



Patientsikkerhedsarbejdet i sektorovergange

Patientsikkerhedsklynge Midt

Bodil Olesen

Risikomanager og kvalitetskonsulent Hospitalsenhed Midt

Rikke Holm

*Risikomanager og kvalitetsfaglig udviklingskonsulent Viborg
Kommune*

Anette Sønderby

*Risikomanager og kvalitetskonsulent for praksisområdet i
Region Midtjylland*

Vi vil komme
omkring...



Organisering af patientsikkerhedsarbejde i
Region Midtjylland



Patientsikkerhedsklynge Midt

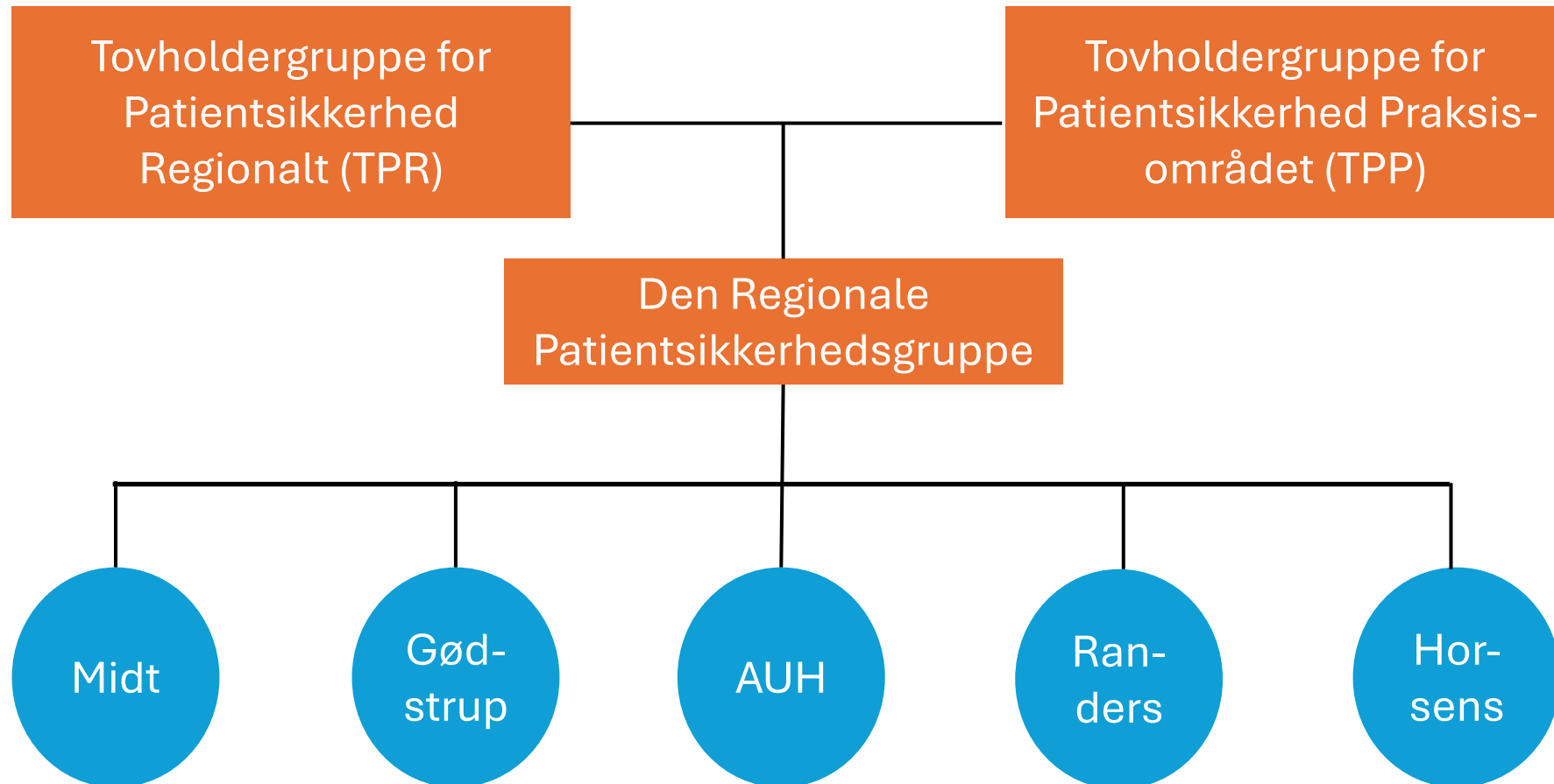


Barrierer for patientsikkerhedsarbejdet



Visioner for patientsikkerhedsarbejdet 2035

Organisering patientsikkerhedsarbejdet



Patientsikkerheds- klyngens medlemmer



1 risikomanager
fra hver kommune:
**Skive, Silkeborg
og Viborg**



1 regional
risikomanager fra
Præhospitalet



1 risikomanager
fra det
**psykiatriske
hospital**

1 risikomanager
fra det **somatiske
hospital**



1 regional
risikomanager fra
Praksisområdet

1 regional
risikomanager fra
Socialområdet



Kommissorium Patientsikkerheds- klynger

Opgaver:

- ✓ Arrangere og afvikle hændelsesanalyser
- ✓ Følger mønstre og tendenser
- ✓ Erfaringsudveksling og videndeling

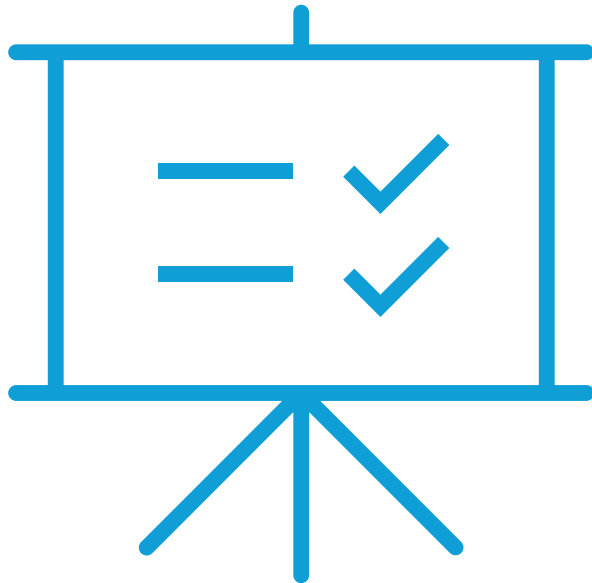


Kommissorium Patientsikkerheds- klynger

Opgaver:

- ✓ Udvikling, planlægning og koordinering af tværgående indsatser
- ✓ Systematisk videndeling og læring på tværs af sektorer
- ✓ Den regionale patientsikkerhedsgruppe
- ✓ Sundhedsklyngen

Patientsikker- hedsklynge Midt



4 gange årligt af 3 timer

Viborg Rådhus og virtuelt

Mødeleder og referent går på skift

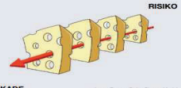
Ledelsesmæssig ophæng:
"Temagruppen for den voksne
somatisk patient"

Tværasektorielle hændelsesanalyser

Hændelsesanalyse

2.10.2023 4.UDGAVE



Hændelsesanalyse	Reasons ostemodell	Spilleregler for mødet	Handlingsplaner
DE SYV TRIN Før analysen Trin 1: Udvælgelse af hændelse Trin 2: Indsamling af information og beskrivelse af forløbet Trin 3: Indkaldelse til mødet Under analysen Trin 4: Rammer og spilleregler for analysen Trin 5: Selve analysen (fire spørgsmål) Efter analysen Trin 6: Implementer ændringer og følg op Trin 7: Del læring og hændelser med andre Fire spørgsmål: 1. Hvad skete der? (Gennemgang af forløb) 2. Hvordan kunne det ske? (Beskrivelse af mulige årsager) 3. Hvad har vi lært? (Muligheder for forbedringer) 4. Hvad ændrer vi? (Handlingsplan)	Modellen viser hvordan uønskede hændelser kan ske. Osteoskiverne er sikkerhedssystemer eller barrierer, der er med til at skabe sikre arbejdsopgaver. Opstår der huller, åbner vejen banen for, at der sker skade. I hændelsesanalysen identificerer man hullerne og beslutter tiltag, der kan lukke dem.  SKADE (Jenssen, Petersen, Steen, Christensen, 2010)	• En åben og ikke-dømmende atmosfære, hvor alle kommer til orde • Fokus på læring og forebyggelse • Respektfuldt sprogbrug, herunder ingen påregning af skyld, fejl eller ansvar • Enighed om, hvad der må deles med andre udenfor teamet	• Er konkret, realistisk og mulig at realisere indenfor en rimelig tidsramme • Er adresseret – hvem gør hvad til hvornår? (ansvar og tidspunkt) • Er vurderet i forhold til, om den kan udløse nye risici Det anbefales at implementering af handlingsplaner bliver integreret i organisationens dataindsamlingsarbejde, f.eks. ved brug af forbedringsmodellen.
	Klassifikation af alvorlighed INGEN/UKENDT KONSEKVENS: Som ikke medførte til konsekvenser for patienten, som blev afværget eller hvor det på rapporteringstidspunktet er ukendt, om hændelsen får konsekvenser LETTERE/MODERAT KONSEKVENS: Kontakt til praktiserende læge, lettere behandling eller pleje, observation, prøver/undersøgelser eller kortvarig fysisk eller social støtte til patienten ALVORLIG KONSEKVENS: Permanent, betydelig eller tab af funktionsevne og/eller livskvalitet BETYDELIG KONSEKVENS: Medførte eller bidrog til patientens død	Hvor stærk er handlingsplanen? MEGET STÆRK Tydelig og handlingsplan Etablering af barrierer Færre arbejdsstrin Erunderet udstyr Gennemgribende kulturændring Nedsat afhængighed af hukommelse STÆRK Tydelig Sikkert design af udstyr og emballage Sikker mundtlig kommunikation Færre forstyrrelser og afbrydelser Bedre IT systemer MINDRE STÆRK Advarsler og indskærper Mere undervisning Øget omhu Nye retningslinjer Tilpasset efter VA Center for Patient Safety, USA	PS! Tilpasset efter Significant Event Analysis - NHS Education for Scotland

Udskrivning til rehabiliteringscenter og brug af 72 timers udvidet behandlingsansvar

Genindlæggelse x 2 fra plejecenter

Cave medicin – vagtlæge og kommune samarbejde

Optimering af arbejdsgang ved dosispakket medicin

Dødsfald på bosted – fokus på vidensdeling

Vidensdeling og sparring

Sparring:

- Overgange indlæggelser og udskrivelser
- Lære mest mulig af samlerapportering
- Visning af UTH data i BI portal
- Forebyggelse af medicinsvind
- Brug af "Min medicin med"
- Spredningsstrategier
- Ønsker til nyt DPSD (Dansk Patientsikkerhedsdatabase)



Vidensdeling og sparring

Vidensdeling:

- Hvad rører sig hos hinanden
- PatientsikkerhedsNyt – nyhedsbrev til almen praksis
- Info om aftaler for udbringning af medicin fra vagtapotek ved akut opstået sygdom
- Info om ligsyn – ny aftale ift. Natberedskabet
- Formidling om dødsfald til pårørende
- Rekvirering af kørsel A / ringe 112
- Instruks ved selvmordstruede borgere



Eksempler på fælles indsatser

Høringssvar til fortsat UTH system

Prøvehandling med deling af data/ rapporter fra DPSD

Opsætning i DPSD – initialmodtager og SOR

Medicinoptimering i sektorovergange

Udkast Pixi – indlæggelser og udskrivelser

Sparring på udkast Pixi – indlæggelser og udskrivelser

Bodil Olesen
ens pixi-udgave af Samarbejdsaftalen om De
indlæggelse og Udskrivelse

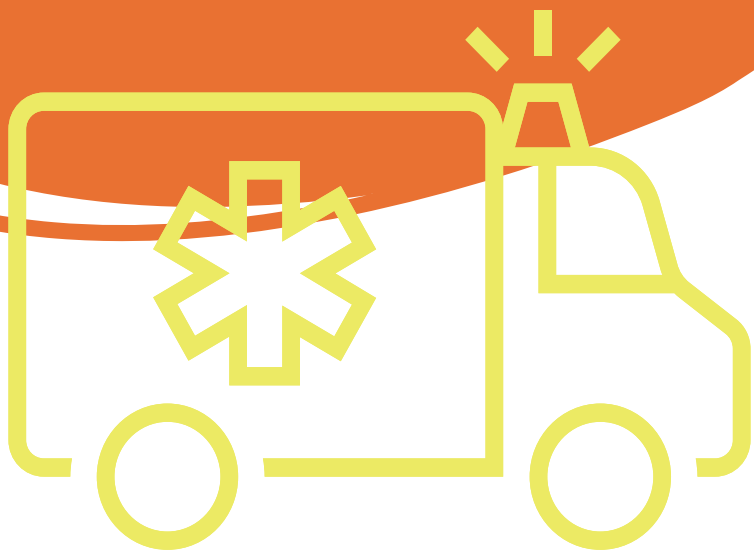
risikomanager og kvalitetskonsulent, Hospitalsenhed Midt

Rekvirering af kørsel A / 112

Undren fra Præhospital

Hurtigste hjælp

Formidling og samarbejde i
kommunerne



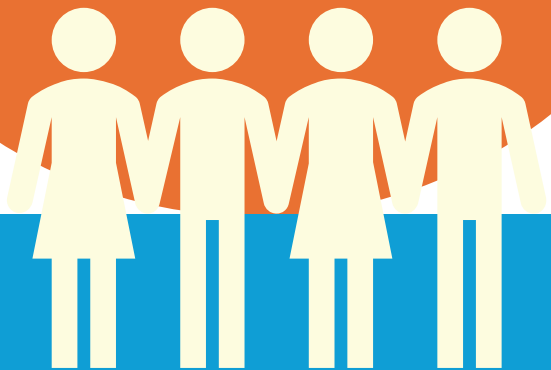
Vidensdeling og sparring

Netværk og
samarbejdspartnere

→ Godt netværk



Barrierer for det tværsektorielle samarbejde



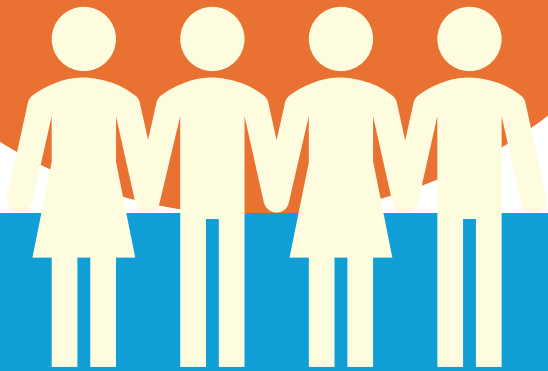
Organisering:

- Prioritering af netværk og ledelsesopbakning

Nuværende DPSD rapporteringssystem:

- Forældet og ikke intuitiv
- Terminologi fx hovedgrupper lavet til hospital
- Begrænsning i søgning / finde mønstre
- Deling af data/ rapporter på tværs
- Svært at få data over i fx. BI portal for overblik / formidling til klinikere

Barrierer for det tværsektorielle samarbejde



Lovgivning:

- Deling af data over sektorgrænser
- Deltagelse i tværsektorielle hændelsesanalyser

Håb:

- Ændringsforslag til lovgivningen sendt
- Udvikling af nyt og bedre DPSD rapporteringssystem



Fremtidige muligheder og visioner 2035

Organisering og formelle rammer:

- Netværk
- Ledelsesopbakning

Fælles terminologi

Nem adgang til overskuelige rapporter

Lækker og intuitiv database, som er nem at rapportere i

Godt samarbejde med SundK om national læring:

- Formidling
- Indsatser



Tak for opmærksomheden

Kontaktoplysninger:

Bodil Olesen: Risikomanager og kvalitetskonsulent
Hospitalsenhed Midt.

Mail: bodil.Olesen@midt.rm.dk

Rikke Holm: Risikomanager og kvalitetsfaglig
udviklingskonsulent Viborg Kommune.

Mail: ris@viborg.dk

Anette Sønderby: Risikomanager og
kvalitetskonsulent for praksisområdet i Region
Midtjylland.

Mail: anetsn@rm.dk