



## **Tværasektorielle utilsigtede hændelser/hændelser ved patientovergang – hvordan skaber vi fælles læring?**

Birgit Dall Hersland, kvalitetskonsulent og risikomanager, Vejle Kommune &

Maya Damgaard Larsen, kvalitetskonsulent og risikomanager, Aarhus Kommune

# Utilsigtede hændelser ved patientovergang– hvordan skaber vi fælles læring?



- **Maya Damgaard Larsen**
- **Sygeplejerske**
- **Cand.scient.san.publ**
- **Kvalitetskonsulent og risikomanager**
- **Kvalitet og Borgersikkerhed**
- **Århus Kommune**

- **Birgit Dall Hersland**
- **Fysioterapeut**
- **MPQM – Master i offentlig kvalitet og ledelse**
- **Kvalitetskonsulent og risikomanager**
- **Sundhedsafdelingen**
- **Vejle Kommune**

# Program for workshop

DSKS

1. Tværsektorielle hændelser set i et kvalitetsperspektiv
2. Case: hvordan kan vi gennem analyse og læring af tværsektorielle UTH'er bidrage til kvalitetsarbejdet?
3. Gruppearbejde
4. Opsamling



Tegning af Dorte Dyrland.



**TEMA:**  
Læring af fejl i sundhedsvæsenet



## Tværasektorielle utilsigtede hændelser - hvordan skaber vi fælles læring?

Af Birgit Dall Hersland  
og Maya Damgaard Larsen

**Sundhedsvæsenet kan gennem et tværasektorielt samarbejde og fælles indsats lære af utilsigtede hændelser og dermed sikre patient- og borgersikkerheden.**

Denne artikel ser på de udfordringer og muligheder, som arbejdet med tværasektorielle hændelser byder på set fra en kommunal synsvinkel. Artiklen belyser nærmere, hvordan sundhedsvæsenet gennem et tværasektorielt samarbejde og fælles indsats kan opnå analyse og læring af utilsigtede hændelser for at sikre patient/borgersikkerheden.

Forfatterne arbejder i kommuner i to forskellige regioner, nemlig Vejle Kommune i Region Syddanmark og Aarhus Kommune i Region Midtjylland. Artiklen er derfor et udtryk for en erfaringsudveksling mellem to kommuner henover regionsgrænser.

### Baggrund

Siden lovudvidelsen om patientsikkerhedsordningen trådte i kraft i 2010, så den også omfattede den kommunale sektor, er antallet af de utilsigtede hændelser, der rapporteres i danske kommuner, steget støt. I 2016 kom antallet af utilsigtede hændelser op på ca. 120.000.<sup>1</sup> Når man kigger på antallet af utilsigtede hændelser, er det væsentligt at gøre sig klart, at bag hver af de 120.000

rapporterede hændelser ligger der et mere eller mindre stærkt ønske om et sundhedsvæsen, der lærer og kvalitetsudvikler til gavn for borgerne.

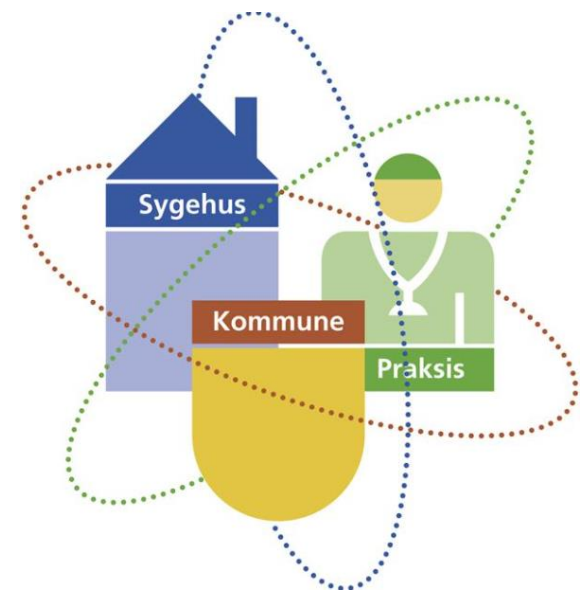
For med Hippokrates ord tilbage i ca. 400 f. Kr. ligger det i de fleste fagprofessionelles etik, at »for det første, gør ingen skade« – *primum non nocere*.

En særlig gruppe af de 120.000 hændelser udgør de tværasektorielle hændelser. I 2016 blev 2691 utilsigtede hændelser markeret som tværasektorielle hændelser. Det er umiddelbart en lille andel af alle hændelserne, og her kan være tale om en underrapportering. Dette kan skyldes mange faktorer, og man kan gisne om mange årsager.



# Definition på en utilsigtet hændelse i patientovergang/tværasektoriel hændelse

Den utilsigtede hændelse er opstået i samarbejdet, hvor begge/flere sektorer er involveret og rapporteret af en af parterne, hvis hændelsen er af en sådan karakter, at den umiddelbart kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden i begge/flere sektorer.



# Tværasektorielle hændelser nationalt som rapporteret i DPSD/ hændelser markeret med rollen opdagelsessted

År	2016	2017
Tværasektoriel hændelse/ Patientovergang	2691	2862
Opdagelsessted	13530	16284

Vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle hændelser for 2017 er sagsafsluttede (lukkede) på nuværende tidspunkt (d. 8.1. 2018), og at nogle dermed ikke er med i opgørelsen.

Samtidig viser 2017-analysen, at 884 af de rapporterede UTHer i dataudtrækket figurerer i opgørelsen flere gange. Årsag er at en UTH både kan have andet opdagelsessted og være hændt i en patientovergang, have flere opdagelsessteder eller indgå i flere patientovergange

# Hvordan kan vi forbedre sammenhængen i kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen?



- **Sundhedsloven, § 2:** behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, et gennemsigtigt sundhedsvæsen
- **Afrapportering fra udvalg med 20 anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen:** kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller
- **Risikobaseret tilsyn 2018:** overgange i patientforløb



# Hvordan kan vi forbedre sammenhængen i kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen?



Patient/borgerforløbet bør være omdrejningspunktet for alt, hvad vi gør i sundhedsvæsenet. Planlægning og tilrettelæggelse af patientforløb er derfor en af de vigtigste organisatoriske opgaver

(Basal kvalitetsudvikling, J. Mainz, 2017)





## EFFEKT

- Struktur – proces – resultat : strukturer og processer med klinisk mening, kan skabe en sammenhæng, som indvirker på effekt
- Slut-outcome – resultatindikatorer i primærsektor (intermediære ved udskrivelse)
- Sektorerne er hinandens nødvendighed – det sammenhængende sundhedsvæsen



## **IPLS - Interprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet**

Når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten/borgeren

### **Relationel koordinering**

Relationel koordinering er (med afsæt i din faglige funktion) at kommunikere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning



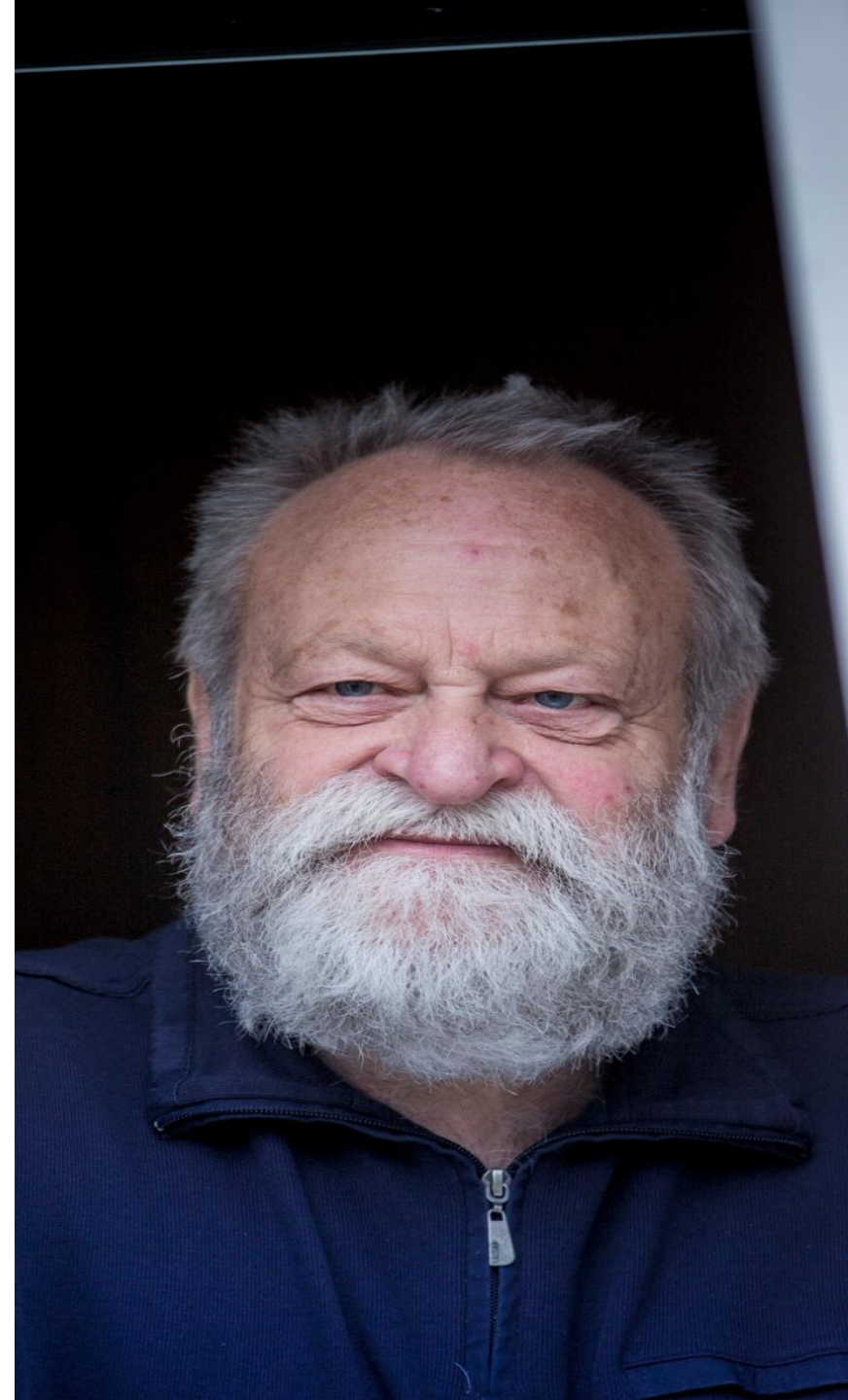
# Case:

## **Analyseform**

Tværasektoriel analyse med deltagelse fra præhospita, kommune og almen praksis. Datter har bidraget via telefonisk interview.

## **Hændelsesbeskrivelse**

Ukendt borger visiteres hjælp til personlig pleje samt sygepleje. Natten før hjælpen opstarter bliver borgere tiltagende dårlig. Datter kontakter praktiserende læge, som opfordrer hende til at tage kontakt til hjemmesygeplejen og vil derudover komme på hjemmebesøg om eftermiddagen. Datter kontakter kommunens visitationslinje, som råder hende til at kontakte 112. 112 fejltolker samtalen og råder datter til at kontakte egen læge. Datter kontakter egen læge. Egen læge kontakter kommunens akutteam, som tilser borgeren. Akutsygeplejerske informerer egen læge om et dårligt, men stabilt blodtryk 100/60, puls 100 og en meget lav iltmætning (SAT 55%). Egen læge bestiller en kørsel B. Efter 25 minutters ventetid ringer akutsygeplejerske til 112 og beder dem skynde sig. Borger indlægges med en kørsel A og afgår senere ved døden.



# MANGLENDE REAKTION PÅ ALVORLIG TILSTAND

DAG 1:



PLAN: SYGEPLEJE } DAG 2  
HJ. HJÆLP }  
SAMMENSAT FORLØB  
OPFORDRING TIL LÆGEKONTAKT ⚡

DAG 2:



KONTAKT SYGEPL. + TILSYN EFTERMIDDAG



RING 112 (= CPR. NR.)

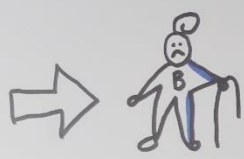


RING TIL LÆGE ⚡

Fejltolkning toiletbesøg?



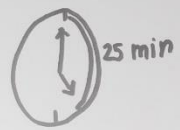
JEG SKAFFER AKUTTEAM



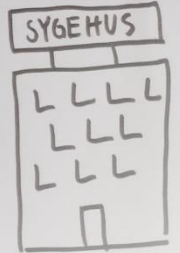
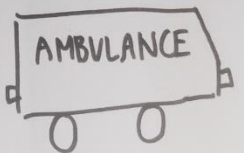
JEG GÅR SPL. ER PÅ VEJ... ⚡



JEG BESTILLER KØRSEL ⚡



DET HASTER - MEDBRING ILT!



# Hvordan behandles en tværsektoriel analyse?

## Afdækning af faktisk forløb

- Hver risikomanager afdækker hændelsesforløb i eget regi og melder skriftligt tilbage vha. af fælles standardiseret skabelon

## Fælles tværsektoriel analyse

- Analyseteam, der består af medarbejdere og ledere fra hver sektor
- Risikomanager faciliterer analyseprocessen for at sikre "spillereglerne", fx at der er fokus på "systemet" i stedet for placering af skyld eller ansvar og fokus på læring og forebyggelse. Analysen er en fortrolig proces, hvor alle kan komme til orde gennem konstruktiv dialog samt et "frirum" til at blive klogere.

Hændelses- kerneårsagsanalyse vedr. (kort overskrift)		
Det faktuelle forløb – godkendt af frontlinjepersonerne den (dato)		
Forhistorie:		
Dato/kl	Hvad skete der?	Kommentarer
Hvordan oplevede den pårørende forløbet?		
Hvad står der beskrevet i journal?		
Aftensygeplejerske		


## Gennemførelse af en hændelsesanalyse

– tjekliste til processen

24.11.2010 2. UDGAVE

### OSTEMODELLEN

Opdelingen er i skademodeller eller skader, der skal forhindres udgåede hændelser. Opdelingen er i skader, som er opdelt i skade (hændelsesårsagen identificerer man hændelsesårsagen) og skade (der kan laves).



**IKADE**

**RISIKO**

**SKADE**

### ANALYSEMODET

#### FORSLAG TIL DAGORDEN

1. Introduktion ved medledere (Styrelsen og spillereger)
2. Valg af referent
3. Status for tidligere handlinger
4. Udvælgelse af hændelser til analyse
5. Analyse af en eller flere hændelser
6. Opnåetighed om konklusion og handlinger

#### SELVE ANALYSEN - FIRE SPØRSMÅL

1. Hvad skete der?
2. Hvordan kunne det ske?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi? (Handlinger)

#### SPILLEHEJLEN FOR MODET

- En åben og ikke-dømmende atmosfære, hvor alle kommer til orde
- Fokus på læring og forebyggelse
- Hensigtsmæssig sparring, herunder ingen pålægning af skyld, fejl eller ansvar
- Enighed om, hvad der må ske med andre udenfor mødet

### HANDLINGSPLÅNER

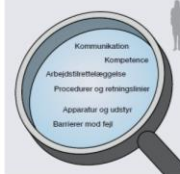
#### EN GOD HANDLINGSPLAN

- Er konkret, realistisk og mulig at realisere indenfor en rimelig tidsramme
- Er adresseret – hvem gør hvad til hvem? (ansvar og tidspunkt)
- Er vurderet i forhold til, om den potentielt kan udløse nye risici

#### TEST AF HANDLINGSPLAN

Vil denne handlingsplan fjerne eller reducere risikoen for, at hændelsen sker igen?

### FRA INDIVID- TIL SYSTEMPERSPEKTIV



### HVOR STÆVK ER HANDLINGSPLÅNER?

#### MEGET STÆVK

- Eksistering af barrierer
- Færre arbejdsplaner
- Enkelt udstyr
- Månedt ledelsesmæssigt fokus
- Gennemgående kulturændring
- Enighed om, hvad der må ske med andre udenfor mødet

#### STÆVK

- Tjekliste
- Sikket design af udstyr og emballage
- Sikker mundtlig kommunikation fx, GISAR
- Færre aflysninger og forstyrrelser
- Elektroniske journalsystemer

#### MINDRE STÆVK

- Avanceret og indskærpede
- Mere undersøgning
- Digt omhu
- Nye retningslinjer

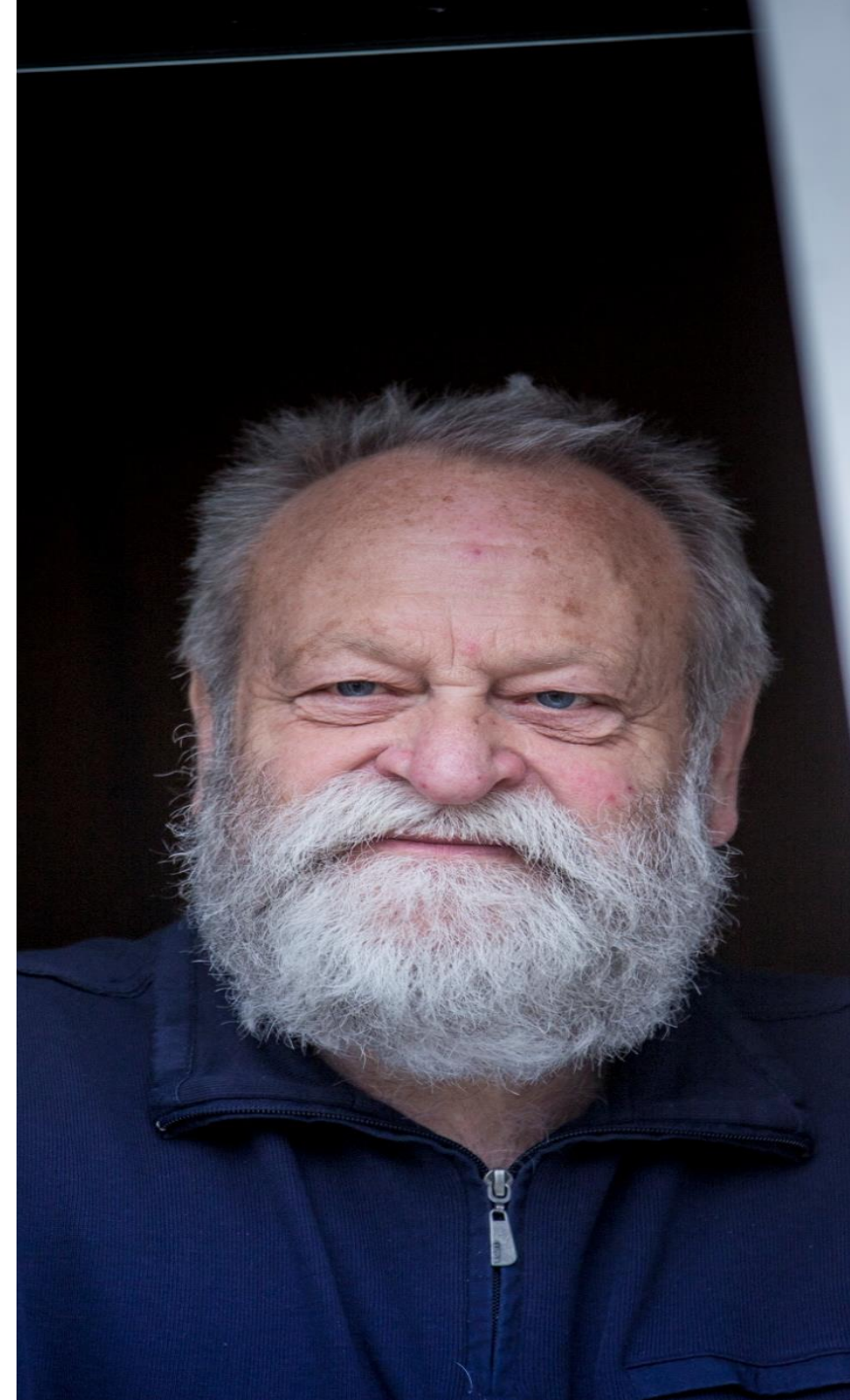
# Case:

## Analyseresultat

Interne og tværsektorielle kommunikationsproblemer  
Procedurer og retningslinjer er ikke blevet fulgt

## Handleplan

- **TOBS og ISBAR**
- Effekt: fælles sprog danner grundlag for at foretage en faglig vurdering, for hermed at opnå hurtigere borger/patientbehandling, hvilket igen kan medvirke til reducerede personaleressourcer til gavn for både medarbejdere og den enkelte borger



# Citater statements fra analysedeltagere



**Hvordan var det som almen praktiserende læge at deltage aktiv i en tværsektoriel kerneårsagsanalyse?:**

*"Det var en fin oplevelse at høre de forskelliges tilgang til patientens sygdom og oplevelse af egen funktion i denne anledning"*

**Hvilken læring har du fået ud af at deltage i den tværsektorielle kerneårsagsanalyse?:**

*"Det har været givende at opleve den risiko der er ved ansvarsfordeling mellem de forskellige sektorer og de forhold man skal være opmærksom på for at undgå at patienten havner mellem 2 stole"*

**Hvordan vil du som praktiserende læge arbejde videre med den udarbejdede handleplan, samt den læring, du har opnået på baggrund af analysen?**

*"Nu har jeg ikke længere min egen praksis ,men arbejder fortsat som vikar. I den forbindelse er der hyppigt brug for vidensdeling. Her synes jeg ,at jeg har mulighed for at bidrage med at belyse de vigtige forhold der er mellem de forskellige sektorer i dagligdagen og specielt i forbindelse med håndtering af syge/alvorligt syge patienter"*

**Kan du forestille dig at have en borger/pårørende med som aktiv deltager i en tværsektoriel analyse?**

*"Det kunne være interessant ,men det beror også på den enkelte pårørende / patient tilgang til dette evt aggressioner mentale overskud mm."*

# Hvorfor er det vigtigt at prioritere tværsektorielle analyser?



## ***Viceområdechef udtaler:***

*”Det giver meget mening, at man som viceområdechef deltager i de tværsektorielle analyser. Dels får man et godt blik for de snitflader, vores opgave løses i, dels får man et billede af den faglighed og kvalitet, som vi kontinuerligt skal arbejde med både lokalt og på tværs. Ved at deltage får vi også mulighed for at få kigget på ”egen butik” med andre øjne og kan derved opdage ting, som vi ikke selv ville have fået øje på”*



# Hvorfor er det vigtigt at prioritere tværsektorielle analyser?



## **Leder i en sundhedsenhed udtaler:**

*”Det var lærerigt at deltage i kerneårsagsanalysen som leder. Jeg savnede mine medarbejdere, som havde været direkte involveret i situationen. Jeg synes, at det var et meget trygt forum at være i, da rammen blev sat fra starten. Rammen, der handler om at skabe læring og ikke om at finde fejl og give skyld. Fordi rammen blev sat fra starten, betød det, at deltagerne var trygge i at åbne op for deres perspektiver på hændelsen. Jeg vil involvere medarbejderne i analysearbejdet og fortælle, hvilken forståelse for borgerforløbet og samarbejdet internt, eksternt og på tværs, analysen har givet mig. Kerneårsagsanalysen har været med til at få et større fokus på UTH-arbejdet og vigtigheden af få dem drøftet, så det kan skabe læring og mindske fejl på sigt”*

# Gruppearbejde



## Sæt fokus på følgende i jeres drøftelser

- Kan vi styrke kvalitetsperspektivet i arbejdet med utilsigtede hændelser? Hvordan?
- Hvordan organiserer vi arbejdet med tværsektoriel læring?
- Hvordan måler vi effekten af det tværsektorielle arbejde? Indikatorer?
- Hvad kan give gennemslagskraft i læringsarbejdet?
- Hvordan kan vi inddrage borgere/pårørende i analysen af utilsigtede hændelser?

# Opsamling





# Højdepunkter fra session

Fælles problemer – fælles nationale løsninger

Vidensdeling mellem klynger

Nationale risikomanagermøder

Feed-back til rapportører for at øge incitament til at indrapportere.

Hvorfor rapportering? Aktindsigt? Fokus på tillid og læring for at sikre indrapportering.

Proaktiv anvendelse af UTH. Inddragelse af patienter og medarbejdere.

Evaluerings skal foregå via indikatorer evt. via spørgsmål til medarbejdere.