledelser præsenterer på skift en utilsigtet hændelse fra egen afdeling med fokus på læring.

### Kommune samarbejde somatik (KSS) og UTH

På KSS møder drøftes UTH i forhold til, hvordan der kan skabes læring på baggrund af disse og der er på baggrund heraf iværksat forbedringsprojekter jf. ovenstående.

### Sikker kirurgi og Early Warning Score (EWS)

I 2017 har der været særlig fokus på, at afdelingerne opnåede målopfyldelse på anvendelsen af "Sikker kirurgi" tjekliste samt EWS. Alle afdelinger har opnået målopfyldelse på anvendelsen af sikker kirurgi tjekliste og fraset et par enkelte afdelinger er der opnået målopfyldelse på EWS.

### **Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse**

#### Farmaceuter i Akutafdelingen

I forbindelse med implementering af Sundhedsplatformen, er der påbegyndt et samarbejde med Sygehusapoteket i form af farmaceuter i Akutafdelingen på Slagelse Sygehus. Sygehusledelsen har ønsket at afprøve om anvendelse af farmaceuter i Akutafdelingen kan være med til at understøtte et sikkert patientflow i forhold til medicinering, ved at levere farmaceutisk service til medicingennemgang og klargøring af FMK kladder. Afprøvningen fortsætter i 2018

### Tryksår

Der har siden 2010 været arbejdet med at forebygge tryksår på sygehusene. Anbefalingerne fra Patientsikkert Sygehus mht. tryksår er løbende indarbejdet i den kliniske praksis. I det fremadrettede arbejde har Sygehusledelsen vedtaget at oprette en sygehus-KPI for tryksår på relevante målstyrings-tavler på hele hospitalet.

Der har siden primo 2017 været arbejdet systematisk med forebyggende indsatser. Tryksårsindsatsen har resulteret i følgende konkrete indsatser:

- 1) Kategorisering af og visualisering af tryksår
- 2) Etablering af måling og monitorering af tryksår på sygehusniveau ugentligt
- 3) Udarbejdelse af "Guide til analyse af tryksår"
- 4) Auditerings- og IHI-registrerings vejledning
- 5) Erfaringer og resultater fra workshop afholdt i Ortopædkirurgisk Afdeling vedr. bandagering er parat til præsentation for øvrige afdelinger.

Ledelsesforankring på alle niveauer har været afgørende for fremdriften. Større fokus på resultatmål fremfor processer. Målsætningen ved udgangen af 2017 er, at ingen patienter udvikler tryksår kategori 2-4 samt at antallet af tryksår kategori 1 reduceres med 50% (og med 80% ved udgangen af 2018).

### Medicinering

Vedr. 'Højrisikomedicin' har der pågået et arbejde vedr. sikker medicinering med AK-behandling og opioider. Når der gennemføres løbende auditering, ses der bl.a. på korrekt udfyldelse af AK-skema samt præoperativ pausering og postoperative ordinationer (bridging). AKCentret udarbejder bridgingplaner til alle patienter, der er tilknyttet AK-Centret, planerne indscannes til patientens journal, så andre afdelinger i Region Sjælland kan se disse. Derudover sendes bridgingplanen til patienten via E-boks, så denne modtages hurtigst muligt. Hvis det er nødvendigt udskrives recept på nødvendig medicin i forbindelse med operation/indgreb/undersøgelse. Rapporterede hændelser af aflyste operationer på grund af manglende pausering samt fejl i postoperativ ordination af AK-behandling analyseres og undervisning iværksættes via AK-skolen. Der har været et skærpet opmærksomhed på bivirkning ved opioidbehandling ved målstyringstavler på afsnitsniveau.

### Patientidentifikation

Med henblik på at undgå fejl i forbindelse med patientidentifikation og præanalytiske forhold i praksis (mærkning, prøvetagning, håndtering af prøvemateriale), er der løbende orientering og undervisning ved de laboratoriefaglige konsulenter. Udviklingen følges tæt gennem tidstro data og patientidentifikation i Sundhedsplatformen.

### Observation og viderehenvielse af akut dårlige ambulante patienter

Der har været stort fokus på observation, behandling og viderehenvielse af akut dårlige patienter, særligt efter akutfunktioner på Næstved Sygehus er nedlagt. Flere initiativer er sat i gang vedrørende tilretning af arbejdsgange, retningslinjer og processer med inddragelse af Præhospitalt Center.

### Radiologiske undersøgelser

Der er gennemført en omfattende auditeringsrunde med henblik på kvalitetssikring af radiologiske undersøgelser. Der er set på henvisningskvalitet, visitation, teknisk udførelse af undersøgelsen og beskrivelseskvalitet (samlet kaldet 'Sikker Radiologi'). Dette inden for en lang række undersøgelser, både indenfor MR, CT og konventionel røntgen.

### **Præhospitalt Center**

Præhospitalt Center har haft fokus på både intern og ekstern kommunikation. Den interne kommunikation har fx været mellem sundhedsfaglige visitatorer, vagthavende AMK læge, ambulanceberedskabet og/eller

tekniske disponenter. Ekstern kommunikation har været kontakt til praktiserende læge og/eller hjemmepleje, hvor der er rettet direkte henvendelse til pågældende sundhedsperson med afsæt i konkrete patientforløb mhp. at sikre korrekt sundhedsfaglig hjælp til den enkelte borger.

## **Socialområdet**

### UTH

I 2017 har Socialområdet udført kvalitetsovervågninger med fokus på UTH i sektorovergange. Der er således et øget fokus på, at disse skal betragtes som og registreres som UTH, da Socialområdets borgere er i særlig risiko.

### Kommunikation mellem sektorer uden om FMK

En implementering af FMK på Socialområdet vil imødekomme den problematik, der opstår, når der ændres i en borgers medicinering og denne ændring skal effektueres i det enkelte tilbuds medicinmodul. Aktuelt foregår kommunikationen mellem de koordinerende læger og det enkelte tilbud via telefon og skrevne notater, og denne procedure indeholder en potentiel risiko for fejl. Ved Socialområdets pilotprojekt om FMK og kommende implementering af FMK, imødekommes netop denne problematik.

## **Praksissektoren**

### Almen praksis og speciallæger

Der er fokus på rapporteringspligt og patientsikkerhedsarbejdet i almen praksis, og følgende er formidlet:

- Informationsmateriale ved Stor Praksispersonaledage.
- Video om patientsikkerhedsarbejde og utilsigtede hændelser.
- Vaccinationsanbefalinger.
- Nyhedsbreve med fokus på sektorovergange til almen praksis.

### FMK i overgange mellem almen praksis, kommuner og sygehuse

FMK er tiltænkt som et enstrengt medicineringssystem. Både almen praksis, kommuner og sygehuse anvender FMK. Derfor er det vigtigt, at alle der ændrer i den medicinske behandling samtidigt opdaterer FMK.

### Vaccination mod influenza

I forbindelse med influenzavaccinationer af ældre borgere på plejehjem er der forskellige vaccinatorer, der er i spil og i 2017 er der samtidigt kommet plejehjemslæger. Ikke alle plejehjemsbeboere har skiftet fra egen læge til plejehjemslæge og ikke alle beboere kan huske om de er blevet vaccineret i løbet af de sidste par uger. Hændelser beskriver at nogle borgere er vaccineret flere gange.

### Erstatningspersonnumre

Der eksisterer ikke en national løsning på oprettelse af erstatningspersonnumre. Det betyder, at borgere der kommer til egen læge får oprettet ét erstatningspersonnummer her, men sendes de videre til udredning/behandling på et sygehus, kan det ske, at der oprettes et nyt erstatningspersonnummer ved hvert sygehusbesøg. Hvis ikke borgeren medbringer oplysninger, er det derfor ikke muligt at fremsøge tidligere oplysninger og følge sammenhængende op på tidligere behandlinger.

### Epikriser fra sygehuse til speciallæger

Der er udarbejdet en vejledning til alle sygehuse med præcisering af udsendelse af epikriser til egen læge og speciallæger.

#### Prøver med forkert patient ID - prøver sendt fra almen praksis til patologiafdelingen

Der bliver fortsat rapporteret en del hændelser vedr. forkert patient-ID på SMEAR prøver. Hændelserne drejer sig om prøver, som er opdaget ved registreringen på Patologiafdelingen.

Anbefalinger til gode arbejdsgange for håndtering af prøver er udsendt til læger og speciallæger og kan læses på Sundhed.dk.

#### Dosisdispensering – ændringer fra almen praksis til apotek

I samarbejde med apotekerforeningen og KAP-S er almen praksis orienteret om, at seponering af dosisdispensering ikke kan ske via FMK, da apoteket ikke kan arbejde direkte i FMK.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I det følgende vil der kort blive beskrevet hvad organisationen fagligt har udmeldt i 2017.

#### **Psykiatrien**

Der er udgivet retningslinjer for følgende områder:

- Udvidet medicingennemgang.
- Vurdering af selvmordsforebyggelse, herunder implementeringen af Ring-hjem-ordningen (Tværregional-Region H+ Region Sjælland).
- Struktureret overlevering ved vagtskifte.
- Måling af basale værdier for psykiatriske patienter (EWS), (Tværregional-Region H+ Region Sjælland).

I forbindelse med implementering af den nye arbejdsgang vedr. vurdering af selvmordsforebyggelse, har der været tilbudt undervisning på 3 geografier i regionen.

#### **Nykøbing Falster Sygehus**

Der er et vedvarende fokus og indsats på patientinddragelse. Nykøbing F sygehus har i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed tilrettet pjecen "Godt du spørger" til Nykøbing F Sygehus. Det, at patienter og pårørende er forberedte og aktive i deres egen behandling, kan være med til at skabe sammenhæng og forhindre fejl. Derudover ses følgende udmeldinger:

- Der er udsendt brev til alle afdelinger i forhold til at sikre arbejdsgange i relation til rettidig reaktion på prøvesvar og patientidentifikation.
- Flere afdelinger har udarbejdet flowcharts og beskrevet arbejdsgang og ansvarsfordeling i arbejdet med UTH og patientsikkerhed.
- På møder for ledende oversygeplejersker har bl.a. følgende emner været på dagsordenen: Vurdering og revurdering af kroniske værdier, kommunikation ved udskrivelse og apopleksi opstået under indlæggelse.

#### **Holbæk Sygehus**

Holbæk Sygehus udsender løbende informationer til medarbejderne omkring:

- Læring af UTH.
- Nye og reviderede retningslinjer.

- Nationale meddelelser.
- Generelle patientsikkerhedsmæssige risici.

### **Sjællands Universitetshospital**

Der er formidlet:

- 3 Nyhedsbreve (Patientsikkert Sygehus og Sundhedsplatformen x 2).
- 2 OBS meddelelser (Gentamycin og mærkning af patologiprøver).
- Generel information af patientsikkerhed i organisationen.

### **Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse**

Der er udsendt faglige udmeldinger vedrørende:

- Epikriseindhold.
- FMK-ajourføring og korrekt udfyldte rapporter til primærsektor.
- Opfordret til at rapportere i UTH-systemet.

### **Præhospitalt Center**

Der er udarbejdet og udsendt:

- Flowchart målrettet praktiserende læger. Flowchartet angiver, hvornår og til hvilken vurderet hastegrad kørselsformer og telefonnumre skal anvendes ved behov for præhospital assistance.
- En fortegnelse over opgavedelingen til intern anvendelse mellem det præhospitale- og det kommunale område.

### **Socialområdet**

Der er udmeldt følgende:

- Pilotprojekt for FMK.
- Kvalitetsovervågninger af UTH på alle Socialrådets tilbud.
- Handleplaner udarbejdes på baggrund af UTH.
- Fokus på sundhedsfaglig dokumentation med udgangspunkt i krav fra Styrelsen for patientsikkerhed.

### **Praksissektoren**

I almen praksis og hos privatpraktiserende speciallæger har der været fokus på udvikling og vedligeholdelse af patientsikkerhedskulturen, særligt vedrørende:

- Vidensdeling og læring fra UTH.
- Faglige udmeldinger og cases i Praksisinfo, <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/nyheder/praksisinfo-2017/>
- Nyhedsbreve til læger og apoteker.
- Opfølgning på prøvesvar – hvem har ansvar borger eller almen praksis?

### **Utsigtede hændelser**

- UTH er et fast punkt på dagsordenen for ledende oversygeplejersker i somatikken. Her drøftes konkrete problemstillinger, læring heraf og spredning dermed på tværs af afdelinger.
- Der er etableret et tæt samarbejde mellem indkøbsafdelingen, sygehusenes - og regionens risikomanagere omkring UTH. Dette har omhandlet hændelser omkring medicinsk udstyr, reklamationer etc.

### **Andet**

### Patientinddragelse

Der er foretaget justeringer i indlæggelsesforløbene på baggrund af feedback fra patienter og møder i Ortopædkirurgisk afdeling på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse.

- Ordet "stuegang" er erstattet af "konsultation". Kan en ny måde at tale på styrke rammen for samarbejdet med pt omkring indlæggelse og udskrivelsesproces? "Den sårbare patient" og medinddragelse af pårørende er i fokus ved forundersøgelser. Der monitoreres på to indikatorer: Borgerens overblik over eget indlæggelsesforløb og overblik over medicin ved udskrivelse.
- Der tages nu telefonisk opfølgende kontakt til alle patienter efter udskrivelse, for at sikre gode overgange. Antal genindlæggelser monitoreres på målstyringstavler og årsager til genindlæggelse gennemgås for at skabe læring og ændre u hensigtsmæssige processer.
- Deltager i Lundbeckfondens samarbejde vedr. fast-track kirurgi.
- Kontakt til afdelingen forenkles (kun ét tlf. nummer).
- Opdatering og udvikling af afdelingens skriftlige informationsmateriale. Patientoplevelset kvalitet undersøges hver uge via spørgeskemaaudit.

### Hvad er vigtigt for dig? - dag

I forbindelse med den årlige "Hvad er vigtigt for dig?" -dag, har flere afdelinger på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse igangsat en kulturændringsproces for, hvordan patientens ønsker og ressourcer inddrages i pleje og behandling. Dette har øget compliance og forebygget fejlbehandling, og har dermed øget patientsikkerheden. Der foreligger ikke målbare resultatindikatorer af indsatsen.

### ISO 15189 akkreditering

Klinisk Biokemisk Afdeling på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse blev i marts 2017 ISO 15189 akkrediteret. Det har medført en gennemgang af og øget fokus på afdelingens procedurer og arbejdsgange, herunder også de patientsikkerhedsmæssige aspekter.

### Fysioterapeuter i skadestuen

Patienterne skal modtage passende behandling og relevant vejledning uden forsinkelser. Der er implementeret fysioterapeuter i skadestuen på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse med fokus på diagnostik af patienter med muskuloskeletale skader og behandling af disse inden for 2 timer efter første kontakt.



## **Faxe Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Pia Bruun

**Arbejdssted:** Faxe kommune, Faxe Øst

**Adresse:** Præstøvej 78

**Postnummer og by:** 4640 Faxe

**E-mail:** [pib@faxekommune.dk](mailto:pib@faxekommune.dk)

**Telefonnummer:** 21 15 40 31

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Faxe kommune har deltaget i KKS samarbejde i et projekt, hvor der bl.a. blev arbejdet med at forbedre medicin håndteringen i sektor overgange.

Udskrivningskoordinatorerne har 3 gange om ugen, deres gang på sygehusene i området, hvor der samarbejdes om at sikre/ forbedre borgernes udskrivelse.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

I Faxe kommune har der 2017 været en organisation ændring, hvor man har decentraliseret sygeplejerskerne. Dette for at højne fagligheden og et tættere samarbejde omkring borgeren. Man har derved fået borgeren mere i centrum i plejen og behandlingen.

Vi har stadig en særlig indsats på medicin håndterings område, alle nye medarbejder skal igennem vores E-læringsprogram om medicin håndtering.

Mange SSA'er har været til ene undervisning i medicin modulet, for at sikre deres faglighed.

Vi har haft særlig fokus på dokumentation i borgerens omsorgsjournal. Der er etableret fælles undervisning i omsorgssystemet af nye medarbejder, dette sker hver anden mdr. Hvorved alle nye medarbejder får den samme undervisning. Desuden har der været gennemført gruppe og individuel undervisning, til de medarbejder der ønsker en genopfriskning af dokumentationen og regler /love ang. dette.

Vi arbejder videre med triagering for at forebygge indlæggelser. Der er implementeret Triage tavler, så medarbejderne får overblik over de borgere, som har brug for øget opmærksomhed og der iværksætter hurtigt målrettede handlinger.. Faxe Kommune arbejder effektivt, med øget fokus på sårbare borger og iværksætter målrettet handlinger, så borger når habituel tilstand igen og forbliver i eget hjem.

Der er i Kommunen generelt stort fokus på større udbredelse af rapportering af utilsigtede hændelser og der arbejdes stadig løbende med at forbedre rapporterings- og læringsdelen i forhold til utilsigtede hændelser, ved besøg på de enkelte enheder.

Fremadrettet arbejdes der på fortsat at udvikle evnen til at spotte og synliggøre utilsigtede hændelser. Ligeledes arbejdes der på at skabe rammer for en praktisk og kvalificeret håndtering af utilsigtede hændelser.

## **Greve Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Martin E. Bommersholdt

**Arbejdssted:** Greve Kommune, Center for Sundhed & Pleje

**Adresse:** Rådhusholmen 8B

**Postnummer og by:** 2670 Greve

**E-mail:** mebo@greve.dk

**Telefonnummer:** 20 55 06 83

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der laves analyser på UTH med alvorlighedsklassifikation på "Alvorlig" og "Dødelig".

Der har i 2017 været UTH der er sagsbehandlet mellem:

- Greve Kommune og regionen – vagtlæger
- Greve Kommune og regionen – praktiserende læger og omvendt.
- Greve Kommune og regionen – Sjællands Universitetshospital.

Sagsbehandlingen foretages typisk ved en advisering til den anden sektors risikomanager via mail, og herefter tildeling adgangsrettigheder til DPSD sagen. Herefter arbejder begge risikomanagere med at beskrive det faktuelle hændelsesforløb, og herefter hvad der skal følges op på.

Greve Kommune har sammen med Roskilde og Køge Kommune afdækket sikkerhedsproblemer ved "Medicinlister" ved udskrivelser sammen med Sjællands Universitetshospital

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Risikostyring

Center for Sundhed & Pleje har i 2016 etableret en kvalitetsorganisation, som består af et kvalitetsråd, seks kvalitetsudvalg (et for hvert plejecenter, et for rehabiliteringscenteret, hjemmeplejen og et for hjemmesygeplejen), en kvalitetskonsulent samt et antal kvalitetsnøglepersoner.

Kvalitetsrådet vurderer kontinuerligt kvaliteten af de ydelser, kommunen leverer, herunder indsatser og mål i forbindelse med risikostyringen. Det er ledelsen, der beslutter hvilke risikoområder, der skal indgå i risikostyringen. Kvalitetsrådet foretager en samlet vurdering af risikoområderne og prioriterer indsatser, der kan reducere risici for borgerne, personalet og organisationen.

Indsatserne nedenfor er derfor fremkommet på baggrund viden fra DDKM audits, klager og magtanvendelser samt evalueringer af hygiejne, medicinering og sygepleje samt UTH. UTH udgør dog den mindste viden kilde, da UTH generelt ikke har bidraget med ny viden i forhold til risikoområderne.

#### Forbedringsnetværk til videndeling og læring

For at sikre en effektiv videndeling og læring på tværs af forbedringsteams i alle enheder, er der parallelt med kvalitetsorganisationen (Kvalitetsråd og kvalitetsteams) etableret eller planlagt forbedringsnetværk på alle plejecentre og i hjemmeplejen i 2017 og 2018. Der er etableret et centralt forbedringsnetværk på tværs af plejecentre og hjemmeplejeenheder med reference til Kvalitetsrådet.

#### Medicinhåndtering

Medicinhåndtering består af flere komplekse arbejdsgange, fordi mange aktører er involveret i borgernes medicin, fx apoteker, læger og sygehuse, ak-center.

Der bliver ofte rapporteret utilsigtede hændelser om medicinfejl. Center for Sundhed & Pleje er derfor tilmeldt Dansk Selskab for Patientsikkerheds projekt: "I sikre hænder", Medicinpakken.

Effektmål: Målet er at reducere antallet af medicinfejl der kræver en lægekontakt med 50 procent inden to år. Reduktionen skal ske gennem systematisk brug af tjekskemaer ved medicin dispensering og medicin administration, samt screeningen af sammensætningen af borgernes medicin i forhold til anbefalinger fra Institut for Rationel Farmakoterapi, IRF.

Medicinpakken skal gøre det nemmere at sikre processen omkring håndtering af medicin, så fejl forhindres. Målet med pakken er, at halvere antallet af alvorlige medicinfejl inden 2019. Det vil sige fejl, som medfører skader eller kræver ekstra behandling af borgeren. Møllehøj Plejecenter Bøgegruppen, Tune hjemmepleje og B-huset på Nældebjerg Plejecenter er udvalgt til pilotenheder, hvor der er udpeget forandrings og læringsteams, hvor medarbejderne selv er med til at planlægge, afprøve, evaluere og følge op på tiltag, der skal forbedre sikkerheden ved medicinhåndteringen.

Der blev gennemført en fokusuge for medicinhåndtering i uge 22 for at sætte yderligere fokus på medicinområdet. Herudover er der lavet intern survey og generel journalaudit, samt to målrettede medicinaudits i alle enheder.

#### Tidlig opsporing af begyndende sygdom

I flere af de alvorlige utilsigtede hændelser i 2016, var en medvirkende faktor til hændelsen, for sen eller ufuldstændig opsporing af begyndende sygdom. Der er udarbejdet procedurer for TOBS og triage, men disse følges ikke konsekvent af plejepersonalet. Der blev derfor i 2016 iværksat en re-implementering af TOBS og triage med det nye Pallas IT-system. Leverandøren af Pallas systemet, Spitze & Co., evaluerer i 2017 kommunernes brug af Pallas. Evalueringsrapporten vil blive behandlet af kvalitetsrådet.

Procesmål: Der gennemføres 10 audits i 2017 for at følge, at borgere med begyndende sygdom bliver opsporet ved hjælp af Triage eller TOBS systemerne.

#### Tryksår

Greve Kommune er udvalgt af Dansk Selskab for Patientsikkerhed til at indgå i projekt "I Sikre Hænder – Tryksårspakken".

Borgerne kan undgå tryksår, hvis de får den rette pleje og behandling, og personalet konsekvent og systematisk anvender alle elementerne i tryksårspakken.

Møllehøj Plejecenter Bøgegruppen, Tune hjemmepleje og B-huset på Nældebjerg Plejecenter er udvalgt til pilotenheder, hvor der er udpeget forandrings og læringsteams, og hvor medarbejderne selv er med til at planlægge, afprøve, evaluere og følge op på tiltag, der kan opdage og forebygge, at trykspor udvikler sig til tryksår. Der er udarbejdet robuste arbejdsgange i pilotenhederne, som er underspredning til resten af Center for Sundhed & Pleje.

Effektmål: Målet med tryksårspakken er, at reducerer antallet af tryksår i ældreplejen med 75 procent inden 2019.

#### Faldforebyggelse

Arbejdet med faldforebyggelse er komplekst, fordi der er mange årsager til at borgere falder. Flere af de hændelser der er rapporteret var alvorlige. Årsagerne er borgernes manglende erkendelse af deres fysiske formåen og de fysiske forhold der var årsag til de fæleste hændelser i gruppen.

Resultatmål: Antallet af rapporterede utilsigtede med moderat, alvorlig og dødelig udgang må ikke stige i 2017.

### Urinvejsinfektioner

Der rapporteres en del hændelser med infektioner, heraf udgør **urinvejsinfektioner** en væsentlig gruppe. Særligt borgere med blærekateter udgør en risikogruppe.

Procesmål: Plejepersonale gennemgår lokal undervisning i 2017 på et personalemøde i korrekt kateterpleje jf. Praktiske procedurer i sygeplejen.

### Fastholdelse af højt rapporteringsniveau for UTH

En stor del af den læring der sker i forbindelse med rapporteringen af en utilsigtet hændelse, sker ved den refleksion medarbejderne gør ved beskrivelsen af forslag til forebyggende indsatser ved rapporteringen. Organisationen lærer gennem sagsbehandlingen af hændelsen, dels hos kvalitetskonsulenten, dels ved sagsbehandlingen lokalt.

Resultatmål: 800-1000 rapporterede UTH i 2017 i Center for Sundhed & Pleje.

### Den faglige kvalitet

Mønstre omkring den faglige kvalitet er fundet i klagesager. Den faglige kvalitet er koblet sammen med indsatserne omkring tidlig opsporing af begyndende sygdom, og triage. Herudover vil indsatserne omkring hygiejne, faldforebyggelse, medicinhåndtering og brug af de evidensbaserede praktiske procedure i sygeplejen forventeligt fortsætte med at øge den faglige kvalitet i ydelserne til borgerne.

Indsatserne i forbindelse med den faglige kvalitet er en integreret del af de øvrige indsatser. Der er derfor ikke udarbejdet mål for den faglige kvalitet i dette afsnit.

### Kontinuitet og sammenhæng

Kommunikationssystemet "Sikker mundtlig kommunikation, ISBAR tjeklisten" er re-implementeret i 2016. Tjeklisten skal anvendes mellem sundhedspersoner ved kommunikation om dårlige borgere, og ved kommunikation med læger og vagtlæger. Tjeklisten skal sikre en entydig og klare kommunikation. Der har været et analysesamarbejde med Region Sjælland. En mundtlig evaluering i 2016 hos vagtlægerne og sundhedspersonalet viste, at kommunikationen er blevet mere sikker.

Personalets brug af ISBAR principperne er vurderet ved intern survey i 2017.

### Magtanvendelse

Der har siden 2013 været et øget fokus på at sikre, at magtanvendelse bliver registreret og rapporteret korrekt, og borgerne og deres pårørende bliver orienteret om hændelsen og det videre forløb – herunder klagemuligheder. I proceduren er det klart beskrevet, hvilke indsatser personalet og ledelsen på plejeområdet skal iværksætte umiddelbart efter, at magtanvendelsen har fundet sted. Det gælder uanset typen af magtanvendelse. Ældrechefen godkender alle typer af magtanvendelse, evaluerer hændelsen og iværksætter sammen med personale og demenskoordinator eventuelle nødvendige foranstaltninger. Demenskoordinatoren har løbende fokus på kompetenceudvikling af medarbejdergruppen på plejeområdet, så der skabes en bedre forståelse af hele magtanvendelsesområdet. Samtidig arbejdes med socialpædagogiske værktøjer, der skal sikre mindre brug af magtanvendelse.

Der har været afholdt undervisning med fokus på magtanvendelse i 2015 og 2016, dette har givet en forventet stigning i registrerede magtanvendelse i 2016.

I 2017 skal personale gennemgå e-learning i ABC-demens, hvor magtanvendelse indgår som tema. Det må derfor forventes yderligere fokus på magtanvendelse og dermed en stigning i antallet af indberetningen om magtanvendelser. I 2018 er der planlagt kompetenceløft af alle medarbejdere i demens. Dette gennemføres som et projekt med ansat projektleder.

Procesmål: Magtanvendelser bliver rapporteret systematisk.

Procesmål: Sundhedspersonalet med kontakt til demens ramte borgere har gennemfører E-learning om demens.

### Hygiejne

Kvalitetsrådet har besluttet, at der fra 2017 skal være fokus på hygiejne to gange om året. I februar skal alle medarbejdere gennemføre e-learning i håndhygiejne fra Statens Seruminstitut. SSI.

Der bliver gennemført en fokusuge for hygiejne i uge 38 for at sætte yderligere fokus på infektionshygiejne og håndhygiejne. Brug og bortskaffelse af kanyler vil indgå som et område i fokusugen.

Procesmål: Alle medarbejdere med borgerkontakt har gennemgået e-learning om håndhygiejne inden marts 2017.

Procesmål: Der gennemføres fokusuge i hygiejne i uge 38 der inkludere audit om personalets viden om håndhygiejne.

### Sundhedsfaglig dokumentation

Omsorgssystemet anvendes til den sundhedsfaglige dokumentation af pleje og behandling.

Greve kommune er ved at planlægge implementeringen et nyt dokumentationssystem, der skal anvendes af alle landets kommuner. Systemet hedder "Fællessprog III". Det er planen at Fællessprog III er implementeret ved udgangen af 2018. I samme periode skal Center for Sundhed & Pleje have et nyt omsorgssystem.

Procesmål: Den sundhedsfaglige dokumentation vurderes ved journalaudit i marts 2017. De 12 sygeplejefaglige problemområder, døgnrytmeplaner og handleplaner skal være opdaterede jf. proceduren for dokumentation.

### Praktiske Procedurer i Sygeplejen, PPS

Praktiske procedurer i sygeplejen er et privat uafhængigt Dansk/Norsk firma, der alene har speciale i at udarbejde vejledninger til sundhedspersoner, fx fremgangsmåder ved sårpleje, kateterpleje, personlig hygiejne m.fl. Der er mere end 300 vejledninger, der alle er udarbejdet efter gældende love og nyeste viden og forskning. Vejledningerne bliver løbende opdateret. PPS indeholder ud over vejledninger også billeder og videoer, og mål for plejen, som personalet kan støtte sig til. PPS anvendes af halvdelen af landets kommuner.

Der har i 2017 fortsat været fokus på brugen af PPS. Vurderingen blev foretaget ved intern survey i marts 2017, og er fulgt op i Kvalitetsrådet og i de lokale kvalitetsteams med handleplaner.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der har ikke været faglige udmeldinger om UTH. Viden om kvalitet og risikoområder spredes gennem ledelsessystemet, der er vores eneste og bedste informationssystem.

**Andet**

Vi savner helt generelt et centralt overblik over risikoområder på nationalt niveau. Vi vurderer, at der kan være et stort læringspotentiale i de nationale UTH, som ikke bliver udnyttet i kommunen.

Vi har ved styrelsens målepunkter for de risikobaserede tilsyn eller ved tilsyn ikke kunnet genfinde viden, der skulle stamme fra UTH? Det fremstår derfor uklart, hvordan vores data i form af UTH bliver anvendt nationalt?

## **Guldborgsund Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Astrid Svendsen

**Arbudssted:** Guldborgsund Kommune, Udvikling & Uddannelse

**Adresse:** Parkvej 37

**Postnummer og by:** 4800 Nykøbing Falster

**E-mail:** [asv@guldborgsund.dk](mailto:asv@guldborgsund.dk)

**Telefonnummer:** 25 18 06 33

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Behandling og pleje: Tværsektorielt samarbejde med Nykøbing Sygehus omkring sårpatienter. Sårsygeplejersker fra henholdsvis ambulatoriet, ortopæd kir. afsnit og kommunens sårsygeplejersker har mødtes hvor udgangspunktet har været UTH med sårproblematikker og udfordringer som:

- Kompresionsbehandling
- Brug af plejenet
- VAC behandling
- Kommunikation

Hygiejne: Guldborgsund Kommunes hygiejnesygeplejerske har samarbejde og tæt kontakt til Nykøbing Sygehus hygiejnesygeplejerske. Der arbejdes med information, behandling og pleje. Fx omkring smitte og isolation m.m.

Endvidere samarbejde med MRSA enheden, Mikrobiologisk afd., Region Sjælland omkring MRSA patienter.

Fælles analyse omkring fund af livløse borger: Fælles FRAM – analyse sammen med Risikomanager fra Køge Kommune på baggrund af UTH med sammen problematikker, fejl og udfordringer. Samarbejdet har endvidere ført til vidensdeling og sparring inden for andre emner som fremmer kvalitet og patientsikkerhedsarbejdet som f.eks medicinhandling, undervisning, planlægning og organisering.

Broen til Bedre Sundhed – Sammen om min vej: Guldborgsund Kommune samarbejder i partnerskabet Broen til Bedre Sundhed som er et samarbejde mellem Guldborgsund og Lolland kommuner, Region Sjælland, Nyk. F. sygehus, psykiatrien og PLO. I kvalitetsudviklingsprojektet, Sammen Om Min Vej, arbejdes målrettet på at sikre patientovergange mellem fagområder, forvaltningsområder og sektorer. En af løsninger der arbejdes konkret med er en funktion som forløbskoordinator for udsatte borgere (borgere med somatiske sygdomme, psykiske sygdomme, misbrug og sociale problematikker), som både sikrer overblik, koordinering og flerfagligt samarbejde i et team som arbejder på tværs af sygehus og kommuner. Der er systematisk arbejdet med blandt andet løbende udvikling af arbejdsgange og udvikling af borgerrettede indsatser som led i en systematisk læringsproces.

Der er der ud over etableret et samarbejde på ledelsesniveau mellem psykiatrien og somatikken med henblik på at øge samarbejdet for borgere som både har somatiske og psykiske sygdomme.



## Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?

### Medicinering:

- Medicinadministration, herunder udlevering
- Medicindispensering
- FMK
- Undervisning i medicinhandling og viden om medicinpræparater

### Tryksår:

- Opsporing og forebyggelse

### Hygiejne:

- Clostridium
- Urinvejsinfektioner

### Dokumentation:

- Undervisning ift til dokumentation i omsorgssystemet

## Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017

Utilsigtede hændelser tages op i det lokale kvalitetsudvalg hvor refleksion leder til læring og vidensdeling mhb forebyggelse af lignende hændelser.

Ved alvorlige eller dødlige hændelser foretages dybdegående analyser, herunder kerneårsagsanalyse. Her udarbejdes en rapport med handleplan. Rapporten forankres i det lokale kvalitetsudvalg og ledergruppen.

Kommunen arbejder kontinuerligt med at forbedre patientsikkerheden og læring i hele organisationen, herunder patientsikkerhedskulturen, implementering af sundhedsaftalen, undervisning og opdatering og brug af KVAS (database som samler procedurer og retningslinjer etc på et sted)

Relevant information omkring UTH findes på kommunens hjemmeside. Informationsmateriale, pjece og plakat.

[http://www.guldborgsund.dk/da/GUFI/Vaerktoejer/Utilsigtede\\_haendelser\\_ny.aspx](http://www.guldborgsund.dk/da/GUFI/Vaerktoejer/Utilsigtede_haendelser_ny.aspx)

Månedligt udgives nyhedsbrev fra KVAS:

[http://www.guldborgsund.dk/da/GUFI/Organisation/Mit\\_center/Sundhed\\_og\\_omsorg/Kvalitetsudvikling/Nyheder\\_og\\_beskeder.aspx](http://www.guldborgsund.dk/da/GUFI/Organisation/Mit_center/Sundhed_og_omsorg/Kvalitetsudvikling/Nyheder_og_beskeder.aspx)

Nyhedsbrev fra Hygiejnesygeplejerske

## Andet

Implementering af FSIII som vil fortsætte i 2018

## **Kalundborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Inge Jekes Udviklingssygeplejerske

**Arbejdssted:** Sundhedsstaben

**Adresse:** Holbækvej 141B

**Postnummer og by:** 4400 Kalundborg

**E-mail:** inge.jekes@kalundborg.dk

**Telefonnummer:** direkte: 59 53 54 03 og mobil: 30 34 15 53

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har i samarbejde med region Sjælland foretaget audit på medicinske og kirurgiske patienter, som har været indlagt på regionens sygehuse med henblik på at sikre at den rette information formidles fra kommune til sygehus og omvendt, for at sikre overgange.

Ved udskrivelse fra sygehus triageres borgerne rød, hvilket betyder at der skal foretages en sygeplejefaglig vurdering i forhold til om borgeren har behov for en sygeplejefaglig indsats.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har været fokus på medicin.

Der er indført doseringsdug-underlag, for at sikre korrekt medicin dosering.

Urinvejsinfektioner hos borgere på plejecentre- der er foretaget analyse af årsag til infektioner hos beboerne på et plejecentre og efterfølgende iværksatte relevante tiltag i samarbejde med medarbejderne. Hvor antal af infektioner er faldet markant.

Tryksårforebyggelse- der har været afholdt undervisning for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i trykforebyggelse og vurderingsredskabet Braden er implementeret.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Udmeldingerne i 2017 har primært været implementering af tidlig opsporing, TOBS og sikre kommunikation ved brug af ISBAR.

## **Køge Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Stine Elisabeth Schiermer, risikomanager

**Arbejdssted:** Køge Kommune, Velfærdsforvaltningen

**Adresse:** Torvet 1

**Postnummer og by:** 4600 Køge

**E-mail:** stine.elisabeth.schiermer@koege.dk

**Telefonnummer:** 40 12 58 10

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har indgået i et samarbejde med kirurgisk afdeling på Sjællands Universitetshospital Køge, hvor der til brug for sygehuspersonalet er blevet udviklet et pixi-lommekort om 'Kommunikation mellem kommune og hospital ved indlæggelse og udskrivelse'.

Vi har bidraget til KSS' forespørgsel om utilsigtede hændelser i sektorovergangen og efterfølgende specifikt om problemstillinger i forbindelse med brug af medicinkort i overgangen, hvor der blev identificeret flere barrierer, der skal løses bl.a. i FMK-regi og lovmæssigt.

Ud over dette indgår vi i et samarbejde med risikomanagers for Sjællands Universitetshospital, Roskilde Kommune og Køge Kommune.

Risikomanager fra Guldborgsund Kommune og undertegnede har lavet en FRAM-analyse om genoplivning, hvor der også er fokus på relevant inddragelse af praktiserende læger.

Via de dyberegående analyser har vi arbejdet med eksterne og interne overgange og samarbejde mellem forskellige enheder i kommunen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicin, der ikke er givet samt manglende dokumentation af givet medicin udgør en større del af kommunens utilsigtede hændelser. Vi har i 2017 kørt et projekt i samarbejde med kommunens velfærdsteknologikonsulent omkring anvendelse af en elektronisk medicinboks (DoseCan). DoseCan afprøves på to forskellige målgrupper, hvor DoseCan bruges som fortrinsvis et personaleredskab på en plejehjemsafdeling og som et middel til øget selvstændighed i medicineringsprocessen på et afsnit på et socialpsykiatrisk bosted. Projektet forventes afsluttet primo 2018.

Ultimo 2017 er igangsat afprøvning af medicindoseringsmåtter og brug af farvede medicinposer for at øge overblik og struktur i doseringssituationen. Ovenstående afprøves i udvalgte enheder i hjemmepleje, på plejehjem og på botilbud med løbende evaluering i 2018.

Som opfølgning på forrige års indsats med anvendelse af ISBAR (sikker mundtlig kommunikation) undervises alle nyansatte nu i dette i forlængelse af undervisningen i patientsikkerhed.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udsendt relevant information fra Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen.

På kommunens intranet findes på forsiden et punkt om patientsikkerhed, hvor der ligger undervisningsmateriale, tema- og årsrapporter samt links til relevante hjemmesider.

### **Andet**

Der er i 2016 - 2017 uddannet læringsteams (analyseteams) på alle enheder på ældreområdet og relevante enheder på specialområdet. De forskellige læringsteams begynder nu at generere lokale forbedringstiltag, som udbredes til de øvrige læringsteams via netværket for decentrale sagsbehandlere, der mødes 3 gange årligt.

Alle nyansatte på ældreområdet deltager i en 3 timers undervisning i patientsikkerhed og ISBAR, og der uddannes løbende nye decentrale sagsbehandlere.

Der afholdes månedligt åbent hus i 2 timer for decentrale sagsbehandlere, hvor de kan sidde sammen i et IT-lokale og sagsbehandle sammen og med hjælp fra risikomanager.

## **Lejre Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Kristina Jensen

**Arbejdssted:** CVO, Frit Valg sygeplejen

**Adresse:** Ammershøjparken 51

**Postnummer og by:** 4070 Kirke Hyllinge

**E-mail:** krje@lejre.dk

**Telefonnummer:** 30 78 82 28

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er fokus på den elektroniske korrespondance mellem sygehus og kommune. Vi har gennemgået forløb, hvor der er rapporteret UTH'er. Dette har også givet anledning til, at opfriske og revidere egne arbejdsgange lokalt i grupperne. ( eksempelvis hvem modtager og læser beskeder, hvor ofte, hvilken status har beskeden når den er læst af nogen i gruppen, hvordan sikre vi at den formidles videre)

Vi har i Lejre oprettet akutfunktion, der har særlig fokus på udskrevne patienter. Dette tiltag er også med til, at sikre vi samler op på forløbet, der bliver struktur på opfølgningen og koordineringen efter en indlæggelse.

Vi laver løbende samarbejdsaftaler med lægerne i Lejre. Arbejdet er styrket, da akutfunktionen har givet anledning til tæt samarbejde om opgaver og dialog om fremtidige tiltag.

I 2017 har vi udarbejdet skriftlig aftale om bestilling og levering af medicin fra apotekerne Hvalsø og Skibby.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Vi oplever ofte uoverensstemmelse mellem medicinskemaerne borgerne har med hjem fra sygehuset, og FMK. Der er særligt fokus på dette, og skemaer og FMK afstemmes via egen læge og sygehuset.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Fokus på udskrivelser.

Akutfunktionen i Lejre- kvalitetsstandard, arbejdsgangsbeskrivelse, kompetenceudvikling af sygeplejen og So.Su. Ass.. I nattevagten.

Handleplaner i forhold til konkrete uth'er. Hvorfor er det vigtigt, at udlevere medicin til borgeren, hvorfor er det vigtigt at udlevere den korrekte dags æske, cpr., og navn på alle æsker, kontrol af antal tbl. I forhold til medicinskemaet.

Fokus på uniformer og håndhygiejne- workshop på ældreområdet.

**Andet**

Sundhedsplejen er vejledt i forhold til rapportering af UTH'er.

Tandplejen er orienteret og der er aftalt handleplaner for hvordan de kommer i gang med rapportering, samt sagsbehandling.

## Lolland Kommune

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Tove Hagen

**Arbejdssted:** Lolland Kommune

**Adresse:** Sdr. Boulevard 84, 1. sal

**Postnummer og by:** 4930 Maribo

**E-mail:** tovh\_lolland.dk

**Telefonnummer:** 54 67 40 21

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- At involverede aktører i fællesskab analyserer hændelsesforløb i patientovergange
- Efter flere selvmord/selvmoordsforsøg i borgerforløb med indsatser fra forskellige sektorer – sikres at de involverede parter kender hinandens praksis og vilkår, for således at minimere kommunikationsbrist mellem aktører i patientovergange.
- At deltage aktivt i tværsektorielle projekter mht. specifikke patientgrupper:
  - o 'Sammen om min vej' – et delprojekt under 'Broen til bedre sundhed' i Region Sjælland, med formål at styrke indsatsen overfor de mest udsatte borgere. Dvs. borgere der ofte (gen)indlægges eller har komplekst forløb med flere kroniske diagnoser evt. kombineret med psykiske lidelser, misbrug og/eller sociale problemer.  
LINK: <http://www.regionsjaelland.dk/kampagner/broen-til-bedre-sundhed/broen-til-bedresundhed/Sider/default.aspx>
  - o 'Geriteam' – et delprojekt under 'Styrket sammenhæng for og med de svageste ældre' i Region Sjælland. 'Geriteam' er et tværfagligt og tværsektorielt team omkring den ældre skrøbelige patient for at sikre forbedring af funktionsniveau samt begrænse følger af sygdom. Hertil at sikre vidensdeling og øget kompetenceniveau via videokonferencer.  
LINK: <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/patient-i-regionsjaelland/sundhedsaftalen/jura/styrket-sammenhaeng/Sider/Styrket-sammenhaeng.aspx>
  - o Afdækning af behov for et stærkere samarbejde vedr. Akutfunktionen mellem Region Sjællands tre sydligste kommuner og regionssygehuset i Nykøbing F.
- Deltagelse i Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe for risikomanagere i Region Sjælland og regionens 17 kommuner. Netværket deler specifik læring af hændelser i patientovergange mellem sygehuse (somatik og psykiatri) – almen praksis – alarmcentral – kommuner. Gruppen har tradition for at holde fokus på en proaktiv tilgang mht. vidensdeling. Det sker fx ved at invitere oplægsholdere, der kan formidle viden om igangværende patientsikkerhedsprojekter i kommuner og region, for på den måde at komme i dialog om erfaringer fra projekterne.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

- Den sundhedsfaglige opmærksomhed omkring: medicinering, hud-, mund-/tandpleje
- Rehabiliteringsprocessen: målsætning og koordinering af rehabiliterende forløb på tværs af kommunens sektorer
- Dokumentationsprocessen

'Kvalitetsovervågning' – fastholdelse efter sektorens langsigtede strategi

- Medarbejderdrevne tavlemøder med fokus på fire områder: Medicin – Infektion – Tryk – Fald samt triagering af ændringer i borgernes funktionsniveau og helbredstilstand
- Fastholde standarder i Den Danske Kvalitetsmodel – ved survey og journalaudit med inddragelse af ledere og sundhedsmedarbejdere i overvågningsprocessen, der følger et årshjul
- Patientsikkerhedsrunder foretaget af det øverste ledelsesniveau – fokus på forbedringstiltag
- Tværfagligt samarbejde understøttet af visitation vedr. rehabiliterende forløb. Igangsat som et støtte og vejledningsforløb – aktions- og forbedringsmetode. Plan for fastholdelse af den rehabiliterende tilgang i 2018.
- Udvidelse af kvalitetsovervågningsystemet til at gælde de private leverandører af personlig og praktisk hjælp herunder de delegerede opgaver – ved survey og journalaudit har der i 2017 været et ekstra fokus medicinering samt dokumentation.

#### Dokumentation

- Implementering af nationalt bestemt dokumentationsmetode Fælles Sprog III (FSIII), samt Voksenudredningsmetoden (V.U.M.), der berører sagsbehandling og udredning på det specialiserede område
- Udarbejdelse af Dokumentationsmanual jfr. FSIII, der omfatter: Krav – Ansvarsfordeling – Vejledning
- Sikre sammenhæng mellem standarder efter DDKM og Dokumentationsmanual

#### Proaktiv patientsikkerhedskultur

- Anvendelse af Forbedringsmetoden (Model of Improvement) og datadrevet kvalitet
- Videreudvikling af månedlig ledelsesinformation samt vidensdeling i forhold forbedringstiltag efter utilsigtede hændelser
- Systematisere risikovurdering af velfærdsteknologi

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Formidling af OBS meddelelser, andre opmærksomhedspunkter samt temarapporter fra bl.a. Styrelsen for Patientsikkerhed
- Årsrapport Patientsikkerhed – Utilsigtede hændelser – Læring
- Hygiejnerapport
- Såranalyse (over komplicerede behandlingsforløb)
- Brugertilfredshedsundersøgelse vedr. den kommunale del af forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedsloven §119; specifikt KOL, Hjerte, Diabetes
- Formidling af resultater og problemstillinger med hensyn til forløbsprogrammer



## **Næstved Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Camilla Kit Clausen

**Arbejdssted:** Næstved Kommune

**Adresse:** Rådmandshaven 20

**Postnummer og by:** 4700 Næstved

**E-mail:** [ckcla@naestved.dk](mailto:ckcla@naestved.dk)

**Telefonnummer:** 55 88 50 49

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Center for Ældre: Vi har lavet en understøttende organisering i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

#### Center for Neupædagogik:

- Øget fokus i de enkelte teams, omkring indberetning af hændelser som tværsektoriel.
- Sundhedsgruppen i Centeret har drøftet udfordringerne i forbindelse med indførsels af FMK og udfærdigede procedure for opmærksomhedspunker i forbindelse med patientovergange.
- Eksempelvis opdatering af medicinskemaer ved udskrivelse fra sygehus afsnit, speciel læger.
- Opdatering af medicin ved dosispakket. Kommunikationen eller mangel på samme mellem læger og Apoteket. Dette skaber nogle udfordringer for medarbejderne, og derved UTH i patientovergange.

#### Center for Handicap og Psykiatri:

Når en borger indskrives i Rådgivning for stofmisbrug ( RFS), sendes der besked til egen læge, - hvis egen læge udskriver benzodiazipin skal det være i samarbejde med lægen i RFS.

Da der oftest er mange aktører eks. distriktpsykiatri, fængsler, hospitaler & egen læge, - nogle gange også læger i andre byer ifht. de borgere der er tilknyttet Center for Socialt udsatte er der " lange" arbejdsgange og mange spørgsmål om hvor borgeren får medicin fra.

Vi arbejder med at italesætte vigtigheden af den eksterne koordinering, særligt i forbindelse med vores samarbejde med psykiatrien og kriminalforsorgen.

Vi ser frem til at komme på FMK i 2018.

#### Næstved Sundhedscenter:

Da vi er en genoptræningsenhed er vi modtagere af patient overgange, altså modtagere af genoptræningsplaner.

Når vi oplever, at vi ikke modtager en genoptræningsplan, eller v i oplever, at der mangler nødvendige information, kontakter vi afsenderen.

Det er sker et par gange om måneden.

#### Tandplejen:

Vi har indtil nu haft 16 UTH i 2017 og ingen med skade. De hyppigste fejl er patientidentifikation, hvor der bliver taget et røntgenbillede af et "forkert" barn. Der kan være flere med samme for- og efternavn i en klasse, samt at vi ikke får skrevet op hvornår barnet skal ses igen, den fanger vi heldigvis ved at søge i vores fagsystem.

## Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?

### Center for Ældre:

Næstved Kommune deltager ikke i I sikre hænder, men har valgt at bruge arbejdsmetoder fra projektet på følgende områder:

- Medicin
- Fald
- Sår

Derudover er et indsatsområde Infektioner, særligt med fokus på mundhygiejne.

### Center for Neupædagogik:

- Skærpet opmærksomhed ved udskrivning af borger fra sygehus, omkring medicin lister.
- Skærpet opmærksomhed ved ændringer af dosisdispensering

Disse opmærksomheds punkter, drøftet på teammøder hver 2 måned, og den Sundhedsfaglig tovholder udarbejder endelig handleplan / procedure.

### Center for Handicap og Psykiatri:

Det er særligt medicin håndteringen der har vores bevågenhed. Vi kategoriserer UTH'erne, og vi har kun oplevet UTH'ere i kategorien ingen skade.

### Tandplejen:

Tandplejen har ikke gjort en speciel patientsikkerhedsrisiko til genstand for en særlig indsats. Vi vurderer og behandler alle UTH på møder (ledermøder, tandlægemøder, personalemøde afhængig af hændelsens art) og opfordrer løbende medarbejderne til at huske på at rapportere og synliggøre, så der skabes læring.

## Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017

### Center for Ældre:

Procedurer for anvendelse af medicindug, tjeklister ect. ift indsats omkring medicinering UTH

Procedure og visiteringer ift fald

Procedure og visitering ifm indsats omkring telesår

Samarbejde med tandplejen ift indsats omkring mundhygiejne

### Center for Neupædagogik:

- Center for Neupædagogik har haft fokus på evaluering og kvalitetsforbedringer for standarden medicins UTH. Denne er evalueret i de enkelte teams på deres teammøder ved tildeling af smiley ud fra evalueringsspørgsmål. Dette har skabt dialog, refleksion og indblik i hvad der fungerer og ikke fungerer.

### Center for Handicap og Psykiatri:

DDKM/ kvalitetsstandarderne har hjulpet os til at have fokus på, og skabe læring ifht. UTH.

Vi arbejder stadig med at få " øje på" de sociale UTH'er

Tandplejen:

Vi er stadig særlig opmærksom på patientidentifikation, samt at få noteret næste behov.

## **Odsherred Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Christine Vammen

**Arbejdssted:** Omsorg og Sundhed, Odsherred Kommune

**Adresse:** Nyvej 22

**Postnummer og by:** 4573 Højby

**E-mail:** chvpe@odsherred.dk

**Telefonnummer:** 23 35 18 02

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har været fokus på interne arbejdsgange i kommunen mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Det har været en proces vedrørende at optimere sikre arbejdsgange på delegation af sundhedsfaglige ydelser mellem de to afdelinger.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Det overordnede mål var at forebygge utilsigtede hændelser på fald og medicin. Det var hensigten igennem øget viden og forståelse for plejeforløb (tilrettelæggelse, udførelse og internt tværfagligt samarbejde) at mindske risikoen for disse utilsigtede hændelser. Der er med fokus på tilrettelæggelse, udførelse og internt tværfagligt samarbejde undervist i faglige emner som diabetes, palliation, inkontinens, demens, rehabilitering og træning. Der er gennemført undervisning for alle hjemmeplejens medarbejdere og plejecentrenes SSAer

Der er en særlig indsats i at arbejde med sygeplejefaglige optegnelser, således at de afspejler de forløb som patienten gennemgår og det som er planlagt for dem. Målet er at de sygeplejefaglige optegnelser bruges som arbejdsredskab der både fungerer som analyseredskab og som styringredskab. Sekundært - dokumentation for den sundhedsfaglige historik.

Der er i forbindelse med hygiejne uge 38 lavet en særlig indsats på plejecentre, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Fokus var på uniformshygiejne og håndhygiejne.

## **Ringsted Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lotte Melchiorsen

**Arbejdssted:** Social- og Sundhedscenteret, Ringsted Kommune

**Adresse:** Amtstue Allé 71

**Postnummer og by:** 4100 Ringsted

**E-mail:** chme@ringsted.dk

**Telefonnummer:** 51153853

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- Kontaktet afdelinger direkte og fulgt op ved behov.
- Kontakt til almen praksis ved behov, ud over ved KLU møderne.
- Løbende på ugemøder i Hjemmeplejen og på Plejecentrene, opfølgning på de konkrete tværsektorielle hændelser.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Forebyggelse af Medicinfejl

Fortsat fastholdelse af det arbejde der allerede er iværksat på medicinområdet med den nye medicininstruks fra juni 2016 i Hjemmeplejen og på Plejecentrene og de Sociale Botilbud. Opfølgning og nye indsatser planlagt til 2018.

#### Forebyggelse af generel svækkelse og forværring af kroniske sygdomme hos den ældre borger.

I efteråret 2017 implementeret vi ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, Tidlig Opsporing af svækkelse hos den ældre borger, hvor medarbejderne via elektronisk App registreret symptomer på ændringer og dokumenterer disse i borgerens omsorgsjournal, i Hjemmeplejen og på alle Plejecentrene. Disse ændringer vurderes efter Triagemodellen og tages målrettet op på de ugentlige tavlemøder og ad hoc hvis det ikke kan vente, hvor sygeplejerskerne er faglige mødeledere. For at medvirke til at sikre patientsikkerheden og forebygge ind- og genindlæggelser og sikre livskvaliteten hos borgeren.

Alle medarbejdere SSH og SSA i Hjemmeplejen og på Plejecentrene er i 2017 blevet undervist af 2 omgange i de forebyggelige indlæggelser og genopfriskning af grundlæggende viden på SOSU Skolens Kursuscenter.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Byrådet orienteres om Årsrapporten og status på de lokale hændelser i Ringsted Kommune
- Lokale sager tages op på om utilsigtet hændelse tages op ved teammøderne
- Utilsigtede hændelser er et fast punkt på Dagsorden ved ugemøderne på Plejecentrene
- Risikomanageren møder lokale sagsbehandlere minimum to gange årligt og efter behov.

## **Roskilde Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Konsulent Tessa Fleischer

**Arbejdssted:** Social og Sundhed

**Adresse:** Rådhusbuen 3

**Postnummer og by:** 4000 Roskilde

**E-mail:** tessaf@roskilde.dk

**Telefonnummer:** 30 55 63 76

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I 2016 blev der på udarbejdet en intern medicin analyse af medicin håndteringsprocessen på plejecentre og hjemmesygeplejen efterfølgende blev der nedsat 3 arbejdsgrupper som i 2017 har afprøvet flere medicin håndteringsprocesser ud fra PDSA modellen. Resultatet er nye arbejdsgange og nye instrukser indenfor medicin håndteringsprocessen - implementeringsprocessen i drift begyndte oktober 2017. I 2018 vil der blive fulgt op på implementeringen via en ny intern medicin analyse.

Tværasektorielt har KKS Roskilde/køge (kommunalt samarbejde med regionen og somatikken) haft fokus på medicin UTH i sektor overgange. Der blev nedsat en arbejdsgruppe mellem sygehus og kommune hvor Uth blev gennemgået. Dette arbejde var en øjenåbner for både kommune og region i forhold til medicin håndteringen i det tværasektorielle forløb. Kommunen skal leve op til at antal af tabletter skal stemme overens med det antal der er ordineret på FMK. I regionen er det ordinationen der er gældende og regionen har et standard sortiment af lægemidler som de skal bruge. I praksis lyder ordinationen f.eks. på 10 mg predisolon, men sygehuset har kun predisolon i 5 mg. Det betyder i overleveringen til kommunen at de dispensere 2 tabletter på 5 mg selv om ordinationen er 1 tbl på 10 mg. I kommunen kan vi ikke få antal tabletter til at stemme overens med FMK ordinationen i sektorovergangen. Kommunen forholder sig kun til FMK ordinationerne og ikke de medgivne printede medicin lister fra sygehuset, da de ofte er en kopi af deres egen liste, hvor der kan være uoverensstemmelse mellem hospitalets kopi og FMK. Det betyder en masse UTH indberetninger til regionen fordi antal tabletter ikke stemmer overens med FMK, men regionen har ikke lavet en UTH, da de går efter ordinationen og ikke antal tabletter.

Samme problematik er gældende ved handelsnavn. Regionen går efter det generiske navn. I kommunen skal der være en overensstemmelse mellem handelsnavn og det der er dispenseret. I det tværasektorielle forløb er dette en udfordring, da kommunen ikke ved hvilket handelsnavn præparatet har. Der bruges uforholdsmæssig meget tid på medicin "fejl" i sektorovergangene, som måske ikke er "fejl" men bliver til "fejl" da vi arbejder forskelligt. Det er i de tilfælde hvor borgeren har fået dispenseret medicin med hjem fra sygehuset tiden bruges.

Det er lovgivningen der giver os udfordringerne

Gruppens arbejde er nedskrevet og videre givet til KKS Roskilde/køge

På social og handicap området er der i 2017 udarbejdet intern medicin analyse. Efter følgende er der nedsat arbejdsgrupper, som er ved at tilrette "ældre" områdets medicininstrukser, så de passer til social og handicap området.

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicin er strategisk fokusområde for hele social og sundhedsområdet både internt i kommunen og i sektorovergangene med regionen.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udarbejdet nye arbejdsgange på medicinhåndterings processen som påbegyndte implementering i 2017 og fortsætter i 2018.

Sundhedsstyrelsen har på begyndt en afdækning af nationale barrierer for sammenhæng i patient forløb. En af tilbagemeldingerne fra Roskilde omhandler medicinhåndteringen i sektorovergangene

**Andet**

Der er fortsat fokus på Tidlig opsporing, hændelses analyser at UTH, samarbejdet med regionens sygehuse, tværsektorielle hændelses analyser med somatikken og psykiatrien.

## Slagelse Kommune

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lene Theill Petersen

**Arbejdssted:** Center for Sundhed og Ældre

**Adresse:** Torvegade 15

**Postnummer og by:** 4200 Slagelse

**E-mail:** lenpe@slagelse.dk

**Telefonnummer:** 20 56 68 40

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Akutteam

Center for Sundhed og Ældre har oprettet akutteam med virkning fra 1. marts 2017, med formål at forebygge forebyggelige indlæggelser af borgere med akut opstået sygdom eller forværring i en kronisk sygdom ved at sikre en hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats udover hvad den almindelige kommunale hjemmesygeplejerske eller centersygeplejerske kan tilbyde.

Akutteam fungerer som beredskab i forbindelse med accelererede og komplicerede udskrivelser fra sygehuset og sikre høj kvalitet i efterfølgende behandlingsforløb i kommunen. Samt styrker og udvikler kvaliteten i sygeplejen i Slagelse Kommune.

#### Kommunelæge

Kommunelægen har fungeret i en periode på 2 år og gøres permanent fra 2018.

Formål er lægefaglig støtte i komplicerede borgerforløb. Derudover giver det værdi med intern undervisning og sparring.

- Der ydes lægefaglig supervision af hjemme- og sygeplejen, visitationen samt plejecentrene i forbindelse med komplicerede udskrivningsforløb fra sygehuset
- Der gennemføres undervisning af personalet i hjemme- og sygeplejen, visitation, på plejecentrene, demenskonsulenter samt andre relevante medarbejdergrupper i Center for Sundhed og Ældre
- Varetagelse af funktionen som "fast tilknyttet læge på plejecentre" i forhold til den generelle sundhedsfaglige rådgivning af personalet på plejecentre (Den kliniske behandling af beboeren på plejecentrene er ikke omfattet)
- Den kommunale læge understøtter følgende målsætninger:
  - o Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
  - o Færre forebyggelige indlæggelser
  - o Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
  - o Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Den kommunale lægeordning skal derfor fortsat tilrettelægges sådan, at den i videst muligt omfang kan bidrage til at nedbringe udgifterne til Aktivitetsbestemt Medfinansiering.

#### Kommunalt og regionalt udviklingsforum

Center for Sundhed og Ældre deltager i et udviklingsforum faciliteret af NSR sygehusledelse. Det valgte fokus er hvordan vi kan reducere antallet af genindlæggelser. I arbejdet på at afklare hvad problemstillingerne faktisk er, bruger vi de data vi har adgang til indenfor lovens rammer og her er ses utilsigtede



hændelser som udtryk for en kilde til viden om konkrete problemstillinger. Ønsket er at arbejde databaseret og ikke oplevelsesbaseret.

### Samarbejde med akutafdelingen

Der er etableret et samarbejde med akutafdelingen hvor der tages udgangspunkt i UTH'er. Samarbejdet har ført til daglig fremmøde af det kommunale akutteam på akutafdelingen. Dette fremmøde har medført øget fokus på optimering af kommunikation mellem behandlingsansvarlig læge på sygehus til borgerens egen læge mhp. afklaring af behandlingsniveau ved fx terminale borgere. Dette har sikret optimale og trygge forløb for borgeren i hjemmet og forebygget indlæggelser som følge af manglende lægefaglig stillingtagen og dokumentation af behandlingsniveau.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### Fald

Stop fald instruksen er implementeret i forbindelse med opstart af akutteam. Der skal udarbejdes faldudredning og initial faldrisikovurdering på borgere, der er faldet. Formålet er forebyggelse af indlæggelser, som skyldes fald, gennem implementering af stop-fald instruks og samtidig involvering af akutteamet i faldforebyggelsen.

#### Medicin håndtering

Der er igangsat læringsindsatser for bedre medicin håndtering i foråret med et projekt der løber over et år. Det overordnede formål er at gøre borgere, der får hjælp til medicin-administration, mere selvhjulpne i forhold til dette. Indsatsen vil både øge borgernes værdighed og være rehabiliterende, og samtidig sikre en øget kvalitet for borgerne og medføre en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne. På sigt vil indsatsen frigive medarbejderressourcer til de borgere, der har et merbehov.

Ved medicin håndtering forstås alle procedurer, der foretages med medicinen, efter apoteket har udleveret den. Ved medicinadministration forstås personalets omdeling og hjælp til borgerens indtagelse af medicin, herunder den fornødne observation af borgeren samt tegn på eventuelle bivirkninger. Ved borgerens administration af egen medicin forstås, at borgeren selv har ansvaret for at indtage medicinen.

#### Sagsbehandlere på Handicap og psykiatri området

Antallet af sagsbehandlere er i år øget i nedenstående områder, med det formål at styrke læringsindsatsen lokalt af de utilsigtede hændelser og øge patientsikkerheden.

- Special Center Slagelse
- Autismecenteret
- Psykosocial udvikling og udkørende støtte

#### Fremskudt sagsbehandling

Slagelse Kommune og Psykiatrien Vest samarbejder om en fremrykket kommunal indsats. Modellen består i at psykiatrirådgivere fra Slagelse Kommune på ugentlig basis kommer ud på sengeafsnittene i Psykiatrien Vest (distriktpsikiatrien + V1 + PAM og V3). Her mødes de med sygehuspersonalet for at drøfte de patientsager, hvor der efter psykiatriens vurdering anses, at være behov for nye eller ændrede kommunale støtteforanstaltninger.

Formålet er at understøtte sammenhængende patientforløb, minimere venteperioder og færdigbehandlingsdage, samt at sikre en bedre overgang fra sygehusbehandling til socialpsykiatrien samt andre støtteforanstaltninger i kommunen.

## Sundhedsplejen

Sundhedstjenesten har løbende rapporteret UTH igennem de senere år. På TSB møde i regionen blev det aftalt, at TSB skulle have et overblik over de forskellige indberetningen for, at se om der var fælles træk, som kunne anvendes læringsmæssigt. Det viste sig, at vi i kommunerne ikke kunne genkende indberetningerne og regionen kunne ikke svare på, hvor de blev registreret og samlet. Det står stadig i det uvisse og regionen har til opgave, at danne overblikket.

Kommunerne, også Slagelse har længe ønsket, at få besked (selvfølgelig med samtykke) om de gravide så vi kan give tilbud om graviditetsbesøg og andre tilbud inden fødsel. I dag er det en frivillig opgave og vi er afhængige af om de ledende jordemødre prioriterer denne opgave. Vi ønsker, også i Slagelse, at kunne tilbyde graviditetsbesøg til alle 1. Gangsfødende og andre, som har behov, så vi inden fødsel kan få overblik over eventuelle udfordringer i den enkelte familier. Vi ønsker, at få beskeden digitalt direkte i vores journaliseringsystem, Novax. Intentionen er, at kunne forebygge og sundhedsfremme bedst muligt. Pjecer om tilbuddet kan ses på vores hjemmeside, [www. Sundhedstjenesten, Slagelse Kommune](http://www.sundhedstjenesten.slagelsekommune.dk).

## **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

### Læringsmails

Der udarbejdes kontinuerligt læringsmails på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser i kommunalt og regionalt regi. Læringsmails har et generelt læringsindhold til det formål at forbedre patientsikkerheden. Læringsmails er udarbejdet ud fra principperne om hændelsesanalyse og formidlet til alle sagsbehandlere af utilsigtede hændelser, samt sygeplejersker, centersygeplejersker med flere. Disse er ansvarlige for at implementerer læring lokalt.

### ISBAR

ISBAR er implementeret til at sikre mundtlig kommunikation om borgerens tilstand.

### Information

- Info om [www.stps.dk](http://www.stps.dk) fra 1. januar 2017
- Information om Listeria
- Information om sundhedsplatformen
- Information om risiko for dobbelt vaccination
- Med flere...

### Nyhedsbreve

Der er udsendt nyhedsbreve vedr. utilsigtede hændelser omhandlende:

- Farvekode i IT omsorgssystemet ved smittede borgere
- Status på rapportering af utilsigtede hændelser
- Vejledning i at overdrage UTH sager til rette sagsbehandler

## **Sorø Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Anne-Lise Hansen

**Arbejdssted:** Sorø Kommune, Sundhed og omsorg

**Adresse:** Rådhusvej 6, 1. sal

**Postnummer og by:** 4180 Sorø

**E-mail:** alh@soroe.dk

**Telefonnummer:** 57 87 66 13

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har forsøgt at holde fokus på utilsigtede hændelser ved patientovergange ved at italesætte udfordringerne i personalegruppen.

Som en del af introduktionen til alle nye medarbejdere, indgår undervisning i rapportering og behandling af UTH, specielt med fokus på hændelser i sektorovergange.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har ikke været patientrisici, som har været genstand for en særlig vurdering og indsats.

UTH vedrørende FMK har dog haft særlig opmærksomhed.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Det er fortsat et indsatsområde at få mere læring ud af de indrapporterede utilsigtede hændelser.

## **Stevns Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Birgitte Schmidt

**Arbejdssted:** Stevns Kommune, Sundhed & Omsorg

**Adresse:** Hovedgaden 46

**Postnummer og by:** 4652 Hårlev

**E-mail:** birsch@stevns.dk

**Telefonnummer:** 28 95 30 96

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Daglige morgenmøder mellem hjemmepleje og sygepleje hvor døgnets udskrivelser drøftes.

Hvis dette giver anledning til indberetning af UTH sker dette.

Desuden er der en tæt dialog mellem visitation og udfører.

Særlig fokus på FMK.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Fald – brush up på procedurer

Medicinhåndtering – afsøgt markedet for teknologiske løsninger uden at have fundet rette løsninger til rette borger.

Abonnement på PPS/VAR

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Egen årsrapport fra 2016 drøftet.

Månedlige rapporter til ledere fra eget område, og på baggrund af disse dialog med medarbejderne om affødte indsatser.

### **Andet**

Ønsker: at sygehuse i højere grad inviterer ind til dialog på baggrund af rapporteret UTH om sektorovergange.

Vi er kun inviteret ind én gang – det var meget konstruktivt.

## **Vordingborg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** fagspecialist Charlotte Nielsen

**Arbejdssted:** Vordingborg kommune

**Adresse:** Storegade 56

**Postnummer og by:** 4780 Stege

**E-mail:** chni@vordingborg.dk

**Telefonnummer:** 21 69 94 42

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har haft enkelte fælles sagsbehandlinger af fælles sager mellem kommune og sygehus. Ellers overdrages sagen til rette risikomanager for videresagsbehandling. Enkelte gange har vi fået en tilbagemelding fra sygehuset – omkring hvilke tiltag de har sat i værk for at undgå noget tilsvarende en anden gang.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har været stort fokus på indsatser inden få manglende medicingivning og forkert dosering. Der har været arbejdet ud fra PSDA metoden, med emnerne.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Fokus på det store antal af sager omkring manglende medicingivning – der er iværksat en fortløbende plan for undervisning i medicinhåndtering og læsning af medicinliste for medarbejderne i plejen.

Der har været fokus på forkert dosering – det har bevirket at medicinmåttene i øjeblikket bliver testet i et distrikt. Resultatet er umiddelbart meget brugbart redskab. Men det skal lige testet noget mere.

### **Andet**

Der har ledelsesmæssigt været fokus på at UTH er til brug for læring og ikke må inddrages i f.eks. tjenesager.

## **Skovhus Privathospital**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lisette Schmidt

**Arbejdssted:** Skovhus Privathospital

**Adresse:** Annebergparken 14

**Postnummer og by:** 4500 Nykøbing Sj.

**E-mail:** kontakt@skovhusprivathospital.dk

**Telefonnummer:** 59 96 15 90

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

På Skovhus Privathospital arbejder vi systematisk med patientovergange, både mellem interne afdelinger og eksterne tilbud, både i offentlig og privat regi.

Skovhus Privathospital arbejder jf. retningslinjer og vejledninger udarbejdet efter gældende lovgivning og kvalitetssikret via DDKM.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Skovhus Privathospital har særligt arbejdet med risici omkring opfølgning efter udskrivning af almenpraktiserende læge, samt distriktpsychiatri. Der er særligt set på tidsperiode fra udskrivning af Skovhus Privathospital til opfølgende enhed med god effekt.

Der foretages løbende analyse, opfølgning samt forebyggelse af utilsigtede hændelser.

En gang årligt foretages kvalitetsmonitorering og vurdering af indrapporterede utilsigtede hændelser.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Skovhus Privathospital har i henhold til Styrelsen for Patientsikkerheds faglige retningslinjer haft fokus på utilsigtede hændelser samt indberetning af disse.



# Hovedstaden og Bornholm

## Region Hovedstaden

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Elisabeth Dehn

**Arbejdssted:** Region Hovedstaden, Center for Sundhed, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

**Adresse:** Kongens Vænge 2B

**Postnummer og by:** 3400 Hillerød

**E-mail:** csu-fp-patientsikkerhed@regionh.dk

**Telefonnummer:** 38 66 60 51

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

### Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

#### Det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed

Det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed er forankret i en arbejdsgruppe nedsat under sundhedsaftalen 2015 - 2018. Rammen for samarbejdet er revideret ultimo 2016, og der har været afholdt roadshows i alle samordningsudvalg fulgt op af en workshop for de tværsektorielle patientsikkerhedsfora og samordningsudvalgene.

Der er udviklet en Psyk-Isbar – læs mere om denne under Hovedstadens Psykiatri. Psyk-Isbar er testet i flere kommuner og godkendt i Den Administrative Styregruppe til videredistribuering til kommuner, psykiatri, almen praksis og hospitaler. I 2018 udarbejdes en kort film om brug af Psyk-Isbar.

Der er pr. 1.2.2018 ansat en konsulent til en etårig modelprojektstilling med risikomanagerfunktion for det tværsektorielle område med primært fokus på patientsikkerhed i kommunikationen i forhold til bosteder og komplekse psykiatriske patienter

I 2017 er der sat gang i afprøvning af flere modeller med brug af aggregerede UTH data med henblik på at evaluere regionale tværsektorielle indsatser eks. kommunikationsaftalen og FMK området. Dette arbejde fortsættes og evalueres i 2018.

I 2017 er der foretaget flere tværsektorielle analyser med handlingsplaner, der har potentiale for spredning fx omhandlende:

- Tryghedspakke – afklaring af termer og ordination i overgangene
- U hensigtsmæssigt tværsektorielt forløb for døende borger

**Kontaktperson:** Regional risikomanager Helle Søgaard Frappart

E-mail: [helle.soegaard.frappart@regionh.dk](mailto:helle.soegaard.frappart@regionh.dk)

### Praksissektoren

I Region Hovedstaden har vi på baggrund af hændelser, hvor overgange har været en udfordring for patientsikkerheden, udarbejdet fagspecifikke ISBAR til den tværgående dialog. ISBAR 'en er tilrettet henholdsvis fodterapeuter og fysioterapeuters fagområder og tænkt som et støtteredskab i dialogen med samarbejdspartnere inden for sundhedssektoren.

**Kontakt:** [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk) Tlf. 38 66 60 60



## **Amager Hvidovre Hospital (AHH)**

### Metoder i patientsikkerhedsarbejdet

Processen for håndtering og opfølgning på UTH er blevet skærpet i løbet af 2017. Når der rapporteres UTH, som umiddelbart af risikomanager bedømmes alvorlig, potentielt alvorlig eller dødelige tages der hurtigt initiativ til kort analysेमøde mellem kontaktvicedirektør, afdelingsledelse og udvalgte involverede om plan for videre analyse.

AHH kom på Sundhedsplatformen den 18. marts 2017. Siden har patientsikkerhedsarbejdet også indbefattet at se systematisk på sammenhænge mellem incidents i SP og UTH og derigennem identificere usikre arbejdsgange, som analyseres sammen med klinikere og SP-kyndigt personale. Eksempel på dette er analyse af håndtering af prøvesvar i SP og etablering af diverse workshop om emnet. Dette arbejde forsættes i 2018. Samlet set betyder det, at patientsikkerhedsarbejdet i højere grad foregår i analyseteams med forskellige kompetencer (herunder CIMT-kyndige, farmaceuter og SP-konsulenter).

**Kontaktperson:** Kvalitets- og patientsikkerhedschef Tine Skak, mail: [tine.elisabeth.skak@regionh.dk](mailto:tine.elisabeth.skak@regionh.dk)

### Sikre patientovergange

I arbejdet med SP er det blevet endnu mere tydeligt, at patientsikkerhedsarbejdet skal inddrage analyser af hele patientforløbet, hvor især overgange mellem forskellige behandlingsfaser og kommunikationen her giver udfordringer.

Eksempel på dette er Akutmodtagelsen, der i november 2017 besluttede at indføre, at plejepersonalet udarbejder et kort notat lige inden patienten overflyttes til stamafdeling, idet personalet oplever, at de i modtagelsessituationer mangler et hurtigt overblik i Sundhedsplatformen.

**Kontaktperson:** Risikomanager Bente Dich, mail: [bente.dich@regionh.dk](mailto:bente.dich@regionh.dk)

### Medicineringsproces

Der er i 2016 og 2017 tilført apotekspersonale til at hjælpe (især nyuddannede sygeplejerske) med medicineringsprocessen i ortopædkirurgisk afdeling og i Akutmodtagelsen, herunder konkret hjælp i forhold til dispensering og administration, men også til svar på akut opståede spørgsmål fra personalet om præparater, dispenseringsmåder m.m. Dette arbejde vil blive udbredt til flere afdelinger i 2018.

**Kontaktperson:** Farmaceut Line Jarvig, mail: [line.jarvig@regionh.dk](mailto:line.jarvig@regionh.dk)

## **Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH)**

### Nedbringelse af medicineringsfejl ved udskrivelse:

Patientsikkerhedsforum Byen har i samarbejde mellem hospital og primærsektor foretaget gennemgang af de eksisterende arbejdsgange omkring medicinering på begge sider af patientens udskrivelse. Afdækningen har givet overblik over nogle af de barrierer, der kan være for at sikre patientens medicinering. Samordningsudvalget har nedsat en arbejdsgruppe omkring nedbringelse af antal medicinfejl ved udskrivelse, som arbejder videre med de identificerede problemstillinger.

**Kontaktperson:** Samordningskonsulent Lena Salomon. E-mail: [lana.salomon@regionh.dk](mailto:lana.salomon@regionh.dk)

## **Bornholms Hospital (BOH)**

### Udviklingshospital Bornholm

Bornholms Hospital har også i 2017 haft status som Udviklingshospital. Overordnet skal udviklingshospitalet afdække og teste bedre sammenhænge for den enkelte patient, en højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt under hensyntagen til at patienten styrer forløbet.

- Hospitalet har arbejdet med en tværsektoriel videokonference med deltagere fra lægepraksis, hjemmesygepleje, hospitalslæge og sygeplejerske samt patient/pårørende med henblik på at skabe én fælles plan for det videre patientforløb.

**Kontaktperson:** Konst. enhedschef Anders Kalf-Hansen. E-mail: [anders.kalf-hansen@regionh.dk](mailto:anders.kalf-hansen@regionh.dk)

- En rådgivende visitationsansvarlig overlæge har haft fast telefontid for lægepraksis, der kunne kontakte vedkommende om relevansen af indlæggelse, sub akut ambulat besøg eller andet.

**Kontaktperson:** Ledelseskonsulent Pia Sonne Jensen. E-mail: [pia.sonne.jensen@regionh.dk](mailto:pia.sonne.jensen@regionh.dk)

- Gennemførelse af tværfaglige konferencer med deltagelse af flere specialer i forbindelse med patientforløb, der har involveret flere sygdomme med henblik på en fælles behandlingsplan.

**Kontaktperson:** Ledelseskonsulent Pia Sonne Jensen. E-mail: [pia.sonne.jensen@regionh.dk](mailto:pia.sonne.jensen@regionh.dk)

- Efterbestillinger af blodprøver foregår nu ved direkte henvendelse til bioanalytiker, og ikke som tidligere til lægesekretær, med henblik på at gøre rekvisitionen enklere og med mulighed for hurtigere at kvalificere rekvisitionen.

**Kontaktperson:** Jakob Helt-Hansen. E-mail: [jakob.helt-hansen@regionh.dk](mailto:jakob.helt-hansen@regionh.dk)

### Medicingennemgang

Medicingennemgang er udført som forberedelse til fælles konferencer af farmaceut hos patienter med mange lægemidler med henblik på at reducere medicinfejl og øge compliance.

**Kontaktperson:** Farmaceut Maibritt Skov Olsen. E-mail: [maibritt.skov.olsen.01@regionh.dk](mailto:maibritt.skov.olsen.01@regionh.dk)

### Ny struktur

Ny afdelingsstruktur med henblik på at samle alle indlagte patienter i en sengebygning med henblik på at bygge bro mellem specialer, skabe færre skift for patienterne samt gøre rammer for en større fleksibilitet i plejegruppen større.

**Kontaktperson:** Konst. enhedschef Anders Kalf-Hansen. E-mail: [anders.kalf-hansen@regionh.dk](mailto:anders.kalf-hansen@regionh.dk)

### Tværgående kompetenceløft for plejepersonale

Plejepersonalet på tværs af alle sengeafdelinger følger et kompetencekursus, som skal være med til at øge kendskabet til de hyppigste patientforløb og diagnoser vurdering af den akutte patient, mave- tarmkirurgiske sygdomme, sepsis og SOFA, m.m.

**Kontaktperson:** Konst. enhedschef Anders Kalf-Hansen. E-mail: [anders.kalf-hansen@regionh.dk](mailto:anders.kalf-hansen@regionh.dk)

### Navlesnors-pH

Alle jordemødre gennemgår undervisning og overvåges i forhold til at få analyseret og reageret på navlesnors-pH, der er retningsgivende for den videre behandling af det nyfødte barn.

**Kontaktperson:** Ledende jordemoder Rie Jensen. E-mail: [rie.jensen@regionh.dk](mailto:rie.jensen@regionh.dk)

**Koordinering** Kort daglig fælles morgenmøde mellem kliniske afdelingsledelser og direktionen for at kvalificere visitation, patientflow og behandling.

**Kontaktperson:** Konst. enhedschef Anders Kalf-Hansen. E-mail: [anders.kalf-hansen@regionh.dk](mailto:anders.kalf-hansen@regionh.dk)

### Herlev og Gentofte Hospital (HGH)

Transportudstyr til patienter med behov for højt iltflow

En kerneårsagsanalyse har konkluderet, at hospitalet har haft en udfordring omkring transportudstyr til patienter med behov for højt iltflow. Som en af handleplanerne har man nu oprettet centralt placerede depoter for iltbomber med Kvik-Top model og transportkasser med særligt udstyr er blevet etableret. Samme analyse påpegede også et behov for at få re-implementeret retningslinjerne omkring patienter med begrænset behandlingsniveau, som både skal dokumenteres korrekt i Sundhedsplatformen men også kommunikeres til samarbejdspartnere, ex. portører. Der er planlagt en indsats primo 2018.

**Kontaktperson:** Risikomanager Anne-Mette Runge Buhl. E-mail: [anne-mette.runge-buhl@regionh.dk](mailto:anne-mette.runge-buhl@regionh.dk)

### **Hospitalet i Nordsjælland (NOH)**

#### Øget patientsikkerhed og tryghed i 'overgangene'

MELDE/HILSE-konceptet er en ny måde at skabe patientsikre overgange og byde patienten velkommen på. Formålet er øget patientsikkerhed ved overflytninger og tryghed for patienten ved modtagelse i en ny afdeling. MELDE/HILSE består af to komponenter: Dels af en forberedelse 'backstage' før interaktionen med patienten – kaldet "MELDE"; dels af en direkte kontakt med patienten 'frontstage' – kaldet "HILSE".

Konceptet er opbygget, så der bagved hvert bogstav ligger en handling, der skal skabe patientsikkerhed og tryghed i overgangene for de indlagte patienter. MELDE omfatter bl.a. information om patientens tilstand og ankomsttidspunkt med fokus på at minimere informationstab i overleveringen. HILSE handler om at udøve professionel imødekommenhed og give patienten en tryk velkomst.

Initiativet "MELDE/HILSE" har sit udspring i et servicedesign-projekt og blev implementeret i forårs- og sommermånederne 2016 på Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling. Projektet er udviklet med involvering af medarbejdere og patienter. I dialog med patienter er det blevet afdækket, hvad der ligger i en ordentlig velkomst, som opleves sikker og tryk for patienten. Efterfølgende spredes prototypen til andre afdelinger på Nordsjællands Hospital.

**Kontaktperson:** Sygeplejerske Minna Nielsen. E-mail: [minna.lisbeth.nielsen@regionh.dk](mailto:minna.lisbeth.nielsen@regionh.dk)

#### Bed manager på Nordsjællands Hospital

Siden september 2016 har der været bed manager på Nordsjællands Hospital. En bed manager skal understøtte bedre flow i akutafdelingen. Bed managerne skal som udgangspunkt sikre de gode og veltillrettelagte udvisiteringer fra Akutafdelingen til hospitalets øvrige afdelinger. Funktionen adresserer dels at udnytte ledig kapacitet og dels at sikre den modtagende afdeling får den rigtige information om patienten til tiden. Udvisiteringer og flytninger er noget vi nu aftaler og planlægger, så modtagende afdeling har mulighed for at sikre, at der er ressourcer til at modtage patienten på sikker vis. Bed managerne dækker funktionen på hverdage fra kl. 08-22 og i weekender kl. 8.00-20.00. Alle bed managerne er uddannede sygeplejersker. Hovedparten af bed managerne har endvidere en anden klinisk funktion på Nordsjællands Hospital.

**Kontaktperson:** Kvalitetskonsulent Camilla Runliden. E-mail: [camilla.runliden@regionh.dk](mailto:camilla.runliden@regionh.dk)

### **Region Hovedstadens Psykiatri (RHP)**

#### Psyk-ISBAR

På baggrund af en tværsektoriel kerneårsagsanalyse fra 2016 blev der identificeret et behov for sikker kommunikation mellem sektorer. Derudover blev der via arbejdsgruppen vedr. patientsikkerhed under sundhedsaftalen bevilget økonomiske midler til udarbejdelse af det kommunikationsunderstøttende redskab: Psyk-ISBAR. Redskabet er udarbejdet som en tjekliste til udveksling af information mellem fagprofessionelle i en akut situation, både til brug i kommunikationen mellem botilbud og akutmodtagelser i de psykiatriske

centre men også til brug i kommunikation mellem psykiatriske afsnit og 112/politi. Der er fokus på de specielle psykiatriske kendetegn under identifikation – situation – baggrund – analyse - råd.

**Kontaktperson:** Risikomanager Karen Ørnebjerg, tlf. 38 64 00 88

#### Patientforløbsbeskrivelser

På Psykiatrisk Center Sct. Hans er der udarbejdet nye patientforløbsbeskrivelser, som blandt andet har fokus på patientens professionelle netværk og særlige indsatser i udskrivelsesfasen.

**Kontaktperson:** Kvalitets- og udviklingskoordinator Bente Borg, tlf. 38 64 24 42 og klinisk sygeplejerspecialist Lea Marie Nielsen, tlf. 38 64 22 57

#### Samarbejde mellem psykiatri og somatik

På baggrund af 3 utilsigtede hændelser med uventet død, hvor meget ressourcetsvage patienter med psykiatriske lidelser og diabetes blev fulgt både ambulant i psykiatri og i endokrinologisk ambulatorium, blev der identificeret et behov for at få mere robuste arbejdsgange. Patienterne havde svært ved at følge behandling, og havde derfor svingende blodsukre. I psykiatrisk ambulatorium forsøger man at følge op på somatisk sygdom og at støtte patienten til at følge aftaler, samt at tage sin medicin, men der er mange udfordringer, hvis patienter har flere lidelser. Der er beskrevet forskellige områder i en samarbejdsaftale fx:

- At det altid er muligt at drøfte problemstillinger på bagvagnsniveau og mellem sygeplejersker i psykiatri og somatik. Patienten skal altid have en sundhedsfaglig kontaktperson i psykiatrisk ambulatorium. Der udarbejdes action card/VIP vejledning.
- Ved dødsfald i psykiatri hos en patient, som også har diabetes, sendes journal til second opinion hos endokrinologerne.
- At patientsikkerhedsanalyser udføres tværsektorielt.
- At der aftales "observationspraktik" til videndeling mellem sygeplejerskerne i de 2 ambulatorier.
- At der afholdes videndelingsmøde mellem endokrinologi og psykiatri ca. hvert ½ år. Ved disse møder evalueres indsatsen, herunder om afgrænsning af patientgruppen har været korrekt og nye tiltag aftales.

**Kontaktpersoner:** Risikomanagere Karen Ørnebjerg, tlf. 38 64 00 88 og risikomanager Benedicte Schou, tlf. 38 64 00 95

#### Rigshospitalet (RH)

##### Overgange fra indlæggelse til genoptræning og rehabilitering

På Neuroområdet er der arbejdet systematisk med overgange fra indlæggelse til genoptræning og rehabilitering i kommunerne efter bekendtgørelsen om genoptræningsplaner indførte specialiseringsniveauet 'rehabilitering på specialiseret niveau'.

Det tværfaglige team omkring patienten afholder specialiseringsmøde, når tidspunktet for færdigbehandling nærmer sig og beslutter specialiseringsniveau for genoptræning. Skal patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau, adviseres kommunens hjerneskadekoordinator og evt. den kommunale visitation. Efter en tværfaglig udskrivningskonference med deltagelse af patient og pårørende giver kommunen tilbud om genoptræning og patienten udskrives med genoptræningsplan.

**Kontaktperson:** Afdelingsergoterapeut Rikke Holst Jensen. E-mail [rikke.holst.jensen@regionh.dk](mailto:rikke.holst.jensen@regionh.dk)

##### Udskrivningskonferencer omkring patienter med hjerneskade

For at sikre sammenhæng og overblik, deltager samordningskonsulentens så vidt muligt i alle udskrivningskonferencer, når patienter med hjerneskade udskrives til kommunal rehabilitering på specialiseret niveau.

**Kontaktperson:** Samordningskonsulent Helle Høstrup. E-mail [helle.hostrup@regionh.dk](mailto:helle.hostrup@regionh.dk)

#### Samarbejde mellem jordemødre, team for sårbare gravide, barselsafsnit og kommunale sundhedsplejersker

På fødeområdet er der igangsat møder mellem jordemødre, team for sårbare gravide og barselsafsnit og de kommunale sundhedsplejersker for at sikre bedre sammenhæng særligt for sårbare gravide og problematikker vedrørende amning.

**Kontaktperson:** Afdelingssygeplejerske Vivi Hald Kronborg. E-mail [vivi.hald.kronborg@regionh.dk](mailto:vivi.hald.kronborg@regionh.dk)

### **Region Hovedstadens Akutberedskab**

#### Visitationsguide 1813

Akutberedskabet har fokus på at sikre, at ændrede retningslinjer for visitation i Region Hovedstaden indarbejdes i det elektroniske beslutningsstøtteværktøj "Visitationsguide 1813", der anvendes til visitation af borgere fra Akuttelefonen 1813 til fx egen læge, klinisk vurdering på hospitaler, m.m. Visitationsguide 1813 opdateres derudover løbende ud fra ny faglig viden samt handleplaner på baggrund af analyser af klager og utilsigtede hændelser.

Endvidere har Akutberedskabet løbende fokus på at optimere dokumentationen af kontakten til borgeren med henblik på at sikre overgangen til fx egen læge eller hospital.

**Kontaktperson:** Risikomanager Inge Lise Foli Danig. Email: [inge.lise.foli.danig@regionh.dk](mailto:inge.lise.foli.danig@regionh.dk)

#### Patientovergange fra det præhospitale område til hospitalerne

Akutberedskabet udfører 2 gange årligt journalaudit sammen med alle akutklinikker samt akut- og børnemodtagelser i Region Hovedstaden. Her er de overordnede fokus på overgange samt det faglige indhold af visitationen mellem Akuttelefonen 1813 og hospitalerne. Akutberedskabet har også haft øget fokus på dokumentationen for at sikre en optimal overgang fra det præhospitale område til hospitalerne.

**Kontaktperson:** Risikomanager Inge Lise Foli Danig. Email: [inge.lise.foli.danig@regionh.dk](mailto:inge.lise.foli.danig@regionh.dk)

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### **Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed**

##### Tværgående analyse om diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom

På baggrund af flere dødsfald efter meningitis og meningokoksygdom i de senere år gennemførte Region Hovedstaden i 2017 en aggregeret kerneårsagsanalyse af diagnostik af disse sygdomme. Analysen blev gennemført af et bredt sammensat team med deltagelse af personale, pårørende og eksperter i meningitis og meningokoksygdom samt forbedringsarbejde. Analysen tog udgangspunkt i en opsamling af de seneste års rapporterede utilsigtede hændelser på området, nyeste viden om meningitis og meningokoksygdom og erfaringer fra patienter og pårørende.

Analysens mål var at reducere risikoen for dødsfald af meningitis og meningokoksygdom, og analyseteamet pegede her på ét centralt målbart succeskriterie: nemlig at reducere tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til relevant behandling er påbegyndt.

Analyseteamet arbejdede med en lang række problemområder og identificerede med udgangspunkt i disse fire indsatsmål som samlet set vurderes at kunne bidrage til det overordnede mål:

- Mindske fixation og øge samarbejde om udredning og diagnostik
- Øge inddragelse af patienter og pårørende
- Sikre hurtig behandling

- Opdatere viden hos personale og borgere

Analyseteamets arbejde resulterede i ti konkrete handlingsplaner:

- To større indsatser:
  - Etablering af et læringskoncept med e-læring omkring meningitis og meningokoksygdom
  - Systematisk simulationstræning af alle ansatte i akutmodtagelser i samarbejde og kommunikation omkring den uafklarede patient.
- Et forbedringsprojekt på et pilothospital, der skal forbedre samarbejde om akutte patienter, herunder lokalt arbejde med kultur for læring.
- Fem nye arbejdsgange om prøvetagning, pårørendeinddragelse samt genhenvendelser.
- Et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed for at viderebringe analysens viden og overvejelser om vaccination og befolkningens viden om meningitis og meningokoksygdom.

Samt

- Udvikling af en indikator til monitorering af handlingsplanernes samlede effekt. Indikatoren skal måle tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsnets behandling iværksættes.

Analyseteamet har koncentreret sig om at formulere indsatser, der vil kunne reducere risikoen for forsinkelser i diagnostik af meningitis og meningokoksygdom, men mange af handlingsplanerne har et bredere fokus, der vil kunne forbedre diagnostikken af akutte patienter bredt. Det planlagte læringskoncept vil ligeledes blive udviklet, så det efterfølgende kan anvendes til andre tilstande eller diagnoser.

Læs rapporten i sin helhed:

<https://intranet.regionh.dk/regi/nyheder/intranetnyheder/Documents/Tvaergaaende-analyse-af-diagnosticering-af-meningitis-og-meningokoksygdom.pdf>

**Kontaktperson:** Regional risikomanager Perle Darsø. E-mail: [perle.darsoe.01@regionh.dk](mailto:perle.darsoe.01@regionh.dk)

#### Analyse om Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet i Region Hovedstaden

I forbindelse med den tværgående meningitisanalyse blev der beskrevet nogle forløb, som viste eksempler på u hensigtsmæssig kultur om læring af fejl, som krævede nærmere afdækning. Samtidig ønskede politikerne i Region Hovedstadens forretningsudvalg, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Derfor blev der etableret en analyse med fokus på det organisatoriske, ledelsesinvolvering samt roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet herunder risikomanagerens rolle.

#### **Konklusion**

Fokusområderne for analysen var kultur, organisation, ledelse og kompetencer, og der blev udpeget fem indsatsområder:

- Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur
- Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
- Medarbejderdrevet patientsikkerhed
- Involvering af patienter og pårørende
- Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

Analysen har understreget vigtigheden af, at ledelserne går forrest i arbejdet med patientsikkerhed med hospitalets kvalitetsorganisation og risikomanagere som stærke sparringspartnere. En anerkendende læringskultur og ledelsesbevågenhed på arbejdet med patientsikkerhed er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden og læringskulturen.

På baggrund af indsatsområderne udarbejdede analyseteamet ni handlinger med en række konkrete

indsatser, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden:

1. Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle indikatorer og gennemføre måling af læringskulturen.
2. Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering.
3. Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.
4. Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer.
5. Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/pårørende samt koble UTH og forbedringsarbejdet.
6. Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet.
7. Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring.
8. Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne.
9. Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager.

De ni handlinger komplimenterer hinanden. En styrke i handlingerne er, at der er et stærkt ledelsesfokus, et fokus på medarbejderdrevet patientsikkerhed og involvering af patienter og pårørendes bekymringer, samt at kompetencerne øges for såvel risikomanagere, ledere og medarbejdere. For at kunne monitorere implementeringen af handlingerne og udviklingen i læringskulturen, er en af de først prioriterede handlinger at få udviklet indikatorer til måling af læringskulturen med baseline måling i første kvartal 2018. Fremdrift i handlingerne følges administrativt og politisk i 2018 og 2019.

Læs rapporten i sin helhed: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Region-Hovedstaden-Vi-skal-styrke-I%C3%A6ringskulturen.aspx>

**Kontaktperson:** Regional risikomanager Helle Søgaard Frappart.

E-mail: [helle.soegaard.frappart@regionh.dk](mailto:helle.soegaard.frappart@regionh.dk)

#### Sundhedsplatformen og Go-live arbejdet

I Region Hovedstaden har Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed under hver ny Go-live periode ved udrolningen af Sundhedsplatformen planlagt og koordineret et forhøjet patientsikkerheds fokus. I samarbejde med risikomanagere på hospitalerne, i Sundhedsplatformen og Center for IT og Telefoni har vi dagligt gennemset og vurderet alle rapporterede utilsigtede hændelser og udvalgte incidents rapporteret til Sundhedsplatformen. Vi har koordineret, analyseret og fulgt op på disse. Herunder har vi ved de daglige møder med ledelserne for Sundhedsplatformen og hospitalerne deltaget i prioriteringer af indsatsområderne for forbedringer under implementeringerne. Region Hovedstaden inviterede risikomanagere fra Region Sjælland til at deltage som observatører i processen, således at de var bedst muligt forberedte på deres implementering.

Styrelsen for Patientsikkerhed har udvist stor interesse for regionens implementering af Sundhedsplatformen. Siden den 1. juni 2016 har administrationen og programmet bag Sundhedsplatformen udfærdiget en lang række redegørelser og statusnotater vedr. patientsikkerhed i Sundhedsplatformen. Herunder om håndteringen af konstaterede systemfejl, samt fejl relateret til den kliniske anvendelse af systemet med fokus på bl.a. henvisninger, øgede ventetider, medicineringsprocesser, FMK, prøver og prøvesvar. Endvidere uddannelse af personale, nødprocedurer ved periodiske nedbrud mv. Hertil kommer afholdelse af 3 møder mellem klinikere og styrelsen på 3 af regionens hospitaler.

**Kontakt:** E-mail: [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk) Tlf. 38 66 60 60.

### Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser med medicinsk udstyr.

Det er altid en udfordring at finde ud af om utilsigtede hændelser, eller nær-hændelser, med medicinsk udstyr skyldes deciderede fejl ved udstyret, om det er anvendelsesfejl som fx kan begrundes i manglende eller uklar oplæring, eller om udstyret kan udgøre en risiko for patientsikkerheden på grund af kompleksiteten i den kontekst, som udstyret anvendes i.

I 2017 er der rapporteret en række hændelser hvor medicinsk udstyr har været en faktor. Mange hændelser er analyseret og håndteret i den enkelte klinik, men der har også været hændelser, som er håndteret på regionalt plan. Dette er hændelser med udstyr som anvendes på flere hospitaler, og hvor flere afdelinger oplever at udstyret medvirker til utilsigtede hændelser eller nærhændelser. I sådanne tilfælde samarbejder regionens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed og regionens indkøbsafdeling med de rapporterende klinikkers patientsikkerhedsmedarbejdere og hospitalets risikomanager, med formanden for det sundhedsfaglige råd som er ansvarlige for den aktuelle patientbehandling, og med firmaet om at finde ud af om der er fejl ved udstyret, eller om hændelserne har andre årsager. Dette samarbejde er oftest konstruktivt og foregår i en god ånd, idet alle interessenter er optaget af at finde årsagen til hændelsen og forhindre at tilsvarende hændelser sker. Resultatet af en analyse kan have forskellige udfald, og kan resultere i at regionen tilbagekalder det medicinske udstyr og erstatter det med et andet produkt. I yderste konsekvens vælger regionen at opsigte kontrakten på et produkt, hvis produktet udgør en uacceptabel risiko for patienterne. Dette var tilfældet i én enkelt og helt usædvanlig situation i 2017.

**Kontakt:** E-mail: [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk) Tlf. 38 66 60 60.

### **Praksissektoren**

Der har på Praksisområdet været en lang række tiltag i 2017 på baggrund af mønstre og tendenser i de rapporterede utilsigtede hændelser. Nedenfor nævnes enkelte eksempler.

- Samarbejdet omkring Tryghedskasser
- Ændring i IT-lægesystem på baggrund af rapporteringer om maskinelt afkortede recepter
- Oplæg om utilsigtede hændelser for psykologer i Region Hovedstaden
- Oplæg om utilsigtede hændelser for fodterapeuter i Region Hovedstaden.

Der har været foretaget en række dyberegående patientsikkerhedsanalyser, hvor flere sektorer har været involveret.

Der er udfærdiget læringscases, som giver eksempler på utilsigtede hændelser i fodterapi, fysioterapi og hos tandlæger. For hver case har risikomanagerne skrevet anbefalinger til, hvordan der i klinikken kan arbejdes på at forebygge disse hændelser. Læringscases er fiktive cases udviklet på baggrund af de hændelser, som risikomanagerne hyppigst har set inden for disse fagområder.

I regi af Nationalt Netværk for Patientsikkerhed i Praksissektoren har Region Hovedstaden bidraget til standdeltagelse på Lægedage 2017 og på Tandlægeforeningens Årskursus 2017. I regi af dette nationale samarbejde mellem de regionale risikomanagere for praksissektoren, er der udarbejdet anbefalinger til vaccinationsprocessen i almen praksis.

**Kontakt:** E-mail: [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk) Tlf. 38 66 60 60.

### **Amager Hvidovre Hospital (AHH)**

#### Organisk Delirium

På AHH er der (for) mange patienter, der udvikler delirium under indlæggelse. Der er derfor etableret en fast arbejdsgruppe, (der referer til Kvalitetsrådet AHH) om organisk delirium bestående af overlæger og sy-



geplejersker på AHH. Deltagerne holder sig løbende orienteret om erfaringer og nye retningslinjer om emnet. Gruppens væsentligste hensigt er at sikre en systematisk screening af patienter med fare for udvikling af delirøs tilstand. Gruppens deltagere sørger for at udvikle ensrettet undervisningsmateriale til den tværfaglige undervisning, som foregår på de forskellige matrikler, til konferencer i "huset", til on-site træning i de enkelte afsnit samt udvikler pjecer til pårørende og fast vagter m.m.

**Kontaktperson:** Uddannelsesansvarlig overlæge og klinisk lektor Hanne Pedersen.

E-mail: [hanne.pedersen.06@regionh.dk](mailto:hanne.pedersen.06@regionh.dk)

#### Skræddersyet klinisk undervisning og træning

Det er vigtigt både for patientsikkerheden og kvaliteten af behandlingen, at alle medarbejdere på afdelingerne har de relevante kliniske færdigheder, som kan være alt fra iltbehandling til indtastning i SP. Derfor tilbyder Learning Lab (AHH's trænings – og simulationsenhed) afdelingerne klinisk undervisning og træning, der er tilpasset afdelingernes aktuelle behov, som bl.a. baseres på indrapporterede UTH. Forløbene tager udgangspunkt i dagligdagen på afdelingerne, i den konkrete afdelings patientgruppe og dennes behandlingsforløb. Afdelingen bestemmer selv tidsforbruget, og om det skal finde sted på afdelingerne eller i undervisningslokaler.

**Kontaktperson:** Udviklingskonsulent Jesper Friis-Hansen. E-mail: [jesper.friis-hansen@regionh.dk](mailto:jesper.friis-hansen@regionh.dk)

#### Indsatser på AHH til forebyggelse af hjertestop og uventet dødsfald

- *Kompetencekort til sygeplejersker.*

Kortet beskriver den viden og de færdigheder, man som minimum skal besidde, før man som sygeplejerske kan gå i vagter på AHH. Alle nyansatte sygeplejersker introduceres til kortet på AHH's introduktionsprogram "Start i sygeplejen AHH" og efterfølgende følges der op via afsnitsledelserne.

- *Auditering af hjertestop.*

Der auditeres årligt på AHH's hjertestop, hvor der tages stilling til om det enkelte hjertestop var forventet og forebyggeligt og om EWS-algoritmen op til hjertestoppet var fulgt. Auditeringen afrapporteres til AHH's kvalitetsråd, som iværksætter eventuelle relevante tiltag.

- *Fremtidige tiltag*

- Systematisk opsamling af data fra hjertestop teamets debriefinger med henblik på læring. Hospitalets hjertestopteam afholder defusing/debriefing efter hjertestop behandling. Der arbejdes på at iværksætte en procedure, hvor data fra disse debriefinger systematisk opsamles og anvendes som læring fremadrettet.
- Uddannelses tilbud til "gammel-ansatte" sygeplejersker.
- Uddannelses tilbud til yngre læger på Hvidovre hospital.

#### Instruktionsfilm

I takt med den rivende udvikling indenfor teknologi og tekniske procedurer, har Learning Lab i samarbejde med klinikere udviklet korte instruktionsfilm til at understøtte klinikernes læring i korrekt brug af Medikoteknisk udstyr. Filmene er et visuelt supplement til VIP dokumenter, og alle filmene er tilgængelige både på intranettet, og de kan i nær fremtid tilgås via App på tablet, som al plejepersonale benytter. Således kan filmene anvendes til oplæring af nyt personale, ligesom de kan anvendes af klinikeren i situationen.

Indtil videre er der udarbejdet film vedrørende:

- Trachealsugning, herunder samling af sug
- Trachealprøvetagning
- Infusionspumpe

I primo 2018 publiceres film om CPAP og ernæringspumpe. Klinikens behov samt indkomne UTH er bestemmende for prioriteringen af emnet for næste film.

**Kontaktperson:** Udviklingskonsulent Trine Grundtvig Jensen. E-mail: [trine.grundtvig.jensen@regionh.dk](mailto:trine.grundtvig.jensen@regionh.dk)

### **Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH)**

#### Læringskultur og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har i 2017 indført koncept med ugentlige Patientsikkerhedstavlemøder mellem Vicedirektør, Kvalitetschef og Risikomanager i stedet for fast punkt på direktionsmøderne. Konceptet er stadig under udvikling, men målet er at sikre hurtig reaktion og en systematik, hvor alle alvorlige sager bliver fulgt helt til dørs. Der udvikles på at gøre trækkene over relevante sager så anvendelige som muligt i forhold til at få tydeliggjort tovholderfunktion og opnå en systematisk gennemgang af den enkelte sag på tavlen. Sagerne kan ikke afsluttes lokalt, før handleplanerne accepteres og sagen endeligt tages af tavlen. Ligeledes arbejdes der på at forbedringsindsatser i forhold til at UTH bliver tydelige ved tavlemøder ude i afdelingerne.

**Kontaktperson:** Risikomanager Mia Hartley.

E-mail: [mia.hartley@regionh.dk](mailto:mia.hartley@regionh.dk)

#### Reduktion af risikoen for dødsfald af meningitis eller meningokoksygdom

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har på baggrund af arbejdet med Meningitisanalyse nedsat en arbejdsgruppe til implementering af regionale handleplaner. Arbejdsgruppen har for nuværende arbejdet med følgende:

- Mobilt Akut Team kan kaldes til udtagning af lumbalpunktur. Arbejdsgang er implementeret.
- Fælles lumbalpunkturbakker under etablering.
- Akutmodtagelsens testede vejledning om lumbalpunktur, samt handlingsanvisende instrukser omkring håndtering af prøver, ophøjes til hospitalsvejledning og implementeres.
- Forenkling af ordination af prøver i forbindelse med lumbalpunktur.
- Etablering af lokal kompetenceudvikling i relation til lumbalpunktur og efterfølgende håndtering af prøven, i samarbejde med BFH learning unit (simulations og teamtræning). Rygfantom er indkøbt til undervisning og træning af praktiske færdigheder på fantom.

**Kontaktperson:** Kvalitetschef Liselotte Probst Brandum. E-mail: [liselotte.probst.brandum.01@regionh.dk](mailto:liselotte.probst.brandum.01@regionh.dk)

#### Forebyggelse af fejlsynkning

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital nedsatte i 2016 på baggrund af utilsigtede hændelser med patienter der fejlsynker en Task Force for dysfagi.

Der er nedsat 3 tværfaglige arbejdsgrupper under Task Force:

- Viden – udvikling af undervisning og screeningsredskab for plejepersonalet.
- Informationsmateriale for patienter – herunder kostkonsistenser og tilbud.
- Synlighed – herunder overgange og overlevering af informationer.

Arbejdsgruppen "viden" har i 2017 færdiggjort afdækning af plejepersonalets viden om dysfagi. Projekt med validering af GUSS test som muligt screeningsredskab for plejepersonale er i gang.

**Kontaktperson:** Klinisk Sygeplejespecialist Dorthe Wiinholdt Christensen

E-mail: [dorthe.wiinholdt.christensen@regionh.dk](mailto:dorthe.wiinholdt.christensen@regionh.dk)

### **Bornholms Hospital (BOH)**

### Entydigt behandlingsansvar

En utilsigtet hændelse har resulteret i en fokuseret indsats for at sikre en entydig og en hurtig proces for hvilket speciale, der har behandlingsansvaret for patienter, der modtages i Akutmodtagelsen.

**Kontaktperson:** Konst. enhedschef Anders Kalf-Hansen.

E-mail: [anders.kalf-hansen@regionh.dk](mailto:anders.kalf-hansen@regionh.dk)

### **Herlev og Gentofte Hospital (HGH)**

Der har i 2017 på Herlev og Gentofte Hospital været rapporteret flere alvorlige utilsigtede hændelser på det obstetriske område, hvilket bl.a. har givet anledning til at udføre 2 kerneårsagsanalyser.

De handleplaner, der til nu er fremkommet af analyserne, er blevet præsenteret på Kvalitetsrådet, i Netværk for Patientsikkerhedskoordinatorer og i regionalt regi for at sikre en lærings- og vidensdeling på tværs af hospital og region. Desuden er formidling sket til privat jordemoderpraksis via Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed. Der er ligeledes identificeret flere regionale problemstillinger, hvilket bl.a. danner baggrund for en regional aggregeret analyse på hjemmefødselsområdet.

**Kontaktperson:** Risikomanager Anne-Mette Runge Buhl.

E-mail: [anne-mette.runge-buhl@regionh.dk](mailto:anne-mette.runge-buhl@regionh.dk)

### **Hospitalerne i Nordsjælland (NOH)**

#### ABCDE optimering

Som udløber af hospitalets projekt EWS >5, blev et projekt med fokus på ABCDE-optimeringen iværksat i 2017. Projektets indsatser blev beskrevet i et charter og tydeliggjort i et driverdiagram. Som særlige indsatser var bl.a. anvendelse og dokumentation af ABCDE optimeringen i SP. Der blev udarbejdet kvikguides og iværksat undervisning i funktionaliteten for alle SP-nøglepersoner i plejegruppen. Funktionaliteten var ikke tilgængelig for lægerne. I samarbejde med SP blev denne mulighed også tilgængelig for læger. Nu er undervisningen af ABCDE en del af SP-optimeringsprojektet. Fra EWS >5 var der en ISBAR tjekliste, denne tjekliste var ikke fuld implementeret på hospitalet. Gruppen testede nu tjeklisten igen i tre afsnit. Ved udgangen af 2017 testes nu tjeklisten som A5 blok i 5 forskellige afdelinger. For at måle på implementeringsgraden er der udarbejdet indikator i forhold til anvendelse af ABCDE funktionaliteten i SP. Målet er at der hos 80 % patienter med høj EWS kan ses en ABCDE optimering i SP. Dataindsamlingsmetoden testes primo 2018. Mulighed for SmartText som ekstra supplement til vurderingsskemanotatet er en opgave, der forventes løst primo 2018. Mulighed for simulationstræning i ABCDE optimering skal afdækkes i 2018.

**Kontaktperson:** Implementerings- og forbedringsspecialist Anne Marie Kodal.

E-mail: [Anne.Marie.Kodal@regionh.dk](mailto:Anne.Marie.Kodal@regionh.dk)

#### Hændelsesprofil

Hvordan skaber man overblik over patientsikkerhedsrisici i en afdeling? Nordsjællands Hospital har i 2017 arbejdet med forskellige modeller for at skabe et bredere overblik over de rapporterede utilsigtede hændelser, end hvad der traditionelt kan skabes ud fra diverse statistikker fra DPSD. Hændelserne indplaceres i et oversigtsskema, som kombinerer 'DPSD Hovedgrupper' med patientflow. Oversigten viser således hvilken type hændelser, der primært samler sig i de forskellige faser af patientens forløb. Oversigten bidrager med kendt og ikke kendt viden. Fx var det for en afdeling velkendt, da der viste sig en ophobning af medicineringshændelser i forbindelse med udskrivning, mens det for en anden afdeling var overraskende, at der kun var ganske få hændelser vedrørende det perioperative forløb. Det første eksempel giver mulighed for at prioritere indsatser til forebyggelse af medicineringsfejl, mens det andet eksempel giver

anledning til at drøfte barrierer for rapportering, herunder hvad der skal til for at det bliver meningsfuldt for personalet at rapportere og skabe basis for læring.

**Kontaktperson:** Risikomanager Anne Birgitte Gisselbæk.

E-mail: [Anne.Birgitte.Gisselbaek@regionh.dk](mailto:Anne.Birgitte.Gisselbaek@regionh.dk)

### Tryksår

Tryksår er en skade for patienten, der kan forebygges. På Nordsjællands Hospital er tryksår et af hospitalets Driftsmål. Målet er 100 dage uden hospitalserhvervet kategori 2 tryksår pr afsnit. Hospitalet har stor viden på området, en viden der skal revitaliseres. Forebyggelse af tryksår indeholder mange elementer og mange procestrin, og er en opgave, der skal løftes på hvert afsnit. Opgaven er organiseret med to kliniske tovholdere, en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Opgaven løftes derudover af en mindre gruppe af afdelingssygeplejersker og to tryksårseksperter. Derudover understøttes opgaven af hospitalets gruppe af tryksårsambassadører. Denne gruppe har eksisteret siden 2013, har fået et kortere kursus i forebyggelse af tryksår og forflytningsvejledning og repræsenterer næsten alle afsnit, inkl. Serviceassistenter og repræsentanter fra Billeddiagnostisk afdeling. Opgaven på alle afsnit blev etableret fra 1. november 2017. Flere afsnit havde processer for forebyggelse af tryksår og to afsnit nåede målet november 2017. Data følges pr afsnit med lokal opfølgning og organisatorisk læring.

**Kontaktperson:** Kvalitetskonsulent Inge Ulriksen.

E-mail: [Inge.Ulriksen@regionh.dk](mailto:Inge.Ulriksen@regionh.dk)

## **Region Hovedstadens Psykiatri (RHP)**

### Involvering af pårørende

På Psykiatrisk Center Ballerup er der udarbejdet en spørgeguide, der skal sikre involvering af de pårørendes vurdering af patienten. Derudover er der arbejdet målrettet med overgange i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen, særligt med fokus på medicinering.

**Kontaktperson:** Klinisk oversygeplejerske Dorthe Ambjørn, tlf.: 38 64 52 44

### Forebyggelse af selvmord

På foranledning af projekt Sikker Psykiatri, forebyggelse af selvmord, har risikomanagerfunktionen i RHP foretaget fejlkildeanalyser på alle selvmord fra år 2015 og år 2016, samt på opfordring hjulpet et psykiatrisk center med at foretage en fejlkildeanalyse på centres egne selvmord i 2016.

- En fejlkildeanalyse er en risikoanalyse, der afdækker usikre arbejdsgange og forudser mulige fejlkilder med henblik på at forebygge utilsigtede hændelser. Ved systematisk at gennemgå et centers mest risikable hændelser, her selvmord, kan man opbygge et system, der afdækker kilder til forbedringstiltag. Fejlkildeanalyser kan forbedre sikkerheden for patienter. Ved at anvende metoden identificerer man risikoområder, analyserer sig frem til de bagvedliggende årsager til risikoen og angiver mulige handlingsplaner, der kan løse de risikoområder, der i analysen er identificeret som de største risici for patienten (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Fejlkildeanalyser i sundhedsvæsenet, 2005, Socialstyrelsen m.fl., Hændelseanalys & Riskanalys, Sverige, 2005).

Fejlkildeanalysen er et godt redskab til at få vurderet sikre arbejdsgange, som har betydning for de alvorlige og dødelige hændelser med henblik på at afdække mønstre og mulige svagheder samt meget robuste arbejdsgange for at identificere indsatsområder. Resultatet af fejlkildeanalyserne pegede blandt andet på behov for tværfaglig kompetenceduikling af medarbejdere i forebyggelse af selvmord. Dette behov er også identificeret på landsplan. Region Hovedstadens Psykiatri har nu indgået et samarbejde med de øvrige regioner om selvmordsrisikoforebyggelse, og det Nationale Partnerskab for Selvmordsforebyggelse støtter projektet.

**Kontaktpersoner:** Risikomanager Karen Ørnebjerg, Tlf.: 38 64 00 88 og risikomanager Benedicte Schou, Tlf. 38 64 00 95

### **Rigshospitalet (RH)**

#### Forkert patient-ID på prøveglas

Klinisk biokemisk afdeling (RH) har i år registreret godt 100 utilsigtede hændelser, hvor rekvirenter har bedt om at få annulleret svar pga. forkert patient-id på prøveglas. Alle er rapporteret som UTH.

Risici ved hændelsen:

Der afgives svar til patient A, hvor svarene tilhører patient B, herved risikerer patient A at blive fejlbehandlet og patient B's analysesvar mangler.

Hændelserne fordeler sig på 3 grupper:

- Manglende brug af PDA
- Forkert brug af PDA
- Forkert patient-id ved analysering på decentral ABL-udstyr.

#### Tiltag

For at undgå ovenstående tilbyder Klinisk Biokemisk afdeling demonstration i brug af PDA via kontaktbioanalytikere, samt vejledning på hjemmesiden. Klinisk Biokemisk Afdeling har deltaget i møde for "Netværk for Kvalitet" og informeret om risici og tiltag.

**Kontaktperson:** Klinikchef Linda Hilsted.

E-mail: [linda.maria.hilsted@regionh.dk](mailto:linda.maria.hilsted@regionh.dk)

### **Region Hovedstadens Akutberedskab**

#### Meningitis

I forbindelse med flere alvorlige hændelser vedrørende patienter med meningitis og meningokoksygdom har der i såvel Region Hovedstaden som i Akutberedskabet været stort fokus på at forebygge alvorlige hændelser på dette område, herunder med henblik på at sikre at patienter med symptomer på disse sygdomme identificeres og hurtigst muligt modtager relevant behandling.

Akutberedskabet har på baggrund af analyser af de alvorlige hændelser udarbejdet handleplaner med bl.a. følgende tiltag:

- Forbedringsprojekt omhandlende kompetenceudvikling af medarbejdere i forhold til systematisk kommunikation, rådgivning og visitation.
- Løbende information og undervisning af medarbejderne i sjældne og akutte tidskritiske sygdomme, herunder meningitis og meningokoksygdom.

**Kontaktperson:** Risikomanager Inge Lise Foli Danig.

Email: [inge.lise.foli.danig@regionh.dk](mailto:inge.lise.foli.danig@regionh.dk)

### **Region Hovedstadens Apotek**

Årets patientsikkerhedsarbejde har været præget af indførsel af Sundhedsplatformen på de sidste hospitaler i regionen samt en del restordre på vigtige præparater. Restorderne skyldes den verdensomspændende råvaremangel, som har påvirket al produktion af lægemidler - både fabriksfremstillede og apoteksfremstillede. I flere tilfælde har det været nødvendigt at bruge tilladelsespræparater i stedet, ofte med andre navne og styrker og det har givet udfordringer. For også at holde fokus på hverdagen har vi valgt at lave to

kampagner vedrørende at læse på de pakninger, der skal anvendes samt en kampagne vedrørende ikke at blande tabletter fra forskellige pakninger – dvs. tabletter i både duma beholder eller blisterark.

**Kontaktperson:** Risikomanager Dorte Willumsen.

E-mail [dorte.willumsen@regionh.dk](mailto:dorte.willumsen@regionh.dk)

## **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

### **Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed**

#### Praksisområdet

##### *Temabrev*

Hvert kvartal udgiver Region Hovedstadens risikomanagere et temabrev, der fortæller om aktuelle udfordringer for patientsikkerheden i praksisklinikkerne – (praktiserende læger, speciallæger, terapeuter, kiropraktorer, tandlæger, psykologer og apoteker). Temabrevet hjælper med anbefalinger til at imødekomme disse udfordringer i klinikkerne. Derudover kan man læse om aktuelle indsatsområder for patientsikkerheden i praksissektoren. Temabrevet udsendes kvartalsvis til klinikker, der har haft utilsigtede hændelser den foregående måned samt lægges på [sundhed.dk](http://sundhed.dk) og formidles via PraksisNyt. Derudover kan der abonneres på temabrevet. Temabrevet udkommer i en printvenlig version. Formålet er, at klinikkerne hænger temabrevet op i personalerum og medbringer det med henblik på læring ved personalemøder.

##### *Plakat til venteværelse*

Plakaten "Det handler om dig" ønsker at inddrage patienterne i klinikernes patientsikkerhedsarbejde. Patienterne oplever klinikken fra et andet perspektiv en klinikpersonalet. Derfor kan de blive opmærksomme på udfordringer for patientsikkerhed, som klinikpersonalet ikke selv ser. Derudover oplyser plakaten patienterne om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Både temabrev og plakat kan downloades her: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/indsatsomraader/patientsikkerhed/bestil-materialer-til-klinikken/>

**Kontakt:** E-mail: [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk) eller på tlf. 38 66 60 60.

### **Herlev og Gentofte Hospital (HGH)**

Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser har været emne i hospitalets Ledelsesinformationsrapport. Der blev bl.a. appelleret til en indsats for at få det kliniske personale til at rapportere utilsigtede hændelser til kommunerne, idet det, efter at det Tværsektorielle Patientsikkerhedsforum er begyndt at monitorere på området, er det blevet klart, at hospitalet kun indrapporterer meget få af de tværsektorielle utilsigtede hændelser til kommunerne.

### **Region Hovedstadens Psykiatri (RHP)**

På Psykiatrisk Center Sct. Hans er der udarbejdet en meget detaljeret PIXI-XLmanual som hjælpeværktøj til alle kliniske medarbejdere om arbejdsgangene i Sundhedsplatformen. Manualen kan tilgås her: PIXI XL SP ([https://intranet.regionh.dk/rhp/Centre/Psykiatrisk-Center-Sct-Hans/r%C3%A5d-og-udvalg/MED/Documents/Pixi%20XL\\_1.pdf](https://intranet.regionh.dk/rhp/Centre/Psykiatrisk-Center-Sct-Hans/r%C3%A5d-og-udvalg/MED/Documents/Pixi%20XL_1.pdf))

**Kontaktperson:** Kvalitets- og udviklingskoordinator Bente Borg, tlf. 86 42 44 2 og klinisk sygeplejerspecialist Lea Marie Nielsen, tlf. 38 64 22 57 og kvalitetskonsulent Jette Thomsen, tlf. 38 64 22 12

Pixi XL er senere ophøjet til et fælles opslagsværk/hjælpepakke, der tager udgangspunkt i de arbejdsgange i Sundhedsplatformen, der giver udfordringer på nuværende tidspunkt. Det er et dynamisk dokument, der er publiceret på Psyk-Intra og revideres løbende.

Hjælpepakken kan tilgås her: Hjælpepakke til sygeplejefagligt personale til dokumentation af vigtige arbejdsgange i Sundhedsplatformen i Region Hovedstadens Psykiatri

(<https://intranet.regionh.dk/rhp/organisation/Sundhedsplatformen-i-RHP/tipsheets-manualer-laeringsportal/Documents/PIXI%2030082017%20version%208%20endelig.docx>)

**Kontaktperson:** Udviklingschef Marianna Hansen, tlf. 38 64 51 21

### **Region Hovedstadens Akutberedskab**

#### **Undervisningsprogrammer og "5 faglige minutter"**

Akutberedskabet har udarbejdet og afholdt supplerende undervisningsprogrammer, ex. på baggrund af meningitishændelserne, og der er indkøbt fagbøger, som er udleveret til alle medarbejdere.

I Akutberedskabets vagtcentral afholdes der møder to gange ugentlig, hvor der i "5 faglige minutter" bl.a. tages aktuelle emner op fra rapporterede utilsigtede hændelser eller undervises i akutte kritiske sygdomme.

**Kontaktperson:** Risikomanager Inge Lise Foli Danig. Email: [inge.lise.foli.danig@regionh.dk](mailto:inge.lise.foli.danig@regionh.dk)

### **Andet**

#### **Herlev og Gentofte Hospital (HGH)**

Da en andel af de utilsigtede hændelser i 2017 på Herlev og Gentofte Hospital har vist sig at være knyttet til bl.a. utilstrækkelig anvendelse af SP, har hospitalet i samarbejde med Sundhedsplatformen i løbet af sidste del af 2017 afholdt projekt "Anvendelsesoptimering" hvor klinikkerne er blevet "genundervist" i essentielle emner indenfor anvendelse af Sundhedsplatformen. Der vil være løbende opfølgning på Anvendelsesoptimeringsprojektet i 2018.

**Kontaktperson:** Risikomanager Anne-Mette Runge Buhl.

E-mail: [anne-mette.runge-buhl@regionh.dk](mailto:anne-mette.runge-buhl@regionh.dk)

## **Albertslund Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Arbejdssted:** Albertslund Kommune

**Adresse:** Værkstedsgården 12

**Postnummer og by:** 2620 Albertslund

**E-mail:** [Susanne.elmsted@albertslund.dk](mailto:Susanne.elmsted@albertslund.dk)

**Telefonnummer:** 24 83 04 40

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Stort fokus på ajourføring af FMK ifm. Udskrivelse

**Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Ajourføring af FMK

Medicindispensering og medicinadministration



## **Allerød Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Helle Buch

**Arbejdssted:** Ældre og sundhed, Visitationen

**Adresse:** Bjarkesvej 2

**Postnummer og by:** 3450 Allerød

**E-mail:** hebu@alleroed.dk

**Telefonnummer:** 48 12 69 50 man, tirs, tors 10 -12 / 20 18 89 14

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der bliver langt fra rapporteret alle UTH ifb med patientovergange.

Dette er italesat og forventer at der bliver mere fokus på dette i 2018

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der er arbejdet med forbedringsmodellen "I sikre hænder" hvor der har været specielt fokus på medicin og tryksår. Er startet op i en gruppe i hjemmeplejen og i en afdeling på et plejecenter. I Sikre hænder skal løbende bredes ud i flere områder og på sigt hele kommunen.

På baggrund af mange hændelser på plejecentrene, som omhandlede fald i 2015 har der været taget initiativ til en målrettet og systematisk faldforebyggende indsats fra okt. 16 – okt. 17. Projekt Faldforebyggelse.

Formålet med projektet var at forebygge antallet af fald hos beboere på alle plejecentrene i kommunen.

Målet var at udvikle og implementere en systematisk faldforebyggende indsats.

Der er lavet en evalueringsrapport

Overordnet har projektet været en succes og der er bidraget til at personalet på plejecentrene har opnået en systematisk og analytisk tilgang til fald og faldforebyggelse. Der er udarbejdet to vejledninger for hhv håndtering af fald og til forebyggelse af fald. 97 % af alle borger er faldscreenet og der er lavet arbejdsgang for faldscreening. Beboerne tilbydes faldudredning og faldtruede beboere tilbydes afprøvning af hoftebeskyttere. Der sikres systematisk dokumentation og at personalet kompetenceudvikles til at varetage en systematisk og klinisk refleksion i forhold til forebyggelse af fald.

Årsagerne til fald er komplekse hvorfor faldforebyggelse altid ses som en vedvarende tværfaglig indsats og at de iværksatte faldforebyggende tiltag hos beboere løbende må evalueres og justeres.

I hele kommunen har der været fokus på "Medicin", hvilket har givet anledning til nye arbejdsgange, oplæring og kompetenceudvikling, da der ofte sker fejl, når ufaglært personale eller vikarer skal varetage medicinadministration. Man har desuden indført at medicinansvarlige som efter endt vagt har skullet dokumentere at al medicin er givet.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der har været en generel faglig udmelding fra ledelsen om at der har skullet være øget fokus på "Medicin", da det er det de fleste utilsigtede hændelser omhandler.

Der er såvel politisk som ledelsesmæssig fokus på Patientsikkerhed. Der bliver hver måned afleveret en rapport over de indrapporterede hændelser til ledelsen

I 2017 har der været fokus på specielt "Medicin"

### **Andet**

Vi har i år afholdt en kampagneuge i hjemmeplejen, som består af 2 hjemmepleje grupper, 1 sygepleje gruppe og De midlertidige pladser, hvor der har været fokus på Patientsikkerhed / utilsigtede hændelser, med undervisning i alle grupperne. Det har været givtigt at komme ud til medarbejderne og have tid til at opleve hvad der sker og samtidig være synlig for medarbejderne da de har mange spørgsmål i en travl hverdag.

Efter denne kampagneuge har der været mere fokus på indrapportering af UTH som har medført gode refleksioner.

Det er vigtigt hele tiden at have fokus på patientsikkerhed og italesætte det ofte for ellers bliver det glemt i hverdagen.

## **Ballerup Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risikomanager og kvalitetskonsulent Ea Petersen

**Arbejdssted:** Ballerup kommune

**Adresse:** Hold-an vej 7

**Postnummer og by:** 2750 Ballerup

**E-mail:** [eap@balk.dk](mailto:eap@balk.dk)

**Telefonnummer:** 44 77 32 60

**Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Akutsygepleje

I samarbejde med kommunens botilbud og institutioner har vores SHS (specialiseret hjemmesygepleje/ akutteam) medvirket til at forebygge mange indlæggelser og genindlæggelser samt sikret en god overgang mellem de forskellige sektorer.

SHS har bl.a. haft fokus på instrukser for relevante sygeplejefaglige procedure som SHS varetager hos borgerne.

I 2017 blev der udarbejdet følgende procedure for arbejdsgange indenfor:

- Blodprøvetagning,
- IV behandling med væske i hjemmet
- IV behandling af antibiotica i hjemmet.
- Sygeplejefaglige vurderinger.

Der er i 2017 igangsat et kompetenceprogram for sygeplejerskerne ansat i SHS. Dette indebærer bl.a. at alle opgaver der udføres af det specialiseret team gennemgås systematisk teoretisk og praktisk ud fra de nyeste evidensbaserede vejledninger og instrukser.

### **Kommunikation**

Botilbud har forsøgt at medsende to personaler, hvis en psykisk og somatisk dårlig borger har været i kontakt med somatisk hospital. Det ene personale støtter udelukkende borgeren, mens den anden tager sig af kontakt og kommunikation med hospitalspersonalet. Dette har medført et langt roligere forløb med færre misforståelser og deraf utilsigtede hændelser.

Ved udskrivelse kontakter personalet ofte hospitalet, når der mangler oplysninger. Dette sker som oftest mundtligt. Ved mangelfulde oplysninger rapporteres der ofte en UTH til hospitalet, således at læringen kan ske det rette sted. Ved overgange fra hospital til eget hjem, har hjemmeplejen ved flere patienter i terminale forløb deltaget ved udskrivelsessamtaler på hospitalet. Det er dog en stor udfordring at planlægge, da hjemmeplejen kun får kort varsel om udskrivningssamtalerne.

Socialsygeplejersken på de somatiske hospitaler bliver flittigt brugt, og er en god støtte i overgangen for en lang række borgere. Der er god kommunikation mellem kommunen og socialsygeplejersken, og mange informationer der ellers var gået tabt, bliver formidlet denne vej.

I 2017 er kommunens handicap og psykiatriområde kommet på FMK. Dette har sikret nem adgang til medicinlister og evt. ændringer. Ligeledes har handicap og psykiatriområde nu også adgang til MedCom korrespondancen (beskrevet i kommunikationsaftalen mellem region og kommunerne). Særligt samarbejdet med de alment praktiserende læger via MedCom har løftet kvaliteten.

ISBAR bliver forsagt brugt til at sikre god, mundtlig kommunikation mange steder i kommunen. Særligt SHS har haft skærpet fokus på sikker kommunikation i år. Derfor bliver ISBAR altid anvendt når en borger udskrives til videre behandling via SHS teamet.

### **Interne overgange mellem kommunens korttidspladser og hjemmeplejen**

Der har været særligt fokus på overgangen mellem kommunens korttidspladser og hjemmepleje. En samarbejdsaftale er udarbejdet mellem visitation, hjemmepleje og korttidspladser, hvor bla. aftalen om udskrivningssamtaler er med til at sikre en god overgang til borgerens eget hjem, ligesom der er indført et opfølgende hjemmebesøg, hvis behovet er der.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har været flere lokale tiltag i gang fx:

- Faldforebyggelse
- Tryksårsforebyggelse med særligt fokus på handleplaner, opfølgninger og delegation.
- Alarmer til borgere med behov for dette (GPS, sengealarmer med videre)
- Dysfagiudredning
- Særligt fokus ved aktivering/ophævelse af fraværssikonet i dokumentationssystemet
- Triage i forhold til at tidlig opsporing af ændringer i borgerens habituel tilstand
- Ændret arbejdsgang i forbindelse med rodbehandling (tandlægerne), pga. UTH'er om knækkede rodfile.
- Oplæring af personalet i nyt omsorgssystem på handicap og psykiatri området
- Videre implementering af PPS/VAR samt oprydning i "gamle/ugyldige procedurer"
- Medplanlægger af tværsektoriel patientsikkerhedsuge 12. Samarbejde mellem Herlev og Gentofte hospitaler og de ni omkringliggende kommuner (9K).

Medicinområdet:

- Tværgående kvalitetsstandarder på medicinområdet
- Test af velfærdsteknologiske løsninger i forbindelse med udlevering af medicin
- E-learningkursus for alle medarbejdere
- På baggrund af UTH'er har det været særligt fokus på medicinadministration. Medarbejderne skal reagerer (melde hændelsen til en sygeplejerske/leder), hvis ydelsen på kørerlisten ikke stemmer overens med borgerens reaktioner fx at borger ikke ønsker at tage sin medicin, siger de selv har gjort det/godt kan selv ect.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

- Genvej til UTH-rapporteringssiden er lagt på alle kommunes pc'er
- Genvej og links til PPS/VAR på alle pc'er, mobil og ipads
- Månedsrapporter og statistikker over alvorlige hændelser autogenereres til centerledelsen

- Kommunens Intranet bruges som publiceringssted for procedurer og retningslinjer – alle medarbejder har adgang til denne side fra alle enheder (faste og mobile). Blandt andet ligger de nye kvalitetsstandarder her.
- Statistikker over UTH'er bruges mere og mere af de lokale af patientsikkerhedsansvarlige og ledere
- E-learning til alle medarbejder, der har noget med medicin at gøre. Kurset skal bestås ellers kommer der en ledelsesmæssig opfølgning
- Analyser og læring af UTH tages med på de lokale MED-udvalgsmøder

## **Bornholms Regionskommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Birte Fester

**Arbejdssted:** Center Sundhed, tværgående sundhedsteam

**Adresse:** Helsevej 4

**Postnummer og by:** 3700 Rønne

**E-mail:** [Birte.Fester@brk.dk](mailto:Birte.Fester@brk.dk)

**Telefonnummer:** 56 92 60 69

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Samarbejde mellem Bornholms Regionskommune (BRK) og Bornholms hospital (BoH).

Der er udarbejdet en aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region H om indlæggelser og udskrivelser i somatikken. Derudover er der udarbejdet et supplement til den, som er en lokal aftale mellem Bornholms Regionskommune (BRK) og Bornholms hospital (BoH). Der arbejdes med implementering af den. Når den ikke overholdes rapporteres det som UTH. Der afholdes 4 årlige møder mellem Risikomanagerne i BRK og BoH, hvor de tværsektorielle utilsigtede hændelser drøftes, med gensidig læring for øje. De fremadrettede læringspotentialer tages med til Samordningsudvalget 1 x årligt. Her besluttet hvilket fremtidige fokusområder der skal arbejdes med.

### **Samarbejde mellem centre i BRK.**

Der er et dagligt samarbejde mellem de forskellige centre i BRK, praktiserende læger og apoteker.

Der er et lederforum, bestående af ledere fra centre Sundhed og Ældre, der sammen koordinere samarbejdet.

Der er Kvalitets- risiko- og hygiejneråd, bestående af chefer og ledere, der koordinerer det overordnede samarbejde, samt vedtager de fælles retningsgivende dokumenter, der er gældende f.eks. medicin håndtering.

Her orienteres også om antal, hændelsestyper og alvorlighedsgrader af de utilsigtede hændelser der er, med

det formål hurtigt at have et overblik, så der kan sættes ind med fremadrettet læring og kvalitetsforbedring.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicin håndtering: I 2017 har der været særligt øget fokus på medicin håndtering. Alle sygeplejersker, social- og sundheds assistenter og social- og sundhedshjælpere, har gennemført et særligt tilrettelagt kompetenceudviklingskursus i medicin håndtering.

### Formål:

- Øget fokus på en høj kvalitet i levering af sundhedslovsindsatser.
- Øget patientsikkerhed
- Øget kompetence på medicinområdet.

### Mål:

- At medarbejderne opnår og udøver øget handlekompetence på medicinområdet på eget kompetenceområde i BRK
- At de retningsgivende dokumenter/lommekort anvendes på medicinområdet.
- At antallet af UTH på medicinområdet minimeres.

Opfølgning:

- Der vil blive foretaget forskellige audits i løbet af 2018, for at undersøge om målene er blevet opfyldt.

## **Brøndby Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Mia Linda Møller

**Arbejdssted:** Brøndby kommune, social-sundhedsforvaltningen, Ældre og Omsorg, Gildhøjhjemmet

**Adresse:** Park Allé 160

**Postnummer og by:** 2605 Brøndby

**E-mail:** [milim@brondby.dk](mailto:milim@brondby.dk)

**Telefonnummer:** 43 28 23 72 eller 51 17 41 77

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Omsorgstandplejen og ældrecentre har sammen haft et øget fokus på de overgange (og rapportering af UThér) der er mellem plejen og tanplejen, herunder at sikre viden om hvorfor en korrekt udfyldt henvisning fra borger/personale er væsentligt for at forebygge tand/tandkødssygdomme og derved andre infektioner mm. Herunder også feedback og undervisning i rengøring af proteser og tandbørstning hos den ældre borger.

Hjemmeplejen/hjemmesygeplejen – (trods væsentlig underrapportering af UThér tværsektorielt) haft et øget fokus på udskrivningsforløbet – særligt udfordringer med medicin ved udskrivelser. Dette har medført flere drøftelser i det lokale tværsektorielle samarbejde i planområdet under sundhedsaftalen, samt det regionale samarbejde – for at sikre større viden og sammenhæng i arbejdsgange mellem indlæggelser og udskrivelser, herunder fokus på kommunikationen – når der er tale om ophold på hospital under 24 timer, idet der ikke her tilgår MEDCOM meddelelser til kommunen ved \*udskrivelse/hjemsendelse\*.

Visitation/udskrivningskoordinatorer i kommunen har på særligt det somatiske område, haft et øget fokus på at sikre relevant information og koordinering i.f.m sektorovergange (indlæggelser og udskrivelser). Herunder haft et særligt fokus på 'skrøbelige' borgere og borgere uden netværk.

Ældrecenteret på Nygårds Plads har grundet oplevelse af mange fejl og mangler ifm udskrivelser (sektorovergange)– og underrapportering – systematisk indsamlet data – med henblik fælles viden, læring og forebyggelse.

Aktiv og systematisk dataindsamling er sket på de Midlertidige Flexpladser vedr. udskrivning fra Amager-Hvidovre Hospital. **På baggrund af dette er det besluttet:** At der udarbejdet et fælles kvalitetsudviklingsprojekt. Baggrund: i kommunerne har igennem længere tid arbejdet målrettet på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, bl.a. ved at visitatorer er ude på hospitalerne hos borgerne og planlægger deres udskrivelse i samarbejde med hospitalets medarbejdere. Brøndby kommune har imidlertid oplevet – og det har mange af de øvrige kommuner i planområdet også – at der stadig jævnligt forekommer dårlige forløb, hvor der er fejl og mangler i samarbejdet og kommunikationen med hospitalet. I perioden 10.5. – 26.9. 2016 gennemførte Brøndby Kommune en audit på et plejecenter over kommunikationen med hospitalet om udskrivelser. Det fremgår, at der i et meget stort antal udskrivningsforløb forekom et bredt spektrum af fejl, fx doseringsfejl, manglende recepter, mangelfuld information om pleje og behandling, manglende medicin og manglende hjælpemidler. AHH hospital vil, netop på baggrund af ovennævnte data fra Brøndby kommune, gerne vil iværksætte et kvalitetsudviklingsprojekt med henblik på en systematisk forbedringsindsats. Hospitalet vil meget gerne vil samarbejde med kommunerne om at udarbejde et projektoplæg. Sekretariatet kon-



*takter sundhedscheferne med henblik på, at kommunerne snarest udpeger et antal deltagere til at indgå i arbejdet med et projektoplæg, som tænkes præsenteret for SOU Syd på marts mødet 2018. Endelig blev det aftalt, at AHH snarest inviterer nogle kommunale nøglepersoner med til et møde i hospitalets forum for afdelingssygeplejersker*

Ældrecenteret Gildhøjhjemmet har igennem ansættelse af fast tilknyttet læge opnået en større fælles viden og derved fokuseret på mere sikre overgange.

For at sikre overgange af den psykiatriske borger; er der udarbejdet delir observationskema, arbejdet målrettet med anvendelsen af såvel af ISBAR tjekliste som Tjekliste ved kontakt til psykiatri. Lokale retningsgivende dokumenter for ansvar for kommunikation og opfølgning på kommunikation, herunder udskrivningsrapporter og fremsendelse af manuelle indlæggelsesrapporter har været genstand for lokal læring.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Tandplejen:

Grundet hændelser med brud på tandrengningsinstrumenter – er der lavet ændret procedure for kvalitetskontrol af operationskasser – herunder hyppigere udskiftning af instrumenter.

Infektionshygiejne: på tandplejeområdet har der været mål for gennemgang af alle relevante Nationale infektionsretningslinjer(NIR), som har medført øget viden og kompetenceniveau hos det sundhedsprofessionelle – herunder tilpasning af retningsgivende dokumenter.

Ældrecenteret Gildhøjhjemmet har bl.a. haft følgende indsatser

#### Tryksår

Qua deltagelse i projekt I sikre hænder, har Rehabiliterings afdelingen, som pilot enhed, arbejdet med Tryksårs pakken. De har udarbejdet baseline, benyttet Braden som score og sat tryksår på Triagerings tavlen. Der arbejdes fortsat på at opnå stabile processer, så spredning kan foregå til andre afdelinger.

#### Ønske om genoplivning

Efter tre hændelsesanalyser midt på året, blev det klart, at medarbejdernes viden og kompetencer omkring genoplivning skulle fornyes. Herunder har der været arbejdet med/ været forbedringer på:

- Instruks "Indflytning/modtagelse af ny beboer (at der ved indflytning altid tages stilling til genoplivning)
- Instruks "Akutte hændelser (især afsnittet vedr. uventet dødsfald)
- Instruks for Tidlig opsporing, tidlig indsats (TOBS og ændringsskema)
- Hjertestarter og Hjerte-lungeredning

#### Medicin dispensering,

Efter patientsikkerhedsrundering fandtes at medicindispenseringsprocessen, var for tilfældig og der var ikke en systematisk ensartet arbejdsgang, på dette grundlag har der efter metoderne i forbedringsmodellen været udarbejdet forskellige prototyper og afprøvning af medicindug og huskeliste samt herefter indkøb af medicinbord og udarbejdet ( endelig prototype) af medicindug

#### Medicin administration

- Implementering af medicinvogn på Rehabiliterings afdeling. Dette har udløst et markant fald i "ikke givet" medicin - over 130 dage, over 4 måneder uden fejl. Fortsat meget, meget sjældent fejl, som medarbejderne selv undersøger årsagen til efterfølgende.
- Afkrydsningsliste på medicin givning afd. C. Dette er ikke en sikker metode.

Medicinområdet generelt:

- Bærbare pc til administration/dispensering
- Kasse til anbrudt medicin

Ældrecenteret på Nygårds Plads har bl.a. disse særlige indsatser:

#### Patientsikkerhedsrunde

Deltagelse af Centerleder, Afdelingsledere, Udviklingssygeplejerske/ Risikomanager, ressourcepersoner for Patientsikkerhed i afdelingerne samt repræsentanter fra afdelingerne.

Der er gennem 2017 arbejdet med handleplaner på 2 områder:

- Bedre pladsforhold i spisestuerne afd. 1+ afd. 2 + Flexpladserne. Her har en beboer deltaget i arbejdsgruppen på afdeling 2.
- Ensartethed i medicinhåndteringen dag + aften + nat

#### Forebyggelige indlæggelser

- Alle indlæggelser registreres og evalueres i afdelingerne, samt på fælles sygeplejerskemøder, mhp. læring og identifikation af mulige forebyggelsestiltag
- KOL sygeplejerskerne deltog på sygeplejerskemøde og på personalemøde i alle afdelinger
- Undervisning i KOL medicin
- Indlæggelser drøftes hver måned med de faste plejehjemslæger

#### Forebyggelse af urinvejsinfektioner - Indsats i alle plejeafdelinger

- Fokus på de hygiejniske principper. Alle medarbejdere og arbejds gange har fået et tjeck
- Fokus på at minimere anvendelse af faste urinkatetre
- Fokus på at undgå behov for antibiotisk behandling
- Anvendelse af elektronisk ble mhp. afdækning af vandladningsmønster og individuel tilpasning af toiletbesøg og inkontinensprodukter
- Anvendelse af vasketoiletter i afdeling 1

#### Forebyggelse af fald

- Faldpakken, fra I sikre hænder, er fuldt implementeret i afdeling 3
- Samarbejde med Teknologisk Institut 2017, om "Rådgivning om udvælgelse og implementering af faldforbyggende hjælpemidler, både på generelt niveau og hos de enkelte borgere". Rapport udarbejdet.

Ældrecenteret i Æblehaven:

#### Lokale sikre arbejds gange

Der er udarbejdet en vikarpjecer til dagvagter for at øge sikre arbejds gange, når der er vikarer i husene, som skal hjælpe vikarerne til at få et hurtigt overblik over dagens arbejdsopgaver med patientsikkerhed i fokus, bl.a. at huske medicin, brug af samarbejdsbogen mm. Anvendelse af pjecen i praksis er igangsat i oktober

og alle områder har evalueret brugen af pjecen. Den revideres endeligt til januar og herfra udarbejdes en til aftenvagterne.

I forbindelse med "I sikre hænder" er der ligeledes udarbejdet en pjece i forhold til observation af tryksår, hvor udsatte områder og definition af tryksårskategorier ud fra Braden score skalaen er beskrevet. Hensigten med pjecen var, at understøtte ensartethed i observation af tryksår, når der er vikarer i huset samt, at sikre arbejdsgange og kontinuitet i metoden i forbindelse med I sikre hænder projektet. Pjecen har skabt synliggørelse og konkretisering af, hvad personalet i pilotenheden ønskede af vikarer og øget sikkerheden i arbejdsgangen.

#### Øget fokus på triagering har givet øget patientsikkerhed

Arbejdet med "I Sikre Hænder" har i 2017, ud over arbejdet med forebyggelse af tryksår fordret øget brug af triagering som en naturlig del af arbejdsgangen ved tavlemøderne i pilotenheden. Øget fokus på triagering af hver enkelt borger har i praksis medført flere sygeplejefaglige drøftelser og refleksioner i personalegruppen. De sygeplejefaglige drøftelser har betydet, at det sygeplejefaglige personale hurtigere er blevet opmærksomt på ændringer i borgerens tilstand. Derved har de haft bedre mulighed for at tilrettelægge præventive sygeplejeinterventioner og derved højne patientsikkerheden i det enkelte borgerforløb.

#### Indflytning

I 4. kvartal 2017 er der påbegyndt arbejdet med at se på, hvordan vi sikrer en god indflytning for borgere i Æblehaven. Her er vores indflytningsmappe, arbejdsgange, korrekt dokumentation og videregivelse af informationer under revidering. Dette er et arbejde som kvalificeres yderligere i 2018.

#### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

I sikre Hænder:

Organisationen her i 2017 haft en løbende udmelding( intern og ekstern kommunikation) omkring arbejdet med forbedringsmodellen i forbindelse med I sikre Hænder, for at sikre det brede kendskab til arbejdet med tryksårspakken, resultater og udfordringer. Herunder arbejdet med tilpasning af eller udvikling af sikre arbejdsgange samt prototype for forebyggelse af tryksår.

Forud for en udrulning/spredning til kommunen samt efterfølgende ibrugtagning og arbejdet med medicinpakken.

Hygiejneugen uge 38, Nationale tryksårsdag og fodens dag har der været lokale foci ud fra kampagne materiale

#### **Andet**

Resume af organisationens samlede arbejde med hygiejneområdet:

## **Dragør Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Kristina Fransgaard

**Arbejdssted:** Dragør Kommune, Sundhed og Omsorg

**Adresse:** Kirkevej 7

**Postnummer og by:** 2791 Dragør

**E-mail:** kristinaf@dragoer.dk

**Telefonnummer:** 30 10 10 69

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Dialog med praktiserende læger.

Samarbejde med Tårnby (forpligtende samarbejde på forskellige områder herunder genoptræning og hjælpemidler).

Tværkommunalt samarbejde i regi af Samordningsudvalg.

Internt i Sundhed og Omsorg – fælles møder og dokumentation.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Utilsigtede hændelser har givet anledning til særlig indsats på handleplaner, medicinområdet og kommunikation.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Har desværre ikke har mulighed for at få informationer herom.

## **Egedal Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Pia Leiholm

**Arbejdssted:** Egedal Kommune

**Adresse:** Dronning Dagmars Vej 200

**Postnummer og by:** 3650 Ølstykke

**E-mail:** pia.leiholm@egekom.dk

**Telefonnummer:** 72 59 74 15

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Information til borgere og pårørende sker i dialog, når der opstår en aktuel situation.

Medarbejderne er bekendte med folderen; "Hjælp os med at blive bedre", som kan udleveres til borgere og pårørende, når de oplever behov for at rapportere hændelser.

Der oplyses om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser på kommunens hjemmeside.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

1. Medicin dispensering og administration
2. FMK
3. Fald
4. Infektioner
5. Med udgangspunkt i at flere enheder i Egedal kommune har haft tilsyn fra Styrelsen fra Patientsikkerhed i 2017, er der iværksat en række aktiviteter

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Vi har fokus på at udarbejde en stringent metode til indberetning med henblik på at der kan trækkes en valid statistik som ledelsesinformation.

Relevante faglige udmeldinger er delt i organisationen fra nyhedsbreve fra Styrelsen for patientsikkerhed.

### **Andet**

Undervisning (tre dage til alt autoriseret sundhedspersonale i CSO) i sundhedsfaglig dokumentation herunder lovgivning, medicinhåndtering, principper for delegation, og patientrettigheder.

Der er skabt løsninger således, at vikarer nu har selvstændigt log-in.

E-learning medicin – alle sygeplejersker og assistenter har gennemgået undervisning.

## **Frederiksberg Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Merete Larsen

**Arbejdssted:** Frederiksberg Rådhus, Social, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet

**Adresse:** Smallegade1, 2. sal, lokale 2.045

**Postnummer og by:** 2000 Frederiksberg

**E-mail:** [mela03@frederiksberg.dk](mailto:mela03@frederiksberg.dk)

**Telefonnummer:** 28 98 52 04

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Frederiksberg Kommunes risikomanager deltager i 4 årlige patientsikkerhedsfora møder med kollegaer fra region, praktiserende læger og øvrig kommune i netværk BYEN.

Ligeledes deltages der i de 2 halvårslige møder, der afholdes i regi af det Tværsektorielle Risikomanager-netværk, hvor aktuelle udmeldinger om patientsikkerhedsarbejdet udveksles.

Via rapporterede utilsigtede hændelser er Frederiksberg Kommune blevet opmærksom på, at et automatisk ophævelse af fraværskonet i kommunens omsorgssystem, Care, ikke fungerer mere efter indførelse af Sundhedsplatformen. Dette førte til utilsigtede hændelser med manglende opstart af besøg fra kommunens side. Emnet er blevet diskuteret i såvel it-sou som erfa-gruppe og forlagt BYENS samordningsudvalget, som har sendt bolden videre til Implementeringschef på BBH.

Denne vil nu både kontakte CIMT for at forfølge sporet med manglende overførsel af UUID ved overflytninger, samt kontakte Kbh. for at høre om de vil være med i en indsats for at få Systematic til at tilrette CURA så det får en funktionalitet, hvor indlæggelses- og udskrivningsadvis 'er automatisk kan sætte borger i hhv. fravær og nærvær.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

	<b>Hændelsesanalyse</b>	<b>Hvad ændrer vi</b>
Selv mord ved udspring /botilbud	Hændelsen er drøftet mht. forebyggende indsats	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bedre sikring af vinduer afdækkes</li><li>- Uddannelse i stemmehøring</li><li>- Videreuddannelse af personalet i systemisk metode og tilgang.</li><li>- Ekstern supervision ved psykologhuset.</li></ul>
Borger, der ønsker indlæggelse på psykiatrisk afd., grundet selvmordstanker, ledsages ikke til indlæggelse af personale på botilbud	Hændelsen er drøftet og udvekslet med regionen, for at afdække de bevæggrunde, der lå bag. Dels skulle borger hjælpes sikkert til hospitalsindlæggelse, dels skulle arbejdsmiljøet, hvor alene-arbejde ikke må fore-	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inddrage tilbuddet APH, Akut Psykiatrisk Hjælp, i beslutningen om, hvordan borger skulle transporteres til hospitalet. Sikre os at vi løbende har ajourførte oplysninger APH's tilbud.</li><li>- Finde andre løsninger ift. vores arbejdsmiljø</li></ul>

	komme, tilgodeses	
Arbejdsgange ved medicinadministration	Kommunens arbejdsgange og sundhedsstyrelsens regler er gennemgået med privat hjemmehjælpsleverandør	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hændelsen har givet anledning til at Korrekt medicinhandling fra Sundhedsstyrelsen er gennemgået med alle medarbejdere</li> <li>- Dispenserings og administrationstjeklisten fra I sikre hænder anbefales anvendt</li> </ul>
Risikomedicin, der kun skal udleveres x 1 ugentlig, udleveres ved en fejl, dagligt	Hændelsen er drøftet med henblik på arbejdsgange ved brug af FMK/ eget omsorgssystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus på oplæringssituationen med nye medarbejdere ved at adskille "før, under og efter" opgaver ved oplæring, så der bliver skabt ro omkring selve medicin-doseringen.</li> <li>- Introduktion til medicinpakken fra I sikre hænder strømlines med særskilt undervisning af alle nyansatte ved kvalitetskoordinatorer</li> <li>- I Medicininstruks indføres oplysninger om "risikosituationslægemidler".</li> <li>- Krav om, at medarbejderne bruger tablets i hjemmet til at dosere efter, så der doseres efter den aktuelle medicin og ikke en udskrevet medicinliste, hvori ikke-ajourført medicin ikke fremkommer.</li> <li>- Vi afprøver at ændre vores arbejdsgang omkring udlevering af tbl. Emthexate, så det udleveres den dag, det skal indtages ved sygeplejerske.</li> </ul>

### Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017

Ledelsen deler alle hændelsesanalyser med hinanden med henblik på læring.

Frederiksberg Kommune har delt deres viden om forebyggelse af dysphagi hændelser, gennem brug af en såkaldt "Fest tjekliste" med Fagbladet FOA Nr. 8.

Artiklen, der er offentliggjort sidste på året 2017 informerer om fordelene ved at bruge en tjekliste som planlægningsredskab i forbindelse med højtidsmiddage, hvor beboerne, ikke sidder i vante rammer og spiser det vante mad. Herved sikres den rigtige mad/ drikke og hjælp til den rigtige beboer, gennem grundig planlægning af og nøje planlagt bordplan.

### Andet

Frederiksberg Kommune arbejder fortsat med "I sikre hænder", som en måde at sikre at alle medarbejdere ved hvad den rigtige kvalitet indbefatter. <http://isikrehaender.dk/>

## **Frederikssund Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Bente Groth

**Arbejdssted:** Frederikssund Kommune

**Adresse:** Frederiksborgvej 8

**Postnummer og by:** 3600 Frederikssund

**E-mail:** [bgrot@frederikssund.dk](mailto:bgrot@frederikssund.dk)

**Telefonnummer:** 29 60 58 96

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Arbejdet med sikre patientsikre overgange er sket lokalt i forbindelse med konkrete UTH, arbejdsgange og procedurer er blevet vurderet/ analyseret.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### **Infektionsforebyggelse**

Der er fortsat arbejdet bredt med infektionsforebyggelse i Ældre, Social og Sundhedsområdet.

Arbejdet med at implementere Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakke fortsætter og vi er involveret i en snarlig revidering af denne.

Diverse nationale infektionshygiejniske retningslinjer fra Statens Serum Institut implementeres i arbejdet i kommunen.

#### Fokusområder:

Forebyggelse af UVI bredt i Kommunen, med interventioner af hygiejnisk adfærd og adgang til relevante værnemidler og metoder. Dokumentation, overvågning og registrering ligeså. Frederikssund Kommune deltager med samtlige plejecentre i et forskningsprojekt, støttet af Ældre og Sundhedsministeriet i 2017 i samarbejde med forskningsenheden på Herlev Hospital.

Alle Plejecentre har deltaget i den Nationale og Europæiske "HALT 3" undersøgelse i foråret 2017.

Generel hygiejneundervisning af medarbejdere i Ældre, Social og Sundhed. Alle elever, studerende og nyansatte modtog introduktion til infektions-hygiejne området.

Diverse lokale kampagner for håndhygiejne og hygiejnisk adfærd er udført efter driftens ønsker og behov.

Implementering af et nyt beklædningsudbud har været et gennemgående tema og det vil være mulig for alle medarbejder, elever, studerende og vikarer at påtage sig ren arbejdsbeklædning hver dag, samt forestå omklædning i ny renoverede omklædningsrum.



Der har været fokus på ombygning af 3 sygeplejeklinikker efter nationale infektionshygiejniske retningslinjer med standardisering og kvalitetssikring af sårpleje/instrument håndtering under hensyntagen til aseptisk teknik/steril teknik med brug af sterile engangsinstrumenter og produkter til sårpleje.

Afbrydelse af smitteveje via indirekte kontaktsmitte med relevante og innovative rengørings/desinfektionsmetoder er et fokusområde. Ligeledes udarbejdelse af diverse vejledninger, retningslinjer og anbefalinger, som alle er tilgængelige på intranettet på en "Hygiejneside".

Der er foretaget adskillige audits af daginstitutioner i samarbejde med sundhedsplejen rundt i kommunen.

Dokumentation af antal og type af multiresistente mikroorganismer hos borgere i kommunen som modtager plejeydelser foretages kvartalsvis.

Der arbejdes overordnet på at alle fagområder i Frederikssund Kommune samlet i en overordnet hygiejneorganisation. Der har blandt andet været sat fokus på affaldshåndtering, adfærd i hjælpemiddeldepotet og implementering af rehabiliteringsprodukter.

### **Patientsikkerhed**

Alle nyansatte og elever har modtaget undervisning om patientsikkerhed (UTH og metoder i læringsarbejdet.)

Der er i 2017 etableret en formaliseret tværgående organisering af samarbejdet om patientsikkerhed, hvor ansvar roller og arbejdsgange er tydeliggjort i lærings og forbedringsarbejdet. Forbedringsarbejdet sker decentralt og alle afdelinger/områder forventes i foråret 2018 at etablere en patientsikkerhedsgruppe, som skal drive læring og forbedringer lokalt.

Der er en styregruppe, som skal udvikle og italesætte patientsikkerhedskulturen. Styregruppen kan udstikke indsatsområder. Der vil være mulighed for at oprette et forbedringsteam med ressourcepersoner og medarbejdere, der kan kvalificere og understøtte indsatser lokalt som tværgående.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Med ny patientsikkerhedsorganisering ønsker ledelsen at skabe en permanent fælles platform for større synlighed, bedre sammenhæng og systematik i arbejdet med patientsikkerhed i Ældre, Social og Sundhedsområdet, med styrket decentral ledelsesforankring.

Frederikssund Kommune har taget afsæt i Nationale mål for det danske sundhedsvæsen fra 2016 om patientsikkerhed som indsat, herunder et større lokalt ejerskab til kvalitetsarbejde. At det er medarbejderne der skal drive forandringerne, da de har den daglige kontakt med borgerne.

## **Furesø Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Helene Wulf-Andersen

**Arbejdssted:** Center for Social & Sundhed, Sundhedsstrategisk Enhed

**Adresse:** Stiager 2

**Postnummer og by:** 3500 Værløse

**E-mail:** [hwa@furesoe.dk](mailto:hwa@furesoe.dk)

**Telefonnummer:** 72 35 56 24

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

SHS-teamet (Specialiseret Hjemme Sygeplejersker) som blev oprettet i 2015 sammen med Herlev og Ballerup Kommune bliver kontaktet og tilkaldt for at give faglig sparring til kommunens sygeplejersker og assistenter i fx kritiske situationer, således at situationer kan behandles i egne trygge omgivelser og dermed forhindre, at borgerne ikke bliver (gen)indlagt. De bruges også til at skabe et større bindeled mellem kommunen og hospitalet fx når kommunen mangler oplysninger fra hospitalet på blodprøver eller hvis egen læge ikke har mulighed for at tage ud til en borger, der skal have taget en Urin D+R.

De sidste par år har vi haft Patientsikkerheds Kampagneuge 12 – ”Kom sikkert frem og tilbage”, som handler om hvordan vi sikre overgangen mellem de 9 kommuner i PLAN MIDT og Herlev/Gentofte hospital. Dette blev desværre aflyst i 2017, men der blev afholdt en lokal kampagneuge i kommunen, hvor der var ekstra fokus på supplerende oplysninger ved indlæggelse af vores borgere, der var udarbejdet en Patientsikkerheds Kahoot og der var mulighed for at se en lille video om ”Stop medicinfejl”

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Kommunen har gennem flere år arbejdet med de udfordringer, der kan opstå i medicineringsprocessen. I den forbindelse blev der allerede i 2016 udarbejdet et servicetjek skema til brug ved egen kontrol på institutionerne og mere overordnet af kommunens risikomanager. Dette skema er på baggrund af målepunkter for de risikobaserede tilsyn blevet rettet til i 2017.

Der ud over er der i 2017 blevet oprettet flere medicinrum, da servicetjekkene har vist, hvilke udfordringer medarbejderne har i medicineringsprocessen og at patientsikkerheden er blevet større, når medarbejderne har mere struktureret forhold, overblik og ro. Medicininstruksen er ligeledes blevet revideret i 2017.

Kommunen kom i slutningen af 2016 med i Projekt Samlerapportering og har arbejdet med implementering og korte læringsloops gennem hele projektperioden frem til april 2017. Efter endt projektperiode har alle enheder på nær en, valgt at arbejde videre med Samlerapporteringsskemaerne.

Kommunen har gennem flere år arbejdet med Faldforebyggelse, faldvurderinger og faldrisici for at forebygge fald og/eller mindske skade for borgeren ved et fald. Dette er der blevet arbejdet videre med i 2017.

På alle kommunens plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, rehabiliteringscentret og hos de borgere træningscentret tilser i rehabiliteringscentret afholdes der tavlemøder, hvor borgerne triageres ud fra borgernes ændringskemaer, hvor deres tilstand vurderes og handlinger iværksættes.

Projekt med tandplejen - I 2017 er påbegyndt et samarbejde mellem omsorgstandplejen og plejecentrene i kommunen. Der aflægges regelmæssig besøg af en tandplejer med henblik på at sikre korrekt tand – og mundhygiejne hos beboerne på plejeenhederne. Denne indsats har til formål at forebygge indlæggelser fx nedre luftvejsinfektioner.

Ernæring – Nyansat diætist har i 2017 haft fokus på relevant ernæring til plejehjemsbeboere herunder sondeernæring.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

OBS-meddelelser, temarapporter og anden relevant information fra Styrelsen for Patientsikkerhed udsendes til alle lokale risikokoordinatorer og til relevant ledelsesniveau.. Faglige udmeldinger om ovenstående indsatser er sket gennem mail og evt. ved netværksmøder med de lokale risikokoordinatorer, når det er relevant for en faglig diskussion.

Der afrapporteres 1 gang årligt til Centerchefen for Center for Social og Sundhed samt der udarbejdes et notat til SSU (Social og Sundheds Udvalget) i april/maj måned om Patientsikkerhedsarbejdet i det forgangne år og hvilke fokusområder, der vil være i det kommende år.

Der udsendes ugentligt rapporter med simpellister over hændelsesbeskrivelse, konsekvens, forslag til forebyggelse og alvorlighedsgrad til de lokale risikokoordinatorer og deres ledere på kommunens institutioner og de private leverandører af hjemmepleje, således at de hurtigere kan skabe sig et overblik over de rapporterede utilsigtede hændelser, der er sket i ugen forinden og beslutte hvilke hændelser, der kan generere læring og hvilke, der skal afsluttes med det samme.

Der udarbejdes også rapporter månedvis eller kvartalsvis over antal, alvorlighedsgrad og i forhold til DPSD Hovedtyper samt årligt til Centerchefen og områder ledere.

### **Andet**

#### Kvalitetssikring:

- Udarbejdelse/revidering af kommunens instrukser er startet op i 2017 og vil fortsætte ind i 2018. Ønsket er, at instrukserne bliver gældende for alle institutioner under Centret for Social & Sundhed og dermed for afskaffet mange af de lokale instrukser.
- Udvikling af et mere lærende Tilsynskonceptet med handleplan, således at der bliver en rød tråd gennem tilsynene og det bliver lettere at følge op år for år, på hvad og hvordan institutionen har arbejdet med de tilsynsførendes bemærkninger og anbefalinger.
- Kompetence udvikling af personalet. I Center for Social- og Sundhed, Furesø kommune, er der desuden stort fokus på at højne praksisnær faglighed generelt. Samtlige CSS´ frontmedarbejdere har i 2016-2017 gennemført det interne kursus "Faglighed i Fokus", som arbejder med metoder og arbejdsredskaber i sygepleje- og omsorgshandlinger. Medarbejderne har gennem kurset bl.a. arbejdet med sygeplejeprocessen (som optakt til implementering af Fællessprog III), triage, tidlig opsporing, PPS og sundhedsfaglig refleksion

## **Gentofte Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Ann-Kathrine Fog

**Arbejdssted:** Gentofte Hjemmeplejen

**Adresse:** Søndersøvej 41

**Postnummer og by:** 2820, Gentofte

**E-mail:** [aks@gentofte.dk](mailto:aks@gentofte.dk)

**Telefonnummer:** 39 98 75 00

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har ikke haft kerneårsagsanalyser på tværs af sektorer i 2017, hvor der har været læringsperspektiv på det tværsektorielle samarbejde.

I Klynge Midts Patientsikkerhedsforum, 9 kommuner, Herlev og Gentofte hospitaler og almen praksis, tales og følges op på risici områder.

Der har været en episode med et hospital som har sendt en patienter på orlov – dette betyder at bøger ikke udskrives og derved vil hjemmesygeplejen ikke kunne tilgå FMK. Der arbejdes videre med hvem som er målgruppen for at komme på orlov i hjemmet sammen med RM fra rigshospitalet.

De kommunalt ansatte tandlæger – er glade for at det har fået direkte adgang til FMK, så medicinen dispenseres korrekt og der kan tages stilling til behandling såfremt at et patient er i AK-behandling.

Der er en generel bevågenhed på FMK og snitflader.

Vi er ved at implementere samarbejdsaftale mellem region H og kommunerne, til borgere med psykiatriske problematikker.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der er speciel bevågenhed omkring medicin. Er ordinationen præcis nok, så den efterfølgende medicin håndtering kan foregå korrekt.

Der speciel opmærksomhed på AK-klinikerne ift. at modtage som minimum en skriftlig henvendelse vedr. ordinationsændringer, såfremt at FMK ikke kan tilgås.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

UGE 12 – Patientsikkerheds uge hvor der er fokus på det tværsektorielle samarbejde i klynge Midt – kommuner og hospital imellem.

Intern årsrapport publiceres.

Der er udarbejdet månedlige rapporter til daglig ledere med henblik på opfølgning og læring af UTH af medarbejderne tættest på borgerne.

## **Gladsaxe Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Michael Jensen

**Arbejdssted:** Gladsaxe Kommune, Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen

**Adresse:** Rådhus Allé 7

**Postnummer og by:** 2860, Søborg

**E-mail:** [Michje@gladsaxe.dk](mailto:Michje@gladsaxe.dk)

**Telefonnummer:** 39 57 56 71

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har i 2017 været arbejdet på at skabe læring på tværs af kommuner og i det tværsektorielle samarbejde i planområde Midt. Det er blandt andet sket gennem faste netværksmøder mellem kommunerne og tværsektorielle møder for hele Region Hovedstaden.

Der er i de tilfælde, hvor der er blevet gennemført hændelsesanalyser på tværgående UTH'er, været prioriteret at få sikret repræsentation i analysen på tværs af alle involverede afdelinger.

Konkret har der i Gladsaxe været fokus på den kommende tværkommunale akutfunktion i sygeplejen i Rudersdal, Gentofte og Gladsaxe Kommune. Fokus har været, at vurdere mulige risikoområder i forhold til patientsikkerheden, samt udarbejdelse af instruks for fælles arbejdsgang i forhold til indberetning og læring gennem UTH i akutfunktionen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der er blevet gennemført kerneårsagsanalyser ved utilsigtede hændelser med alvorlig og dødelig skade, hvor de kommunale risikomanagere er tovholdere for analysen.

I forbindelse med den kommende akutfunktion i sygeplejen (3k), har der været særligt fokus på, hvad der kan udgøre en særlig risiko for patientsikkerheden. Dette har resulteret i et notat om mulige patientrisici i den tværkommunale akutfunktion, blandt andet med udgangspunkt i kvalitetsstandarderne for kommunale akuttilbud.

Gennem indberetning af UTH for fald, har kommunens faldprocedure været i fokus i forhold til vigtigheden af at alle medarbejdere kender og følger denne.

Der har fortsat i 2017 været stort fokus på korrekt medicinbehandling på kommunens bosteder og der er udarbejdet og implementeret klare arbejdsgange og retningslinjer for medarbejderne.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Temarapporter, OBS-meddelelser og nyhedsbreve er rundsendt og drøftet på tværs af kommunens interne risikomanagergruppe samt i lokale tovholdergrupper.

Best practice er ligeledes vidensdelt og spredt i organisationen på baggrund af gennemførte hændelsesanalyser, så de kan indarbejdes i kommunens øvrige arbejdsgange.

Der er i 2017 blevet afsøgt muligheder for en styrket indsats for udbredelse af statistik og listerapporter for indrapporterede UTHer til kommunens udførende enheder. Udrulningen af dette er planlagt i 2018.

Hvert år forelægges en politisk statusrapport på arbejdet med UTH. I sagen forelægges desuden en anonymiseret hændelse, som skaber politisk synlighed i arbejdet med UTH.

## **Glostrup Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Mette K. Jacobsen

**Arbejdssted:** Glostrup Kommune, Center for Sundhed og Velfærd

**Adresse:** Rådhusparken 2

**Postnummer og by:** 2600 Glostrup

**E-mail:** m.jacobsen@glostrup.dk

**Telefonnummer:** 21 64 08 71

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- Udarbejdelse af arbejdsgange på tværs mellem Midlertidige Pladser, udskrivningskoordinatorer, Visitationen og udredningsteam for at opnå et bedre koordineret borgerforløb.
- Kompetenceudvikling i triagering og tidlig opsporing for alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på hele ældreområdet
- Kompetenceudvikling i tidlig opsporing af social- og sundhedshjælpergruppen i hjemmeplejen
- Vi har indført plejehjemslæger hvilket har betydet en tættere og bedre dialog mellem praktiserende læger og plejepersonalet på ældrecentrene. Herudover sender vi i mange tilfælde plejepersonalet med i forbindelse med indlæggelser for at sikre en så god kommunikation som mulig i forbindelse sektorsamarbejdet.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

På kommunens ældrecentre har der været særligt fokus på medicin, og der arbejdes løbende på at minimere fejl i forbindelse med dosering og medicingivning. Blandt andet arbejdes der med at implementere medicinrulleborde, så medicindosering kan foregå i beboernes boliger. Vi kompetenceudvikler også medarbejderne særligt på dette område. I forhold til demente borgere arbejdedes der særligt med at minimere psykofarmaka og magtanvendelse.



## **Gribskov Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Gitte Widmer

**Arbejdssted:** Center for Social og Sundhed, Gribskov Kommune

**Adresse:** Rådhusvej 3

**Postnummer og by:** 3200 Helsingø

**E-mail:** gwidm@gribskov.dk

**Telefonnummer:** 72 49 63 89

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

- Visitationens opgaver i fbm udskrivinger fra sygehus varetages nu udelukkende af de få visitatorer, der i øvrigt udgør kommunens fremskudte visitation. Dette bevirker, at der er en større sikkerhed og rutine i opgaveløsningen og dermed færre fejl.

Samarbejdet med kommunens midlertidige pladser, herunder hjemsendelse og planlægning af borgerens videre forløb, forestås af de samme få visitatorer.

Samlet set ses mere sammenhæng i de enkelte forløb, et større kendskab til den enkelte borger og dermed en reduktion af risikoen for utilsigtede hændelser

- Ved udskriving til IV-behandling i hjemmesygeplejen er patientsikkerheden afhængig af, at de rette fysiske og organisatoriske rammer er til stede.

For at sikre dette har vi udarbejdet en huskeliste til brug ved udskriving. Brugen af listen sikrer, at behandlingsansvaret er tydeligt dokumenteret, at alle fornødne remedier medsendes samt at selve ordinationen er præcist og detaljeret beskrevet.

- Anvendelse af ISBAR har været gennemgået ved et møde i kommunens Sundhedsnetværk, hvor ledere og personale fra kommunens hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder og plejehjem deltager. Stringent anvendelse af ISBAR er løbende genstand for opmærksomhed, også for kommunens praksiskonsulent

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

- Fra sammenhold af ydelsesforbrug og rapporterede hændelser ved vi, at infektioner generelt er underreporterede i kommunen. Problematikken var ikke ukendt, men blev i år taget op som et særligt punkt ved et møde for kommunens patientsikkerhedskoordinatorer og ledere. Det er blevet klart, at der er behov for en øget indsats for at skabe forståelse for det hensigtsmæssige i at arbejde med infektioner som utilsigtede hændelser. Der er nedsat en arbejdsgruppe til dette formål.
- Medicinhåndtering er et område, der er et stadigt fokus på. I det forgangne år er leverandørernes egenkontrol af de delprocesser, der indgår i medicinhåndtering, blevet skærpet, således at den kontrol, der udføres under opgaveløsningen, er blevet suppleret med en mere omfattende tværgående kontrol.

Dosecan er et andet tiltag til sikring af medicinhåndteringen. Implementering pågår fortsat.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Faglige udmeldinger sker dels i forbindelse med opmærksomhedspunkter, der er modtaget fra Styrelsen for Patientsikkerhed eller som risikomanager bliver opmærksom på ved gennemgang af UTH'er. Disse opmærksomhedspunkter videregives enten i form af mails eller ved de møder der afholdes for patientsikkerhedskoordinatorer og ledere.

## **Halsnæs Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lena Juul Pedersen

**Arbejdssted:** Sundhedsafdelingen

**Adresse:** Rådhuspladsen 1

**Postnummer og by:** 3300 Frederiksværk

**E-mail:** [lejp@halsnaes.dk](mailto:lejp@halsnaes.dk)

**Telefonnummer:** 47 78 43 26

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I samarbejde med sygehusafsnit udarbejdet en fælles tjekliste til udskrivelse af terminale patienter i overgangen fra hospital til kommune.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Udarbejdet en tjekliste til modtagelse af terminale patienter i kommunen

Ved hjælp af PDSA modellen (PLAN-DO-STUDYACT) arbejder plejecentrene med et projekt i forhold til, hvordan man kan nedbringe antal af UTH på glemt medicin.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der afholdes to møder på tværs af kommunale virksomheder, med sagsbehandlere for UTH, i 2017 har der bl.a. været fokus på:

Udarbejdelse af hændelsesanalyse – hvordan anvender vi den i praksis.

Undervisning i PDSA modellen (PLAN-DO-STUDYACT)

## **Helsingør Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Mette Bjerre-Christensen

**Arbejdssted:** Helsingør Kommunes Hjemmepleje

**Adresse:** Gurrevej 92A

**Postnummer og by:** 3000 Helsingør

**E-mail:** mbc46@helsingor.dk

**Telefonnummer:** 25 31 13 65

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har i 2017 i Helsingør Kommune (plejehjem og hjemmepleje) været et særligt fokus på at indrapportere sektorovergange (særligt mellem kommune og sygehus) pga. disse har været nedprioriteret tidligere (pga. det er ekstremt omfattende at indrapportere denne type af hændelser).

Der har været undervisning til UTH-kontaktpersonerne for at øge rapporteringen. I hjemmeplejen er det blevet prioriteret ved at det bliver lagt ind i planlægningen, således at der bliver tid til rapporteringen og på plejehjemmene er der kommet et øget fokus på at indrapportere.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Helsingør Kommune er med i "I sikre hænder" og arbejder med pakkerne medicin og tryksår – hvorfor disse områder er i særlig fokus.

Derudover har vi i 2017 været med i samlerapporteringsprojekt – hvor medicin og fald var i fokus.

Helsingør Kommune har derudover udført journal-audits i hjemmeplejen og på plejehjemmene. Her gennemgik man systematisk journaler efter udskrivelser og så på borgerens forløb.

Samlerapporterings-projektet, I sikre hænder og journal-audits har samlet ført til at der er blevet arbejdet med nye arbejdsgange for at sikre læring af observationerne og planlægning af borgerforløb efter udskrivelser.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Helsingør Kommune, Center for Sundhed og Omsorg har i 2017 udarbejdet ny politik for tilsyn. I den nye politik har man nyt samlet koncept for tilsyn for hele centret og formålet er at tilsynet skal skabe systematisk kvalitetsudvikling på tværs af Sundhed og Omsorg.

Det nye tilsyn skal have fokus på læring frem for kontrol – hvilket både skal være tydeligt i udførelsen og opfølgningen af tilsynene. Der skal være overførbare mellem enheder (plejehjem, hjemmepleje, rehabilitering- og træningscenter), hvilket skaber mulighed for tværgående læring.

## **Herlev Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risikomanager Solveig Røge

**Arbejdssted:** Lille Birkholm Center

**Adresse:** Sennepshaven 2

**Postnummer og by:** 2730 Herlev

**E-mail:** [solveig.roge@herlev.dk](mailto:solveig.roge@herlev.dk)

**Telefonnummer:** 20 15 06 92

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Blot fortsat arbejdet fra 2016 – revideret information på kommunens hjemmeside og intranet samt pjecen om kommunens arbejde med patientsikkerhed.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Intet specielt fokusområde i 2017.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

OBS-meddelelser, nyhedsbreve og temarapporter fra Styrelsen for Patientsikkerhed videresendes til alle lokale sagsbehandlere og relevant ledelsesniveau.

### **Andet**

Patientsikkerhedsarbejdet fortsætter og risikomanager udsender fortsat nyhedsbreve efter behov, underviser studerende og elever om UTH, støtter og vejleder de lokale sagsbehandlere og vedligeholder information om arbejdet med patientsikkerhed på de elektroniske medier.

## **Hillerød Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risikomanager Jeanette Hjermind

**Arbejdssted:** Hillerød Kommune

**Adresse:** Axel Jarls vej 12

**Postnummer og by:** 3400 Hillerød

**E-mail:** jeah@hillerod.dk

**Telefonnummer:** 23 29 81 58

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Påbegyndt projekt tværsektoriel patientsikkerhedstuegang

Otte nordsjællandske kommuner, hvor en af dem er Hillerød får besøg hver uge til tværsektoriel stuegang. Det skal reducere unødvendige genindlæggelser og styrke kompetenceudviklingen på tværs.

Det hele startede med, at de otte kommuner lavede en kvalitativ kortlægning af 45 tværsektorielle forløb med ældre medicinske patienter

Der konkluderede vi, at en tredjedel af genindlæggelserne blandt de ældre kunne være undgået, hvis vi havde haft bedre koordination mellem sektorerne. Det samspil kunne have været forebygget, samtidig så vi også, at det var skrøbelige mennesker, og at der var et stort videnstab. Derfor var der et stort ønske om at gå fra at tale om sammenhæng til at gøre sammenhæng. Der var enighed om at ændre det, så systemet kommer til borgeren og ikke omvendt. Den tværsektorielle stuegang består af en læge og sygeplejerske, der egentligt kommer fra Nordsjællands Hospital, men som nu kører ud i kommunerne til de midlertidige pladser, hvor ældre medicinske patienter ofte ligger efter en udskrivelse.

Projekt tværsektoriel stuegang er ikke en færdig løsning, men et forbedringsprojekt, hvor man om godt to år håber at kunne have en model for en tværsektoriel stuegang klar. Et af de store problemer, man gerne vil forbedre, er informationen på tværs.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Hillerød kommune deltager i I sikre hænder og arbejder i første omgang med forebyggelse af tryksår gennem forbedringsmodellen.

En decentral enhed har nået 290 dage uden nye tryksår

## **Hvidovre Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Morten Blicher-Hansen

**Arbejdssted:** Hvidovre Kommune, Center for Sundhed og Ældre

**Adresse:** Hvidovrevej 278

**Postnummer og by:** 2650 Hvidovre

**E-mail:** sae@hvidovre.dk

**Telefonnummer:** 36 39 37 34

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Kommunen har arbejdet med at forbedre patientsikkerheden ved udskrivelser. Fokus har været på, at der er den nødvendige information fra hospitalet vedr. medicin mv., så patientens forhold kommer i fokus.

Eksempelvis er der brugt tjekliste og ISBAR redskab (kommunikation) ifm. udskrivelser fra hospitalet.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

I 2017 har der igen været fokus på håndtering af borgeres medicin og fald, da hovedparten af de utilsigtede hændelser vedrører disse to hændelsestyper.

Alt efter de lokale problematikker har kommunens institutioner bl.a. gennemført tiltag vedr. instrukser og kompetencer ifm. medicin håndtering. Desuden har der været fokus på, hvordan fald kan forebygges.

Hvidovre Kommune har desuden sammen med 9 andre kommuner deltaget i et pilotprojekt om samlerapportering ledet af Styrelsen for Patientsikkerhed. Hensigten med samlerapporteringen er at skabe kortere læringsloops og mere kvalitet i det lokale læringsarbejde.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Kommunen har ikke selv forfattet publikationer etc. til eksternt brug på baggrund af arbejdet med patientsikkerhed i 2017.

Internt udarbejdes der bl.a. et halvårligt statusnotat over alle utilsigtede hændelser i kommunen med fokus på hændelsestyper, -steder, alvorlighed og forebyggelsestiltag. Formålet med notatet er videre drøftelse og læring på tværs af kommunens institutioner med sundhedsfaglige ydelser.



## **Høje-Taastrup Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Merete Müller

**Arbejdssted:** Høje-Taastrup Kommune, Sundheds- og Omsorgscentret

**Adresse:** Bygaden 2

**Postnummer og by:** 2630 Taastrup

**E-mail:** [meretemu@htk.dk](mailto:meretemu@htk.dk)

**Telefonnummer:** 43 59 13 23

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I samarbejde med Samordningsudvalget i Region Hovedstaden, Planområde Syd, er der nedsat en gruppe, der arbejder med at sikre patientovergange.

Sikre patientovergange er fortsat fokusområdet i de Tværsektorielle Risikomanagernetværk i region Hovedstaden.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicinrådet har igen i 2017 været et særligt fokusområde på tværs i kommunen.

I Sundheds- og Omsorgscentret har der i 2017 været en projektansat farmakonom, der på forskellige måder har undervist i 'Medicinhåndtering og farmakologi i hverdagen'.

På kommunens plejecentre er der ansat udviklingssygeplejersker og på to af plejecentrene er der også ansat fasttilknyttede læger. Disse arbejder med at højne patientsikkerheden generelt og specifikt med at højne patientsikkerhed på medicinrådet.

Der er indført beboersikkerhedsrunder på kommunens plejecentre. Ved beboersikkerhedsrunderne var sikker medicinering et af flere fokusområder.

Social- og Handicapområdet har ligeledes haft fokus på sikker medicinering. Her har man bl.a. revideret eksisterende retningslinjer samt arbejds gange.

Fald er yderligere et område, der har været genstand for en særlig indsats, idet man er påbegyndt implementeringen af et screeningsværktøj til forebyggelse af fald.

Endelig har der været en ekstra opmærksomhed og indsats i forhold til at opkvalificere private behandlingstilbud og bosteder i forhold til utilsigtede hændelser.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Faglige udmeldinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed samt Dansk Selskab for Patientsikkerhed formidles blandt andet til organisationen via Høje-Taastrup Kommunes UTH-sagsbehandlernetværk.

Der udsendes månedlige eller kvartalsmæssige rapporter over de enkelte lokationers utilsigtede hændelser til alle lokale sagsbehandlere og ledere. Der afrapporteres ligeledes til centerledelsen hvert kvartal samt årligt.

Desuden afholdes halvårlige møder med lokale sagsbehandlere, hvor arbejdet med patientsikkerhed drøftes, og hvor igennem faglige udmeldinger formidles.

Kommunen har ikke i 2017 selv forfattet publikationer eller lignende.

## **Hørsholm Kommune**

*Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Lisbet Rostgaard Andersen

**Arbejdssted:** Center for Sundhed og Omsorg, Hørsholm Kommune

**Adresse:** Ådalsparkvej 2

**Postnummer og by:** 2970 Hørsholm

**E-mail:** [lan@horsholm.dk](mailto:lan@horsholm.dk)

**Telefonnummer:** 48 49 37 21

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Vi har lavet journalaudit på de områder, som STPS har lavet målepunkter for i forhold til de risikobaserede tilsyn for hjemmeplejen og akutteam

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

OBS-meddelelser er videresendt

OBS-meddelelse om Methotrexat har medført gennemgang af borgerjournaler i hjemmeplejen

## **Ishøj Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risikomanager Mette Lemser

**Arbejdssted:** Center for Ældre og Rehabilitering, Ishøj Kommune

**Adresse:** Ishøj Store Torv 20

**Postnummer og by:** 2635 Ishøj

**E-mail:** [41267@ishoj.dk](mailto:41267@ishoj.dk)

**Telefonnummer:** 43 57 77 26

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Her et par eksempler:

#### Sundhedsplejen:

I samarbejde med føde- og barselsgang har der været stort fokus på at fødselsanmeldelserne kommer frem elektronisk. Dette blev aktualiseret ved indførelsen af sundhedsplatformen, idet det modul, som skal sørge for at fødselsanmeldelserne nå frem elektronisk til kommunerne, ikke var køreklart. Der var stor bevågenhed på dette fra hospitalets side. En vicejordemoder blev udpeget som kontaktperson for kommunerne, og familierne blev bedt om selv at ringe til sundhedsplejersken, hvis de ikke hørte fra kommunen. Det har desuden været dagsordenspunkt på kvartalsvise møder i sundhedsplejen. Konsekvensen er dog, at fødselsanmeldelser er kommet meget sent til kommunerne, da de sendes med snailmail grundet lovgivning, som forbyder at scanne personfølsomme dokumenter. Enkelte UTH'er er anmeldt i den forbindelse.

#### Tandplejen:

Når patienter henvises ud af huset til enkeltbehandlinger, føres de på en liste, hvor tandplejen efterfølgende følger op, så det sikres, at de ikke "går tabt" i patientovergangen.

Når patienter indkaldes til sidste undersøgelse omkring 18-års alderen, bedes de overveje, hvilken privatpraktiserende tandlæge de fremover vil benytte. Det er selvfølgelig frivilligt, men såfremt de meddeler deres valg, overfører tandplejen journalen til den nye tandlæge med patientens samtykke. Hvis de ikke får valgt en privatpraktiserende tandlæge, eftersendes en "reminder" på det tidspunkt, hvor det vurderes, at næste tandlægebesøg skulle finde sted.

De patienter, der skal have foretaget tandregulering på Tandreguleringen I/S føres på lister, som der følges op på.

De patienter, der har benyttet sig af fritvalgsordningen følges der løbende op på, i forhold til, om de er i et regelmæssigt forløb i privat praksis.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Generelt er der fokus på de patientrisici, som implicit ligger indenfor Styrelsens for Patientsikkerheds målepunkter ved der risikobaserede tilsyn.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der udsendes nyhedsbreve og OBS-meddelelser fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

**Andet**

Vi har et netværk af UTH-sagsbehandlere og risikomanager internt i kommunen med repræsentationen fra alle enheder som udfører sundhedsydelser til borgerne. der afholdes 4 årlige møder med aktuelle fokusområder omkring UTH-arbejdet. Sagsbehandlerne sidder tæt på personalegruppen og UTH'erne sagsbehandles i samarbejde med medarbejderne for at skabe lokal læring og finde sikre løsninger.

## **Københavns Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning (SUF)**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Tine Andreasen Limkilde (Risikomanager)

**Arbejdssted:** Københavns kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning (SUF) Center For Analyse HR og Kvalitet – afdeling for Kvalitet og Borgersikkerhed

**Adresse:** Sjællandsgade 40 bygning I stuen

**Postnummer og by:** 2200 København N

**E-mail:** [GF1D@SUF.KK.DK](mailto:GF1D@SUF.KK.DK)

**Telefonnummer:** +45 21 47 66 93

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

I København kommunes sundheds- og omsorgsforvaltning(SUF) har vi i 2017 arbejdet med følgende temaer og projekter

#### Tværasektorielt samarbejde i direkte UTH- sammenhæng

- Tværasektorielt patientsikkerhedsforum – delt formandskab – særlig indsats i forhold til medicin håndtering
- Risikomanager deltager i arbejdsgrupper under sundhedsaftalen, med kommunikation i sektorovergange mellem sektorer som omdrejningspunkt
- Styrket og udviklet det direkte samarbejde med enhed for patientsikkerhed i Region hovedstaden, herunder konkrete og principielle tværasektorielle problemstillinger og udveksling af nyhedsbreve

#### Større projekter og organisatoriske ændringer

#### NYT OMSORGS- OG DOKUMENTATIONSSYSTEM

I forbindelse hermed har SUF etableret et særligt supportteam og sundhedsfaglige konsulenter der understøtter, supporterer og deltager i systemudvikling.

Derudover har SUF haft særlig fokus på problemstillinger gennem UTH indrapporteringer. Medarbejdere er opfordret til at give UTH indrapportering en bemærkning såfremt der overvejes tilknytning til det nye omsorgssystem. Alle sager med bemærkning er derefter gennemgået systematisk af implementeringsleder og risikomanager mhp opsamling af systemfejl og læringspotentiale.

#### PROJEKT SIKKER SAMMENHÆNG (SISAM)

Tværasektorielt projekt mellem Københavns kommune; Bispebjerg Frederiksberg hospitaler og Dansk Selskab for Patientsikkerhed for at udvikle samarbejdsmodel til tværasektoriel koordinering af forløb for ældre over 65 år mellem Københavns Kommune (KK) og Bispebjerg-Frederiksberg Hospitaler (BFH).

Formålet er at udvikle en model til bedre koordinering af tværasektorielle forløb baseret på erfaringerne fra Sikker Patientflow. Projektet vil være en del af videreudviklingen af projektet Tværasektoriel Udrednings- og Udskrivningsenhed (TUE), som er et samarbejde mellem Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler og Københavns Kommune.

Målet er at skabe høj kvalitet i behandling af ældre uden forøgede sundhedsudgifter. I et borgerperspektiv er formålet at skabe sikre og sammenhængende forløb på tværs af sektorer uden unødige indlæggelser eller ventetid på udskrivelse og rehabilitering.

### PROJEKT SYGEPLEJEN KØBENHAVN

Sygeplejen København skal være med til at sikre en øget kvalitet i den sygepleje, forvaltningen leverer – både nu og i fremtiden. Borgere, der modtager sygepleje, skal have en bedre helbredsrelateret livskvalitet som følge af bl.a. sikker medicinbehandling, optimeret behandling og forebyggelse, mindre sygdom og et længere liv. Det er også afgørende, at det sygeplejefaglige personale har kompetencerne til at løse de komplekse opgaver, der allerede nu viser sig, og som det må forventes, at der kommer flere af i nær fremtid.

Arbejdet med Sygeplejen København vil både tage udgangspunkt i Københavns Ældrepolitik og Sundhedspolitik, særligt i politikernes fokus på sammenhængende indsatser, specialiserede tilbud og kvalificerede medarbejdere og dermed også i forvaltningens kompetenceudviklingsstrategi. Arbejdet vil blive tilrettelagt i fem overordnede spor, der hænger sammen og indvirker på hinanden.

### MEDICINSIKKERT PLEJECENTER

I 2017 har SUF fortsat arbejdet intensivt med Medicinsikkert plejecenter og udbredelse af erfaringer herfra. Projektet Medicinsikkert Plejecenter gennemføres på udvalgte plejecentre fra midten af 2015 til primo 2017 for at forbedre medicinsikkerheden.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

#### PROJEKT SIKKER SAMMENHÆNG (SISAM)

**Tid:** Projektet forventes igangsat: 1. september 2016 og afsluttet 1. april 2019

Borgere i tværsektorielle patientforløb oplever ofte, at kommunikationssvigt og manglende koordinering kan medføre forværring af sygdom, patientskade og frustration. Udover konsekvenserne for borgerne medfører det et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. Københavns Kommune, Bispebjerg Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har fået tildelt satspuljemidler til et projekt, der skal styrke patientsikkerheden på tværs af sektorer. Projektet hedder Sikker Sammenhæng og skal udvikle en samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre over 65 år mellem Københavns Kommune (KK) og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital (BFH).

#### **Formål og mål**

Grundlæggende er formålet at skabe bedre forløb for borgerne. Det sker ved at reducere ventetid på udskrivelse og rehabilitering og ved at undgå akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. Projektet finder sted i perioden 2016- 2018. I 2017 vil projektet omhandle borgere, der udskrives til de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune og i 2018 vil borgere, der udskrives til plejecentre og hjemmepleje blive inddraget i projektet.

Projektet er fokuseret på at afdække uhensigtsmæssige forløb for borgeren, at udvikle løsninger samt systematisk at afprøve og implementere disse. Til dette anvendes Forbedringsmodellen og et tværsektorielt læringsnetværk som grundlag for etablering af sikre forløb mellem et hospital, kommune og almen praksis for ældre borgere. Læringsnetværket vil mødes 20 gange i løbet af projektperioden til læringstræf med fokus på tværsektorielle drøftelser om data, afprøvninger og implementering.

Målet er derved at skabe høj kvalitet i behandling af ældre uden forøgede sundhedsudgifter. I et borgerperspektiv er formålet at skabe sikre og sammenhængende forløb på tværs af sektorer uden unødige indlæggelser eller ventetid på udskrivelse og rehabilitering.

### PROJEKT SYGEPLEJEN KØBENHAVN

Siden strukturreformen i 2007 er der sket en fortsat og gradvis ændring af sundhedsvæsenet, hvor der på den ene side sker en samling og øget specialisering af sygehusafdelinger, og på den anden side sker en udbygning af kommunale og regionale sundhedstilbud, således at de foregår tæt på borgerens hverdagsliv. Idet indlæggelsestiden er blevet reduceret, og der er sket en øgning i ambulante aktiviteter, udskriver sygehusene i dag borgere, der er mere pleje- og behandlingskrævende end tidligere. Hertil kommer væksten i antallet af borgere med kroniske sygdomme.

Denne udvikling har medført, at primær sektor i dag varetager flere og mere komplekse opgaver, herunder indsatser, der tidligere blev varetaget i sygehusregi. Det betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) skal håndtere flere borgere med mere ustabile og komplicerede sygdomstilstande end tidligere, hvilket giver nye og mere specialiserede pleje-, rehabiliterings- og sygeplejefaglige opgaver i kommunen. Det gælder eksempelvis opgaver i forhold til tidlig opsporing og indsatser som følge heraf, og i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelser

### FORBEDRINGSMODELLEN

Implementering af forbedringsmodellen til kvalitetsudvikling med foreløbigt inkludering af 9 plejecentre i perioden har der været et særligt fokus på medicin håndtering og Sygeplejefagligt dokumentation. Alle centre er tilbudt vejledning af forbedringsagenter i makkerteams fra centralforvaltning og lokalområder samt enkelte besøg af konsulenter fra Dansk selskab for Patientsikkerhed. Alle agenter har haft regelmæssige møder til metodesparring og generel opdatering

### MEDICINSIKKERT PLEJECENTER

Formålet med projektet er, at styrke sikker medicin på plejecentrene, ved at ensrette arbejdsgangene og skabe fælles systematik omkring medicin håndteringen. Ydermere skal projektet understøtte plejecentrenes arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på medicinområdet.

Baggrunden for projekt "Medicinsikkert Plejecenter" er, at bl.a. kritiske tilsynsvurderinger med anmærkninger på medicin håndteringen på flere plejecentre. Sikker og rigtig medicin er afgørende for, at vi lever op til målet om at støtte borgerne til gode leveår trods sygdom. I 2025-plan – Nye veje til sundhed og omsorg er det et mål, at der er fejlfri medicin håndtering til borgerne. En del af løsningen er at bruge velfærdsteknologi til at automatisere processer, der kan understøtte medarbejdere og derved nedbringe antallet af menneskelige fejl i medicin håndteringen. Fremdriften måles ved, om der i tilsynene bliver registreret færre fejl på medicinområdet.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Retningsgivende dokumenter er systematisk reviderede, reducerede og reorganiseret på en fælles platform på kommunens intranet. Denne platform styres af kvalitetsafdelingen. Hensigten har været at fortsætte processen fra 2016 med at skabe overblik og forenkling i forhold til antal og indhold med henblik på brugeranvendelighed og bedre kvalitet for borgerne.

Forbedringsmodellen SUF's arbejde med forbedringsindsatsen evalueret og der er taget beslutning om at fortsætte spredning af modellen med metoder til resten af organisationen i første omgang plejecentrene. I



forbedringsindsatsen arbejdes der systematisk med og efter den internationalt gennemprøvede metode "Forbedringsmodellen" der i Danmark er afprøvet i det landsdækkende projekt "sikre hænder" samt på flere af landets hospitaler. Modellen ligger i tråd med anbefalinger fra regeringen "Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018 samt de nye "nationale mål for sundhedsvæsenet". Der er indgået en partnerskabsaftale med Dansk selskab for patientsikkerhed om blandt andet undervisning og vejledning.

#### **Andet**

UTH - I SUF arbejdes der med datadreven ledelse herunder etablering af generel UTH – datatræk rettet til ledere mhp at inspirere ledelsesfokus på UTH arbejdet og dermed fremme læring. Derudover har vi opdateret og justeret organisering af UTH arbejdet.

KVALITETSENHEDEN - er besluttet at blive etableret som en egen afdeling med egen ledelse og er knyttet tæt sammen i kvalitetsarbejde og borgersikkerhed (Tilsyn og UTH) og har navnet Afdeling for Kvalitet og Borgersikkerhed.

FORBEDRINGSMODELLEN - Partnerskab Med Dansk Selskab for Patientsikkerhed har etableret et uddannelsesforløb på 40 nye agenter fordelt på centraladministration, lokalområder og driftsenheder.

CURA – nyt omsorgs og dokumentationssystem – påbegyndt implementering i 2017.

## **Lyngby-Taarbæk Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Risikomanager Charlotte Dorph Lyng

**Arbejdssted:** Lyngby-Taarbæk Kommune, Faglig Indsats

**Adresse:** Toftebæksvej 12,6

**Postnummer og by:** 2800 Kgs. Lyngby

**E-mail:** cdly@ltk.dk

**Telefonnummer:** 45 97 33 75

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Lyngby-Taarbæk Kommune er en del af Planområde Midt, Region H, hvor vi årligt afholder tværsektoriel Patientsikkerhedskampagneuge, hvor primære fokusområder er medicin og kommunikation i overgangene mellem hospital og kommuner. Fælles generisk materiale, beskrivelser af opmærksomhedsområder samt besøg i anden sektor er blot nogle af disse indsatser.

I egen organisation er der løbende afholdt møder med relevante medarbejdere og her er der fokus på overgange ved indlæggelser og udskrivninger. Der er ligeledes afholdt flere interne analyser til at understøtte læring på tværs.

Der er lavet opfølgning på Kommunikationsaftalen og de arbejdsgange der beskrives i denne. Der gennemføres løbende hen over året flere "I Patientens Fodspor" til afdækning af konkrete problemstillinger ved indlæggelser og udskrivninger.

Botilbud er aktive ift at rapportere hændelser og beskrive udfordringerne samt handle på læringspunkterne. Udfordringerne på de kommunikative områder, forventes bedret når Kommunikationsaftalen på det socialpsykiatriske område implementeres. Her er der stadig mange udfordringer ift kommunikation og ansvar mellem behandlingssteder og bosteder.

Tæt samarbejde med apotekerne ift. dosisdispenseringer, audits, undervisning mm.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Medicin, FMK og kommunikation.

Medicin er stadig et altoverskyggende problemområde, der kun er blevet mere udfordret v implementering af Sundhedsplatformen i Region H.

Manglende opdateringer af FMK ved udskrivninger, og efterfølgende manglende kontakt til relevant medarbejder på hospitalet til opdatering eller frigivelse af FMK, udfordrer kommunale sygeplejersker og behæftet med et meget stort tidsforbrug. I enkelte tilfælde tager det dagevis før henvendelsen udføres.

Dette truer patientsikkerheden ved udskrivninger til kommunerne.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Patientsikkerhed er udpeget til særligt fokusområde i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Der har været særlige indsatser på medicinområdet, særligt risikopræparaterne.

Desuden på overholdelse af kommunikationsaftalen, som fortsat kunne forbedres.

Der er samtidigt afsat ressourcer til gennemgang af patientsikkerhedsrisici på nye implementeringsopgaver, så som forbedret EOJ og hygiejneområdet

Forberedelse af organisationen til de risikobaserede tilsyn har betydet kritisk gennemgang af instrukser, procedurer og faglige kompetencer.

Implementering af ID armbånd til uledsagede borgere til ambulante kontroller, mhp sikker identifikation.

## **Rødovre Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Karen Enghøj

**Arbejdssted:** Rødovre Hjemmeplejen

**Adresse:** Egegårdsvej 39A

**Postnummer og by:** 2610 Rødovre

**E-mail:** sohkae@rk.dk

**Telefonnummer:** 36 37 75 27

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der har været fokus på kommunikationsaftalen mellem kommune og hospital, herunder indrapportering og opfølgning på brug af indlæggelses rapporter, plejeforløbsplaner og udskrivelses rapporter mellem kommune og hospital.

Bedre brug af korrespondance meddelelse mellem kommune og speciallæger og ambulatorier på hospitalet.

Der har fokus på indrapportering af UTH-er ved manglende ajourføring af FMK til hospitalerne.

Deltaget i arbejdet med 1813 om en samarbejdsaftale for den kommende kommunale akutfunktion.

Deltaget i arbejdet med Herlev-Gentofte hospital om samarbejdsaftale for den kommende kommunale akutfunktion.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Der har været lavet en kerneårsags analyse på en ulykke som involverede flere afdelinger i kommunen, hvoransvarsfordelingen og kommunikationsvejene ikke var klare.

Der har været arbejdet med implementering af flowchart med ansvarsfordeling for sårbehandling i hjemmesygeplejen og på Midlertidige døgnpladser på baggrund af en kerneårsags analyse i 2016.

På baggrund af indrapporterede Utilsigtede hændelser, er der i samarbejde med plejehjemmene En instruks for: "Hvordan sikrer vi en patientsikker indflytning fra hjemmeplejen til plejehjem i kommunen"

I hjemmeplejen er der arbejdet med medicin håndtering, særligt med fokus på dispensering.

På plejehjemmene har fald og infektioner været temaer.

**Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Actionscard for kommunikationsplan ved borger ulykker som involverer flere afdelinger.

Afholdt patientsikkerheds uge 12 med lokale tiltag i Rødovre kommune, herunder kommunikationsaftalen.

## **Tårnby Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Freddy Lillelund

**Arbejdssted:** Tårnby Kommune

**Adresse:** Amager Landevej 76

**Postnummer og by:** 2770 Kastrup

**E-mail:** OMSORG@TAARNBY.DK

**Telefonnummer:** 32471845

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

#### Opfølgende hjemmesygeplejerske, hjemmeplejen

Tårnby Kommune arbejder med opfølgende hjemmebesøg, henvendt til hospitalsudskrevne borgere med henblik på nedbringelse af indlæggelser og genindlæggelser. Den opfølgende funktion er målrettet de ældre medicinske borgere og komplekse borgerforløb. Formålet med de opfølgende hjemmebesøg er, at styrke sammenhængen i borgerforløbene, varetage koordinerende funktion ved sektorovergange, etablere grundlag for struktureret samarbejde og vurdere potentielle eller aktuelle sundhedsfaglige problemstillinger. Den opfølgende funktion har et tæt samarbejde med visitationen, hjemmeplejen, kommunale tilbud og hospitaler.

Tårnby kommune har tilsluttet sig § 2 aftalen, som danner grundlag for et struktureret samarbejde med de praktiserende læger, hvor borgerens egen praktiserende læge og den opfølgende hjemmesygeplejerske i fællesskab følger op på hospitalsudskrevne borgere. Disse besøg etableres hos de borgere det vurderes relevant og det kan være hospitalspersonale, praktiserende læge og den opfølgende hjemmesygeplejerske der tager initiativ til et opfølgende hjemmebesøg.

Den opfølgende funktion har til formål, at lave en behovsvurdering, som kan omfatte medicingennemgang, generel helbreds-vurdering, en vurdering af borgerens funktionsevne samt en vurdering af behovet for personlig eller praktisk hjælp, hjælpemidler og boligændringer. Borgere udvælges af den opfølgende hjemmesygeplejerske, som modtager udskrivelsesrapporter samt henvisninger fra visitationen, koordinationen, hverdagsrehabilitering, hjemmeplejen m.m. Ydermere udvælges borgere til opfølgende hjemmebesøg ved triageringsmøder i hjemmeplejens fire distrikter.

#### Fremskudt visitation

Visitationen foretager fremskudt visitation på et af regionens hospitaler fast tirsdag og torsdag. Det giver stor tilfredsstillelse og tryghed for borger og pårørende, at de allerede på hospitalet møder en medarbejder fra kommunen, hvor relevante borger forløb bliver gennemgået både med personalet, borgeren og ind imellem også med de pårørende.

Der bliver foretaget en faglig vurdering af, hvad der skal ske for borger, når han/ hun ikke længere skal være indlagt. Vurdering omhandler bl.a. om borger har behov for at komme på et midlertidigt re-habiliteringophold kommunalt, på plejehjem eller om hjælpen i hjemmet kan øges.

Visitationen har et tæt samarbejde med "Følge-hjem-teamet" på hospitalet, men også tæt samarbejde med kommunens opfølgende hjemmesygeplejerske.

## **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

### Tryksår/sår

Medarbejdere på tværs af Ældrecentret blev i 2016 undervist i hjælpemidlers vigtige forebyggende og behandlende (trykfordelene) betydning i forbindelse med behandling af tryksår. Med baggrund i undervisningen og rapporterede utilsigtede hændelser arbejdes der fortsat på at iværksætte den rette indsats i forhold til, at de hjælpemidler (madrasser og puder) der visiteres, trykfordeler efter hensigten.

Plejepersonale tilknyttet Ældrecentret skal gennemgå et e-learningforløb i behandling af tryksår/sår. Forløbet blev opstartet i efteråret 2017 og er bygget op om moduler. Modulerne er tilpasset de forskellige faggrupper og hvert modul afsluttes med en test. Kommunen har adgang til systemet i tre år.

### Hygiejne

I uge 38 blev der afholdt hygiejneuge. Temaet i år var med særlig fokus på smitteoverførsel og korrekt uniform. I november var der fokus på forebyggelse af novovirus.

### Medicinering

Der arbejdes kontinuerligt med sikker medicin håndtering på kommunens institutioner.

I forbindelse med at beboere og brugere tilknyttet et af kommunes socialpsykiatriske tilbud er rykket i renoverede bygninger, har medarbejderne været på medicin håndteringskursus. Derudover arbejdes der aktivt for at inddrage beboerne i egen medicinering og derved øge den enkelte beboers compliance i forhold til egen behandling.

### Tidlig opsporing

Hjemmeplejen arbejder med tidlig opsporing i form af triagering. I denne forbindelse er der øget fokus på samarbejdet omkring borgerne på tværs af faggrupper og med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder. Til at understøtte arbejdet implementeredes IT-løsningen Pallas Informatik fra efteråret 2017. Systemet understøtter en tidlig og systematisk vurdering af borgernes habituelle tilstand og iværksættelse af målsætning, handlinger og evaluering.

## **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Relevant information bliver løbende meldt ud. Dette kan både relevante vejledninger, nyhedsbreve og informationsmateriale men også i forhold til hvilke områder der, bl.a. på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser, kræver særlig opmærksomhed eller tiltag.

## **Vallensbæk Kommune**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Susan Læntver

**Arbejdssted:** Center for Pleje og Omsorg, Vallensbæk Kommune

**Adresse:** Vallensbæk Stationstov 100

**Postnummer og by:** 2665 Vallensbæk

**E-mail:** susl@vallensbaek.dk

**Telefonnummer:** 24 60 86 67

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Vi har ifbm. UTH ved sektorovergange både rapporteret hændelsen til dpsd og kontaktet modparten mhp. dialog og afklarende spørgsmål omkring hændelsen.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Vi har i Vallensbæk Kommune haft særlig opmærksomhed på medicinadministration og forebyggelse af UVI i 2017.

- De fleste af vores indberetninger gik i 2016 på, medicin der ikke var blevet givet. Vi har derfor indkøbt IPads til vores plejecentre og indført en arbejdsgang, hvor disse altid skal medbringes ifbm. udlevering af medicin. Det fremgår derfor tydeligt i vores omsorgssystem, hvis en borger ikke har fået den planlagte medicin. Dette har haft positiv effekt.
- Der har været særlig fokus på UVI, hvor vores hygiejne sygeplejerske har undervist alle udførende medarbejdere i generel hygiejne med særlig opmærksomhed på forebyggelse af UVI hos borgere, der får hjælp til nedre hygiejne.

### **Giv et kort resumé af organisationens faglige udmeldinger i 2017**

Der er udarbejdet nye instrukser for håndhygiejne og hygiejniske forholdsregler ved smitsomme sygdomme. Vores faglige instrukser bliver løbende opdateret og fremgår af vores Intranet.



## **Kysthospitalet Skodsborg**

### *Kontaktoplysninger:*

**Ansvarlig person for indsendelse af oplysninger:** Christina Piil Borgstrøm

**Arbejdssted:** Kysthospitalet Skodsborg

**Adresse:** Skodsborg Strandvej 125A

**Postnummer og by:** 2942 Skodsborg

**E-mail:** info@kysthospitalet.dk

**Telefonnummer:** 88 77 40 00

### **Beskriv kort, hvordan I har arbejdet med sikre patientovergange, fx overgange mellem afdelinger, sygehusafsnit og røntgen, hjemmepleje og apotek, almen praksis og botilbud**

Der er udarbejdet nye observationsskemaer med flere checkpunkter, til at sikre dokumentationen for korrekt overflytning mellem operationsgangen, efter anæstesi og opvågningsafsnit.

Der er sikret feedback ved forsendelse af vævsprøver/væv fra operationen til patologi/undersøgelse og svaret herfra tilbage til Kysthospitalet som følge af tabt svar fra en patients operation (vævsudtaget). Forsendelsen sker ved privat firma med kvittering for levering og svar, efter at Post Nord er ophørt med at fungere ordentligt.

### **Hvilke patientrisici er gjort til genstand for en særlig vurdering og indsats?**

Overflytning mellem operationsgang efter anæstesi og operation og opvågning.

Overgang fra opvågning til sengeafsnit mhp. Indlæggelse.

Bedre skemaer, bedre rapportering som bliver mere overskuelig og sikker. Bl.a. sikring af, at medicinskemaer er korrekte.

# Register

Registeret indeholder en oversigt over en række udvalgte patientsikkerhedstemaer. For hvert tema er der listet sundhedsaktører, som har haft særligt fokus på temaet. Registerets formål er at gøre det lettere for sundhedsaktører at hente inspiration og viden hos hinanden om de pågældende områder.

## **Medicinering og medicinhandling**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Midtjylland, s. 42
- Region Syddanmark, s. 86
- Region Sjælland, s. 131
- Region Hovedstaden, s. 175
- Brønderslev Kommune, s. 25
- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Hjørring Kommune, s. 29
- Mariagerfjord Kommune, s. 32
- Thisted Kommune, s. 35
- Vesthimmerlands Kommune, s. 37
- Aalborg Kommune, s. 39
- Favrskov Kommune, s. 54
- Hedensted Kommune, s. 56
- Herning Kommune, s. 59
- Norddjurs Kommune, s. 67
- Ringkøbing-Skjern Kommune, s. 70
- Samsø Kommune, s. 72
- Skanderborg Kommune, s. 75
- Aarhus Kommune, s. 81
- Billund Kommune, s. 91
- Esbjerg Kommune, s. 94
- Fredericia Kommune, s. 6
- Kolding Kommune, s. 103
- Nordfyns Kommune, s. 109
- Nyborg Kommune, s. 111
- Sønderborg Kommune, s. 115
- Tønder Kommune, s. 118
- Vejle Kommune, s. 124
- Faxe Kommune, s. 144
- Greve Kommune, s. 146
- Kalundborg Kommune, s. 153
- Køge Kommune, s. 154
- Ringsted Kommune, s. 164
- Roskilde Kommune, s. 165
- Allerød Kommune, s. 192
- Ballerup Kommune, s. 194
- Bornholms Regionskommune, s. 197
- Brøndby Kommune, s. 199
- Egedal Kommune, s. 204
- Frederiksberg Kommune, s. 205
- Furesø Kommune, s. 209
- Glostrup Kommune, s. 215
- Gribskov Kommune, s. 216
- Høje Taastrup Kommune, s. 224
- Københavns Kommune, s. 229
- Vallensbæk Kommune, s. 239

## **Tryksår**

- Region Sjælland, s. 131
- Region Hovedstaden, s. 175
- Thisted Kommune, s. 35
- Nyborg Kommune, s. 111
- Odense Kommune, s. 113
- Greve Kommune, s. 146
- Brøndby Kommune, s. 199
- Tårnby Kommune, s. 237

### **Infektioner**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Sjælland, s. 131
- Brønderslev Kommune, s. 25
- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Odense Kommune, s. 113
- Sønderborg Kommune, s. 115
- Greve Kommune, s. 146
- Frederikssund Kommune, s. 207

### **Hygiejne**

- Vesthimmerlands Kommune, s. 37
- Aalborg Kommune, s. 39
- Favrskov Kommune, s. 54
- Ringkøbing-Skjern Kommune, s. 70
- Assens Kommune, s. 89
- Fredericia Kommune, s. 96
- Greve Kommune, s. 146

### **FMK (fælles medicinkort)**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Midtjylland, s. 42
- Region Sjælland, s. 131
- Brønderslev Kommune, s. 25
- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Mariagerfjord Kommune, s. 32
- Aalborg Kommune, s. 39
- Hedensted Kommune, s. 56
- Fredericia Kommune, s. 96
- Kerteminde Kommune, s. 101
- Kolding Kommune, s. 103
- Varde Kommune, s. 121

### **Personaleudveksling og kompetenceudvikling**

- Region Midtjylland, s. 42
- Region Sjælland, s. 131
- Region Hovedstaden, s. 175
- Ikast-Brande Kommune, s. 64
- Kolding Kommune, s. 103
- Tønder Kommune, s. 118
- Vejle Kommune, s. 124

### **Sikre patientforløb og -overgange**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Midtjylland, s. 42
- Region Syddanmark, s. 86
- Region Sjælland, s. 131
- Region Hovedstaden, s. 175
- Brønderslev Kommune, s. 25
- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Hjørring Kommune, s. 29
- Jammerbugt Kommune, s. 31
- Mariagerfjord Kommune, s. 32
- Morsø Kommune, s. 34
- Thisted Kommune, s. 35
- Vesthimmerlands Kommune, s. 37
- Aalborg Kommune, s. 39
- Favrskov Kommune, s. 54
- Hedensted Kommune, s. 56
- Herning Kommune, s. 59
- Ikast-Brande Kommune, s. 64
- Lemvig Kommune, s. 66
- Norddjurs Kommune, s. 67
- Odder Kommune, s. 69
- Ringkøbing-Skjern Kommune, s. 70
- Samsø Kommune, s. 72
- Silkeborg Kommune, s. 74

- Skanderborg Kommune, s. 75
- Syddjurs Kommune, s. 77
- Viborg Kommune, s. 79
- Aarhus Kommune, s. 81
- AROS Privathospital, s. 84
- Billund Kommune, s. 91
- Fredericia Kommune, s. 96
- Kerteminde Kommune, s. 101
- Kolding Kommune, s. 103
- Langeland Kommune, s. 106
- Middelfart Kommune, s. 107
- Nordfyns Kommune, s. 109
- Nyborg Kommune, s. 111
- Odense Kommune, s. 113
- Sønderborg Kommune, s. 115
- Tønder Kommune, s. 118
- Varde Kommune, s. 121
- Vejle Kommune, s. 124
- Faxe Kommune, s. 144
- Greve Kommune, s. 146
- Guldborgsund Kommune, s. 151
- Køge Kommune, s. 154
- Lejre Kommune, s. 156
- Lolland Kommune, s. 158
- Slagelse Kommune, s. 167
- Ballerup Kommune, s. 194
- Bornholms Regionskommune, s. 197
- Brøndby Kommune, s. 199
- Furesø Kommune, s. 209
- Glostrup Kommune, s. 215
- Gribskov Kommune, s. 216
- Halsnæs Kommune, s. 218
- Hillerød Kommune, s. 222
- Ishøj Kommune, s. 227
- Københavns Kommune, s. 229
- Lyngby-Taarbæk Kommune, s. 233
- Rødovre Kommune, s. 235
- Tårnby Kommune, s. 237

### **Ledelse**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Midtjylland, s. 42
- Region Sjælland, s. 131
- Region Hovedstaden, s. 175
- Hjørring Kommune, s. 29
- Aalborg Kommune, s. 39
- Norddjurs Kommune, s. 67
- Skanderborg Kommune, s. 75
- Aarhus Kommune, s. 81
- Sønderborg Kommune, s. 115
- Tønder Kommune, s. 118

### **Patientsikkerhedsmåling og patientsikkerhedskultur**

- Region Nordjylland, s. 14
- Region Syddanmark, s. 86
- Region Hovedstaden, s. 175
- Brønderslev Kommune, s. 25
- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Hjørring Kommune, s. 29
- Jammerbugt Kommune, s. 31
- Aarhus Kommune, s. 81
- Haderslev Kommune, s. 99
- Kolding Kommune, s. 104
- Sønderborg Kommune, s. 116
- Varde Kommune, s. 120
- Privathospitalet Mølholm, s. 127
- Faxe Kommune, s. 143
- Frederikssund Kommune, s. 207
- Helsingør Kommune, s. 219

### **Psykiatri**

- Region Midtjylland, s. 42
- Region Sjælland, s. 131

- Region Hovedstaden, s. 175
- Tønder Kommune, s. 118

### **AK-behandling**

- Region Midtjylland, s. 42

### **Dokumentation**

- Region Midtjylland, s. 42
- Herning Kommune, s. 60
- Samsø Kommune, s. 72
- Billund Kommune, s. 91
- Fredericia Kommune, s. 96

### **Undersøgelser, prøver og prøvesvar**

- Region Midtjylland, s. 42
- Region Hovedstaden, s. 175
- Hedensted Kommune, s. 57

### **'I sikre hænder'**

- Mariagerfjord Kommune, s. 32
- Thisted Kommune, s. 35
- Silkeborg Kommune, s. 74
- Syddjurs Kommune, s. 78
- Aarhus Kommune, s. 82
- Billund Kommune, s. 91
- Kerteminde Kommune, s. 101
- Sønderborg Kommune, s. 115
- Tønder Kommune, s. 120

### **Samlerapportering**

- Frederikshavn Kommune, s. 27
- Silkeborg Kommune, s. 74
- Furesø Kommune, s. 209

### **Fald**

- Region Nordjylland, s. 14
- Frederikshavn Kommune, s. 27

- Greve Kommune, s. 148
- Slagelse Kommune, s. 168

- Region Sjælland, s. 131

- Kolding Kommune, s. 104
- Tønder Kommune, s. 119
- Egedal Kommune, s. 204
- Kysthospitalet Skodsborg, s. 240

- Ringkøbing-Skjern Kommune, s. 70
- Odense Kommune, s. 113
- Faxe Kommune, s. 144

- Varde Kommune, s. 121
- Greve Kommune, s. 147
- Næstved Kommune, s. 161
- Allerød Kommune, s. 192
- Brøndby Kommune, s. 199
- Frederiksberg Kommune, s. 206
- Helsingør Kommune, s. 219
- Hillerød Kommune, s. 222

- Helsingør Kommune, s. 219
- Hvidovre, s. 223

- Aalborg Kommune, s. 39
- Nyborg Kommune, s. 111

- Sønderborg Kommune, s. 116
- Vejle Kommune, s. 124
- Allerød Kommune, s. 191
- Høje Taastrup Kommune, s. 223

### **Genoptræning**

- Billund Kommune, s. 91
- Esbjerg Kommune, s. 94
- Kerteminde Kommune, s. 101

### **Udvalgte øvrige områder**

- Ernæring, hjertestop, selvmord - Region Nordjylland, s. 14
- 'Patientsikkerhedsrunder', s. 26
- Genoplivning – Thisted Kommune, s. 35
- Tidlig opsporing af svækkelse hos ældre – Ringsted Kommune, s. 164
- Akutteam, kommunelæge – Slagelse Kommune, s. 167
- Tværkommunal akutfunktion – Gladsaxe Kommune, s. 213