



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Patientsikkerhedsrapporten

Bidrag fra sundhedsvæsenet 2018

August 2019

Kolofon

Titel på udgivelsen: Patientsikkerhedsrapporten – Bidrag fra sundhedsvæsenet 2018

Udgivet af:
Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon: 72 28 66 00
E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2019

Version: Nr. 1.0.
Versionsdato: August 2019

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

Indhold

1	Forord	5
2	Fokusområde: Risikosituationslægemidler	6
2.1.1	Regionale projekter	6
2.1.2	Kommunale projekter	14
2.1.3	Private projekter	43
3	Fokusområde: Patientovergange	44
3.1.1	Regionale projekter	44
3.1.2	Kommunale projekter	62
3.1.3	Private projekter	134
4	Fokusområde: Korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser	135
4.1.1	Regionale projekter	135
4.1.2	Kommunale projekter	144
4.1.3	Private projekter	159
5	Øvrige indsatsområder	162
5.1	Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	162
5.1.1	Regionale projekter	162
5.1.2	Kommunale projekter	166
5.1.3	Private projekter	167
5.2	Behandling og pleje	168
5.2.1	Regionale projekter	168
5.2.2	Kommunale projekter	172
5.3	Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	191
5.3.1	Regionale projekter	191
5.4	Infektioner	193
5.4.1	Kommunale projekter	193
5.5	Overlevering af information, ansvar og dokumentation	200
5.5.1	Regionale projekter	200
5.5.2	Kommunale projekter	206
5.5.3	Private projekter	212
5.6	Medicinering, herunder væsker	214
5.6.1	Regionale projekter	214
5.6.2	Kommunale projekter	218
5.6.3	Private projekter	233

5.7	Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader	234
5.7.1	Regionale projekter	234
5.7.2	Kommunale projekter	236
5.8	Selvskade og selvmord	241
5.8.1	Regionale projekter	241
5.9	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	242
5.9.1	Regionale projekter	242
5.9.2	Kommunale projekter	243
5.9.3	Private projekter	244
5.10	Præhospital behandling	245
5.10.1	Regionale projekter	245
5.11	Anden utilsigtet hændelse	246
5.11.1	Regionale projekter	246
5.11.2	Kommunale projekter	255

1 Forord

Der foregår vældig mange lærings- og forbedringsprojekter i det danske sundhedsvæsen. Det kan være svært at danne sig et overblik. Med Patientsikkerhedsrapporten ønsker Styrelsen for Patientsikkerhed at forsyne sundhedsvæsenet med et redskab til at danne sig det overblik.

Styrelsen beder hvert år de danske kommuner og regioner om at beskrive de lærings- og forbedringsinitiativer, som man har iværksat i det forgangne år – og hvert år bliver vi overraskede over, hvor megen værdifuld information, vi får tilbage. Vi har dog en ambition om, at den viden, vi indsamler, ikke bare skal samle støv på hylden i en tyk rapport, men ud at gøre gavn, hvor patienterne modtager behandling og pleje. Derfor har vi igen i år forsøgt at strukturere rapporten, så den er overskuelig og søgbar. Vi har bedt bidragsyderne om særligt uddybende beskrivelser af deres aktiviteter i forhold til to af de dokumenteret største patientsikkerhedsmæssige risikoområder i det danske sundhedsvæsen pt.: risikosituationslægemidler og patientovergange.

Her vil alle kunne finde inspiration fra andre til egne lærings- og forbedringsprojekter. En af de ting, man med fordel kan benytte sig af, er muligheden for at kontakte en person, der har viden om indsatsen, så man bedre kan vurdere, om den passer til den kontekst, man selv er en del af. Det er ikke sikkert, at det, der fungerer i Aalborg, vil fungere i Slagelse – eller omvendt. Der er masser af viden rundt om en specifik indsats, fx hvordan hverdagen former sig, hvor indsatsen har skabt resultater, hvilke medarbejderressourcer, der har været involveret, og i hvilket omfang man har trukket på patienternes viden. Vi kan kun opfordre til, at sundhedspersoner, der arbejder med lærings- og forbedringsindsatser, kontakter hinanden og deler viden. Selv om det ikke altid fører til, at en konkret model overtages og implementeres, kan videndelingen altid bidrage til, at man er kommet et skridt nærmere et design af en læringsindsats, som passer til lige netop den situation, man ønsker at forbedre.

Et tredje fokusområde, der er blevet bedt om beskrivelser af, er hvordan man arbejder med UTH'er i kommuner og regioner. Godt femten år efter rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser trådte i kraft, mærker vi i Styrelsen for Patientsikkerhed, at der kan være behov for lejlighedsvis genopfriskninger af, hvordan systemet skal bruges, og hvad det ikke kan anvendes til. Derfor, og fordi vi forbereder en modernisering af rapporteringsordningen i det danske sundhedsvæsen, har vi valgt at sætte fokus på området i Patientsikkerhedsrapporten 2018.

Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser er omdrejningspunktet for læringsaktiviteter i det danske sundhedsvæsen. Derfor har sorteringsprincippet for bidragene i år været DPSD-klassifikationen, som er den klassifikation, man benytter, når man rapporterer hændelser. Det er ikke alle projekter, der umiddelbart kan passes ind under den ene eller anden kategori, men det er det bedste bud på en homogen sorteringsmekanisme på nationalt niveau. Den erfaring, vi nu får ved at samle bidrag ind ud fra DPSD-klassifikationen, kan også anvendes, når klassifikationen inden for de kommende år skal moderniseres, så rapporteringsordningen kan bidrage endnu bedre til at skaffe os viden om, hvilke typer af forebyggelige fejl vi sammen skal fokusere på i vores arbejde for at øge patientsikkerheden i Danmark.

Direktør Anne-Marie Vangsted, Styrelsen for Patientsikkerhed

2 Fokusområde: Risikosituationslægemidler

2.1.1 Regionale projekter

Regionshospitalet Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Personalets bekymring om mulige medicineringsfejl på et afsnit, deres rapporterede utilsigtede hændelser, og enkelte dybdegående analyser blev baggrunden for at give korrekt medicinering fokus. Da der samtidigt var initieret en national indsats mellem partnere i sundhedsvæsenet "medicin uden skade" baseret på den internationale WHO-kampagne "Medication without harm" var det oplagt at hospitalet kunne bidrage med en fokuseret indsats for forebyggelse af medicineringsfejl, først og fremmest med risikosituations-lægemidler, men også mere generelt.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Projektet er et lokalt forankret forbedringsprojekt, som understøttes af den lokale forbedringskonsulent/risk manager i hospitalsledelsens stab. Der udarbejdes Plan-Do-Study-Act for de enkelte trin i projektet:

- 1) indsamling af data til synliggørelse af omfanget af medicineringsfejl, herunder afprøvning af indsamlingsmetoder
- 2) vidensspredning i afsnit omkring data, dvs. omfang og kategorier af medicineringsfejl
- 3) udvælgelse/prioritering af primære indsatser ved workshop / personalemøde / morgenkonference
- 4) monofaglige og tværfaglige tovholdere/arbejdsgrupper definerer forbedringsindsatser og mål i egne PDSA'er
- 5) opfølgning på arbejdsgruppens indsatser og resultater
- 6) fastholdelse og monitorering (bl.a. med gentaget dataindsamling).

Det overordnede mål er at sikre korrekt medicinering (ordination, dosering, administration), korrekt dokumentation af medicinering, og korrekt overlevering af medicinoplysninger (internt og eksternt) for indlagte patienter på afsnittet i løbet af 2019. Risikolægemidler har 1. prioritet. Som et led i den fokuserede indsats planlægges derfor også brug af/implementering af STPS' læringsmateriale og vejledning om risikosituationslægemidler.

Projektet er påbegyndt i efteråret 2018 af sygeplejerske med særlig kliniks funktion. I oktober/november 2018 udarbejdedes projektbeskrivelse, afprøvning af dataindsamlingsmetoder, hypotese-beskrivelse, gennemgang af UTH, med mere. Data er indsamlet over en 5 ugers periode i november/december 2018 med få PDSA'er omkring dataindsamlingsmetode. Krav til dataindsamling: nemt, let tilgængeligt, patientsikkert. Alle medicineringsfejl i perioden blev registreret. På grund af afsnittets flytning i januar 2019, er data gennemgået i februar 2019. Medicineringshændelser er kategoriseret i lægefaglige og sygeplejefaglige kategorier samt efter DPSD klassifikation og alvorlighed. I slutning af februar 2019 igangsættes vores PDSA'er ift. gennemgang og præsentation af resultater til personalet og over foråret forventes små forbedringstiltag iværksat.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er pågående, ændringer ikke igangsat. Personalet skal involveres i løsninger og selv initiere forbedringsforslag, som igangsættes og monitoreres.

Kontaktperson

Vivi Pedersen
vip@rn.dk
97640024

Psykiatrien, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Medicinmonitorering i Psykiatrien i Region Nordjylland. Baggrunden for og sigtet med initiativet var dobbelt. For det første affødte en konkret forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen om medicineringspraksis en tids- og ressourcekrævende manuel gennemgang af medicinordinationerne til samtlige patienter i en given periode. For det andet har Psykiatrien gennem længere tid arbejdet på at udvikle og formidle relevant ledelsesinformation for klinikkens ledere. Også på medicineringsområdet var der ønsker om bedre overblik over medicineringspraksis via aggregerede oversigter over medicinordinationer som supplement til de forbrugsoversigter, som blev modtaget fra RADS.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

I et samarbejde mellem psykiatrilæden, Psykiatriens medicinansvarlige overlæger og Region Nordjyllands Business Intelligence (BI) Enhed blev videns- og monitoreringsbehovet på medicineringsområdet beskrevet og oversat til et antal algoritmer som grundlag for konkret databehandling og -fremstilling. Medicinmonitoreringsløsningen resulterede således i følgende konkrete overvågninger:

1. Andel indlagte patienter i behandling med antipsykotika, hvor daglig dosis overskrider Sundhedsstyrelsens rekommandationer.
2. Andel indlagte patienter som er i samtidig behandling med flere antipsykotika (Indikatoren belyser polyfarmaci).
3. Andel indlagte patienter, som er i samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner. (Indikatoren belyser potentielt farlige kombinationer).

Resultater på de tre indikatorer tilgås via Region Nordjyllands BI-platform, hvor opgørelserne fremstilles på den ønskede organisatoriske niveau og med den ønskede periodisering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er ikke foretaget en undersøgelse af effekterne af implementeringen af medicinmonitorering i Psykiatrien, men de positive konsekvenser er umiddelbart, at Psykiatriens lægelige ledere har adgang til aggregerede opgørelser over medicineringspraksis på en række centrale parametre som supplement til oplysningerne over ordinationer på patientniveau. De aggregerede opgørelser i medicinmonitoreringssystemet giver således mulighed for at handle på uventede og uønskede mønstre, tendenser og udviklinger. Og endelig – men sekundært – er det en positiv konsekvens, at Psykiatrien fremover hurtigt og ressourceeffektivt kan levere svar til sundhedsmyndighederne vedr. medicineringspraksis, såfremt der bliver behov for det.

Kontaktperson

Søren Reimann
sr@rn.dk
40713606

Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I Region Midtjyllands BI-portal er der udarbejdet en rapport for risikomedicin. Rapporten giver et overblik over patienter der er indlagt kl. 16 dagen før, og det markeres, fx hvis en patient får morfin uden laksantia. Denne rapport anvendes på Regionshospitalet Randers.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Rapporten bliver anvendt ved medicinrunder på Regionshospitalet Randers, hvor den lægefaglige direktør besøger forskellige afsnit, og her spørger ind til blandt andet håndtering af risikomedicin. Rapporten drøftes ligeledes i den lokale lægemiddelkomite, med henblik på udbredelse i afdelingerne.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det vurderes, at rapporten giver et hurtigt overblik, så den enkelte afdeling kan identificere de patienter, hvor man skal være særligt opmærksom på medicinen. Dermed kan redskabet bruges til forbedring af patientsikkerheden.

Kontaktperson

Anette Østergaard Frostholt
antoet@rm.dk
78420084

Tværgående, Hospitalsenhed Midt, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

UTH viser, at der er udfordringer vedrørende medicinering på tværs af sektorer og særligt vedrørende antikoagulantia-behandling. Midtklyngens risikomanagere følger de tværgående UTH'ere med henblik på fælles læring, videndeling og initiering af indsatser, der kan styrke patientsikkerheden på medicineringsområdet. TSN-koordinationsgruppen i Region Midtjylland har i 2018 på baggrund af tværgående UTH samt interviews med klinikere besluttet, at de fem klynger i Region Midtjylland skal lave forbedringsprojekter om antikoagulantia-behandling i sektorovergange. Projekterne opstarter ultimo 2018/primo 2019.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

De enkelte klynger har undersøgt, hvad de vigtigste problemer er, og har eventuelt givet konkrete løsningsforslag indenfor tre problemområder: 1) AK-behandling 2) Ordination i mængdeangivelse 3) FMK ajourføring.

Hver klynge har efterfølgende valgt et fokusområde i forbindelse med AK-behandlingen, som klyngen vil arbejde målrettet med som projekt. Projekterne skal munde ud i konkrete forslag til indsatser, der kan minimere tværsektorielle brister i patientsikkerheden relateret til AK-behandling. I projekterne er der fokus på den kvalitative del og ikke på systemiske funktionaliteter. Hvis der bliver fundet systemfejl eller uhensigtsmæssigheder bliver de rapporteret til Medcom og FMK.

Midtklyngen som eksempel: Midtklyngens forbedringsprojekt om antikoagulantia-behandling på tværs igangsættes primo 2019 og drives af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Hjertesygdomme på Hospitalsenhed Midt, Skive Kommune, Hospitalsapoteket, praksiskonsulenter og klyngens risikomanagere. Forbedringsmodellen anvendes som metode for projektet, og arbejdsgruppen beslutter:

- projektets problemområde, herunder hvilke antikoagulationspræparater, der giver særlige udfordringer, og som er vanskelige at håndtere på tværs af sektorer. Valg af fokusområde baseres på data fra UTH'er samt en faglig vurdering fra arbejdsgruppen.
- hvad man ønsker at opnå med projektet (målsætning)
- monitoreringsmetoder (UTH'er samt fx observationer/ interviews i sektorerne).

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet igangsættes primo 2019, så der er endnu ikke målbare effekter af projektet.

Kontaktperson

Bodil Olesen
Bodil.olesen@midt.rm.dk
78441319

Hospitalsapoteket, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Gennemgang af standardsortiment på tværs af Region Midtjylland. Formålet er at optimere kvaliteten af sammensætning af standardsortimenter i Region Midtjylland, med en følgende reduktion i forbruget af ikke-rekommanderede lægemidler. Den bærende tanke er, at et mere snævert sortiment øger sikkerheden i medicineringen bl.a. med øget kendskab til bivirkninger og interaktioner, udseende af medicinpakninger, navne etc.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Den Regionale Lægemiddelkomité (RLK) i Region Midtjylland er ansvarlig for en fælles rekommandationsliste, der gælder for alle regionens hospitaler. Lægemidler på rekommandationslisten er udpeget af RLK's rekommandationsgrupper under hensyntagen til dokumenteret effekt, patientsikkerhed og økonomi, og listen er sammensat, så den indeholder lægemidler til standardbehandling indenfor de fleste specialer. Hospitalsapotekets specialistfarmaceuter gennemgår standardsortiment på tværs af regionen i forhold til snævert sortiment, hospitalsapotekets lager og rekommandationslistens indhold. Hospitalsapotekets medarbejdere deltager i opdatering af standardsortimenter.

Formålet er at sikre, at alle standardsortimenter svarer til det enkelte afsnits behov og ønsker under hensyntagen til lovgivning, gældende rekommandationer og handelsaftaler. Under gennemgang af standardsortiment på tværs af regionen gennemgås alle lægemiddelgrupper af de farmaceuter, der er specialister på de forskellige områder. Disse gennemgange inkluderer alle risikosituationslægemidler. Rationalet er, at specialistfarmaceuter sætter sig ind i det faglige område og "klæder" øvrige afdelingsfarmaceuter på til diskussioner om u hensigtsmæssige

præparater i standardsortimenterne. Specialistfarmaceuterne bliver ligeledes klædt bedre på vedrørende forbrug og standardsortiment og kan derigennem bidrage aktivt med problemstillinger til rekommandationsgruppe. Specialistfarmaceuten inddrages i eventuelle patientsikkerhedsmæssige udfordringer indenfor egen lægemiddelgruppe.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er implementeret på hospitalsapoteket som en del af daglig drift.

Kontaktperson

Linda Jeffrey
linjef@auh.rm.dk
24878134

Nykøbing F. Sygehuse, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Indsatsen er implementeret i daglig drift og ikke iværksat som et projekt. Det sker på baggrund af orientering om sikre arbejdsgange omkring methotrexat, som Styrelsen for Patientsikkerhed sendte ud til kommuner og regioner i juni 2018. På den baggrund har Sundhedsstrategisk Planlægning sikret, at alle virksomhedsområderne har modtaget denne information og hertil udsendt lister til sygehusene vedr. uklare ordinationer.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der har især været fokus på ordinationer med methotrexat. Det er en indsats, som er iværksat på baggrund af orientering i juni 2018 om sikre arbejdsgange omkring methotrexat fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

I Region Sjælland udmønter det sig bl.a. i lister over uklare ordinationer, som bliver sendt ud til virksomhedsområderne hver 14. dag. Det er med til at sikre korrekte ordinationer. Der har ligeledes været udsendt patientlister omkring fejl i SP, som er vurderet med risiko for patientskade. Patienternes ordinationer er gennemgået i de enkelte afdelinger, tilrettet og der er efterfølgende sket en tilbagemelding til Region Sjælland. Patienter i særlig risiko er kontaktet. Der er i ingen af tilfældene konstateret patientskade.

Formålet er at sikre entydige ordinationer, så risikoen for fejlmedicinering mindskes. På Nykøbing F. Sygehus er det få læger, der behandler patienter med methotrexat, og sygehuset har ingen UTH'er på patienter med fejlmedicinering tidligere – og heller ikke efter iværksat indsats. Der har endvidere på Nykøbing F. sygehus været fokus på at revidere og implementere retningslinjer vedrørende GI /GIK drop. Et øget fokus og undervisning gennem bl.a. simulationstræning skal skabe sikre arbejdsgange.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsats omkring methotrexat har medført et fokus på ikke korrekte ordinationer. På Nykøbing F. Sygehus er det som regel i forbindelse med indlæggelse eller ambulant besøg, at ordinationerne skal rettes, da selve ordinationen sker ved speciallæge i reumatologi.

Kontaktperson

Tine Renner
tajn@regionsjaelland.dk
29176690

Psykiatrien, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

For at øge kvaliteten af medicineringen og dermed højne patientsikkerheden er der i Psykiatrien indført udvidet medicingennemgang for indlagte patienter. Formålet er at:

- forebygge medicineringsfejl og uhensigtsmæssig lægemiddelbehandling.
- sikre, at patienterne bliver direkte inddraget i deres medicinske behandling.
- sikre en systematisk samlet stillingtagen til hele den medicinske behandling.
- sikre, at FMK anvendes korrekt.
- reducere omfanget af polyfarmaci, herunder polyfarmaci med antipsykotika.
- reducere omfanget af uhensigtsmæssig brug af benzodiazepiner. Psykiatrien har fokus på følgende lægemidler (ikke en del af ovennævnte liste i pkt. 8): Litium, clozapin, tricykliske antidepressiva, metadon og valproat.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der tilbydes en farmaceutisk medicingennemgang på udvalgte patienter efter nedenstående kriterier:

- 5 eller flere ordinerede lægemidler
- 2 eller flere antipsykotika (inkl. PN)
- 2 eller flere antidepressiva
- Samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner (uden seponeringsdato)

- Er i behandling med TCA, Lithium, Valproat, Clozapin eller Metadon
- Andet skønnet indiceret – begrund. Psykiatriens overlæge i klinisk farmakologi vejleder og underviser læger og plejepersonale, samt deltager flere steder i stuegang på specifikke patienter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen med medicingennemgang er endnu ikke afsluttet. For at undersøge om en farmakologs vejledning har betydning for lægernes ordinationsmønster, vil der blive udarbejdet en forskningsprotokol for området primo 2019. Inden farmaceuterne begyndte på medicingennemgangene til OPUS patienterne, var de ude at præsentere sig selv og den farmaceutiske ydelse for behandlerne. Farmaceuterne oplevede generelt at blive taget godt imod, og at der var stor interesse for den medicinske behandling. Farmaceuterne oplevede mødet som vigtigt for det efterfølgende samarbejde og klinikernes anvendelse af de farmaceutiske medicingennemgange. De farmaceutiske medicingennemgange har haft fokus på, om den psykofarmakologiske behandling efterlever RADS behandlingsvejledninger og de regionale instrukser. Det er forskelligt fra afdeling til afdeling hvilke indsatsområder, der er mest relevante at arbejde videre med, men der peges på følgende områder i 2019:

- Antipsykotisk polyfarmaci
- Dokumentation af behov for behandling med antipsykotisk polyfarmaci
- Valg af antipsykotisk behandling jf. RADS behandlingsvejledning for Psykotiske tilstande.
- Lovmæssige krav om monitorering af bivirkninger ved behandling med antipsykotika
- Korrekte arbejdsgange i FMK – ajourføring og effektivering.

Kontaktperson

Anne Næsted
annae@regionsjaelland.dk
58536043

2.1.2 Kommunale projekter

Hjemmesygeplejen, Brønderslev Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Baggrunden var UTH med risikosituationslægemiddel og et ønske om at forebygge lignende UTH'er fremadrettet.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er ikke gennemført et projekt, men til gengæld gjort forskellige tiltag:

- Gennemgang af sundhedsfaglige instrukser i medicinbehandling på personalemøder.
- Gentagen information om risikosituationslægemidler på personalemøder.
- Hele 2018 er der arbejdet intensivt med at skabe gennemsigtighed og fælles forståelse for sygeplejeindsatsen "medicindispensering", herunder nedsættelse af arbejdsgruppe med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, til at opdatere retningslinjer for medicindispensering, for at sikre ensretning i den praktiske udførelse af doseringen, med efterfølgende implementering i egen organisation. Dette for at øge patientsikkerhed og minimere fejl dosering, samt sikre at det er den korrekte medicin, der udleveres efterfølgende. Eksempler herpå er, at doseringsmapperne er nummererede, og at der altid tages fra nr. 1 doseringsmappe, derefter nr. 2 og så fremdeles ved udlevering. Der benyttes altid store doseringsæsker, da det giver et bedre overblik, når medicinen tælles efter.
- Der har været og er massivt fokus på at fastholde borger til selv at kunne administrere og evt. dispensere sin medicin. Dette for at borger fortsat kender - og har viden om sin medicin. Borger kender årsagen til, at medicinen er ordineret, hvilke virkninger og evt. bivirkninger det har. Derved kan borger bedre reagere og være i direkte dialog med sin læge og sygeplejerske.
- UTH'er analyseres og drøftes på personalemøder for at opnå læring og forebyggelse.
- I et konkret tilfælde er der afholdt møde med Regionshospital Nordjylland for at afklare hinandens arbejdsgange, herunder IT-system.
- Vi har forespørgsel hos leverandør af IT-system om mulighed for særlig markering af risikomedicin.

Hvilke ændringer har projektet medført?

- Egenkontrol af dispenseringer x 2 årligt pr. sygeplejerske. Egenkontrol er i samråd med personalet besluttet således, at man ikke kontrollerer sig selv, men kontrolleres af en kollega ud fra et konkret skema. Lederne har ansvar for at kontrollerne gennemføres.

- Nye borgere, der ønsker hjælp til medicindosering, vurderes nøje og støttes i at bevare sine funktioner for at bevare viden om og kunne håndtere egen medicin.
- Generel italesættelse og særlig opmærksomhed på risikosituationslægemidler.
- Der afholdes kvartalsvise møder med apotek for at indarbejde hensigtsmæssige arbejdsgange og med henblik på at undgå kommunikationsbrister og fejl ved administrative processer.

Kontaktperson

Susanne Erlandsen
Brønderslev Kommune
susanne.erlandsen@99454545.dk
99454977

Hjemmeplejen, Morsø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Baggrund for ændring af arbejdsgange var information fra Styrelsen for Patientsikkerhed om feildosering af antikoagulantia og lavdosis Methotrexat. Kommunen har stor opmærksomhed på medicin håndtering. Det betyder blandt andet, at de borgere, der får medicin og kan dosisdispenseres, doseres fra apotek. Denne arbejdsgang er der opbakning til ved praksislæger, og ud over at borgerne får en mere sikker medicinindtagelse, betyder det også bedre arbejdsmiljø for personale. Efter meddelelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed om UTH'er i forbindelse med dosering af antikoagulantia og lavdosis Methotrexat, drøftes problematikken på ledermøder, og det undersøges, hvad der lokalt er af UTH'er inden for de konkrete områder. Ud fra de foreliggende oplysninger udfærdiges handleplan fremrettet for at forebygge UTH'er. Det er aftalt, at fremrettet doseres antikoagulantia og lavdosis Methotrexat, udelukkende af sygeplejersker.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Se ovenstående.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Tidligere var der ikke registreret UTH'er, men oplysninger om, at der er forekommet UTH'er andre steder, giver anledning til forebyggende tiltag.

Kontaktperson

Ellen Margrethe Dybdal
Ældre, Morsø Kommune
emd@morsoe.dk
99706354

Kommunen overordnet, Hjørring Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

På baggrund af rapporterede hændelser er der i 2016 og 2017 arbejdet målrettet med dele af risikosituationslægemidlerne på plejehjem, hjemmesygepleje og hjemmepleje.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

De opnåede resultater og den opnåede viden er tænkt ind som en del af et kvalitetssikringsprojekt, hvor formålet er at sikre den rette pleje og behandling med de rette kompetencer. Målet er, at personalet arbejder med udgangspunkt i en handlingsalgoritme.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke afsluttet. Der er ikke nogen konkrete målbare resultater at beskrive.

Kontaktperson

Birgitte Schøn
Hjørring Kommune
birgitte.schoen@hjoerring.dk
72335053

Hjemmesygeplejen, Favrskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Øget fokus som følge af Styrelsen for Patientsikkerheds og Danmarks Apotekerforenings kampagne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der har i uge 49 været gennemført en informationskampagne om Methotrexat på baggrund af Styrelsen for Patientsikkerheds og Danmarks Apotekerforenings kampagne. Kampagnen er

blevet formidlet gennem plakater, opslag og informationsmails til alle relevante medarbejdergrupper med henblik på drøftelser i de respektive personalegrupper. Der er indledt en revision af områdets beskrivelser vedrørende overdragelse af kompetence og opgaver. I den forbindelse er der blevet arbejdet med rammerne for håndtering af risikosituationslægemidler.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget bevågenhed i forhold til arbejdet med risikosituationslægemidler.

Kontaktperson

Louise Hartvig Lyng Nielsen
Elmevej 37, 8450 Hammel
louh@favrskov.dk
24919760

Bosteder, handicap- og psykiatrienheder, Favrskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Øget fokus som følge af Styrelsen for Patientsikkerheds – og Apotekerforeningens kampagne

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Arbejdet med risikosituationslægemidlerne er blevet inddraget som en del af undervisningen af medicinansvarlige, ligesom man har lagt en instruks herom i MyMedCard.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget bevågenhed ift. arbejdet med risikosituationslægemidler.

Kontaktperson

Helene Gildebro
Eriksminde 25, 8450 Hammel
hegi@favrskov.dk
30359726

Tværgående, Hedensted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

For at kunne leve op til patientsikkerheden omkring håndtering af risikolægemidler, jævnfør skrivelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

I det kommunale delegeringskatalog for sundhedsfaglige ydelser, herunder medicin håndtering, er det beskrevet, hvem der må håndtere hvilke lægemidler, ansvarsfordelingen er præciseret. Der er indsat tydelige farvemarkeringer i kataloget under risikomedicinen. Således må assistenten ikke fremover dispensere risikomedicin. Kataloget er et meget brugt og vigtigt redskab i den daglige delegeringspraksis, ændringen er italesat i de relevante fora i kommunen, og der er et stort ledelsesmæssigt fokus og åben dialog om ansvar for korrekt håndtering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har afstedkommet mange spørgsmål, som der arbejdes videre med i revideringen af hele indsats- og delegeringskataloget. Der er kommet øget fokus på håndteringen af delegering, videredelegering og opgaveoverdragelse af sundhedslovsopgaver, som bearbejdes tværfagligt.

Kontaktperson

Gunnel Pedersen
Social Omsorg, Hedensted Kommune
Gunnel.Pedersen@Hedensted.dk
30361402

Hjemmesygeplejen, Herning Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Tiltaget har fundet sted i hjemmesygeplejen, plejecentre og hjemmeplejen. Vi har ønsket at arbejde med tiltag, der kunne optimere patientsikkerheden ved håndtering af medicinske opioidplastre. Baggrunden for arbejdet har været flere OBS-meddelelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed på området – men primært registrering af flere utilsigtede hændelser på området i Herning Kommune.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

I Herning Kommune, Sundhed og Ældre, har vi udviklet og implementeret nye hjælpeskemaer til administration af medicinske opioidplastre. Skemaer, hvor personalet skal signere for

påsætning, men også for seponering. Seponeringsdelen har været det udviklende punkt, da der blev rapporteret flere utilsigtede hændelser, hvor der var registreret manglende seponering af opioidplaster. I forlængelse af dette er der desuden optimeret på undervisningsdelen omkring opioidplastre. Denne undervisning varetages af kommunens farmaceut. Overordnet undervisning i risikosituationslægemidler varetages også af kommunens farmaceut.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er ikke lavet konsekvensanalyse på tiltagene. Der er dog registreret fald i rapportering af utilsigtede hændelser på området.

Kontaktperson

Janett Bech Valeur
Herning Kommune
psgja@herning.dk
20184318

Plejehjem, Norddjurs Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Ønske om at nedbringe risiko for forgiftning.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Implementering af særskilte medicinæsker ved risikosituationslægemidler på enkelte plejecentre, i en anden farve (rød) end de andre medicinæsker (blå).

Kontaktperson

Asbjørn
asr@norddjurs.dk

Tværgående, Odder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Ved lille undersøgelse viste det sig, at personale oplever forskelligt samarbejde med og ordination fra de praktiserende læger i håndtering af AK-behandlingen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet er blevet igangsat sammen med risikomanagere i Horsens Klyngen. Det er endnu ikke igangsat. Vi har her i starten af 2019 været ude i egen kommune for at høre, hvilke problematikker der opleves ift. AK-behandlingen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er ikke sket ændringer endnu, da vi ikke er så langt i projektet.

Kontaktperson

Christina Andersen
Sundhed & Omsorg
christina.andersen@odder.dk
20594453

Hjemmesygeplejen, Ringkøbing-Skjern Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Et ønske om at forebygge medicineringsfejl i såvel hjemmesygeplejen som på plejecentre.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Flere indsatser er sat i værk, blandt andet undervisning i risikomedicin, medicinscreening og seponeringslisten for alle social- og sundhedsassistenter. Udredning af borgere, der modtager hjælp til medicinbehandling efter struktureret metode, sat medicinhusker som hjælpemiddel. Derudover etablering af netværk med sygeplejerske fra alle enheder, der skal arbejde med UTH-opfølgning og forebyggelse af medicinfejl.

Hvilke ændringer har projektet medført?

UTH-rapporteringer er vanskeligt at måle på, så enhederne arbejder med lokalregistrering med henblik på at give enhedsleder mulighed for at se mønstre i fejl og kunne arbejde forebyggende. Endvidere har enkelte enhedsledere valgt at være sagsbehandlere i systemet for at få bedre overblik over fejl i egne enheder.

Kontaktperson

Margrethe Siig
Sundhed og Omsorg, Ringkøbing-Skjern Kommune
margrethe.siig@rksk.dk
99741589

Tværgående, Skive Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I samarbejde med Silkeborg og Viborg kommuner har Skive Kommune over efteråret 2018 kunnet konstatere gennem rapporteringer af UTH, at der opstår patientsikkerhedsproblemer i sektor overgangen fra region til kommune i forhold til AK-behandling. Der er gennemført interview af sygeplejersker i hjemmepleje-områder og på plejecentre i alle tre kommuner der bl.a. fortæller, at utilsigtede hændelse opstår som følge af manglende eller mangelfuld AK-behandlingsplan. Desuden blev der peget på, at behandlingsplanen ofte ikke rakte langt nok ud i fremtiden, hvilket specielt giver problemer i Skive Kommunes yderområder i forhold til at få kontrolleret INR rettidigt.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Problematikken omkring manglende og eller mangelfuld behandlingsplan for AK-behandling er taget op i medicineringsrådet på Hospitalsenheden Midt (HE-Midt). Afdelingen for "Hjertesygdomme", HE Midt, har givet positiv tilbagemelding om deltagelse i forbedringsprojekt. Skive Kommune deltager i projektet, og resultat udbredes til Silkeborg og Viborg kommuner.

Mål:

- Sikring af, at der er en behandlingsplan for AK-behandling hos den enkelte borger, og det er tydeligt, hvem der er ansvar for hvilke delprocesser i behandlingen (sygehus, almen praksis, kommune), med henblik på at borgeren oplever en høj kvalitet i behandlingen.
- Der udarbejdes en praksis for en sikker overlevering af opgaven til anden part.
- At en tydeligere behandlingsplan kan medvirke til at forebygge indlæggelser.

Projektet forventes at starte op i primo 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet startes i begyndelsen af 2019 i et samarbejde mellem afdelingen for "Hjertesygdomme" på HEM og Skive Kommune. Opstartsmøde skal konkretisere hvilke roller og hvordan samarbejdet skal formaliseres og færdiggøre endelig projektbeskrivelse. Der forventes et resultat ultimo 2019.

Kontaktperson

Merete Bislev
mebi@skivekommune.dk
41531253

Hjemmesygepleje, Syddjurs Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Vi har arbejdet systematisk med at få adskilt aktuel medicin fra uaktuel medicin. Samtidig har der været fokus på at få adskilt hurtigtvirkende insulin med langsomtvirkende insulin. I Randersklyngens netværk for risikomanagere har vi igangsat et projekt i forhold til at udarbejde information til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, bl.a. i forståelse for variationer i AK-behandling og med fokus på, hvad borgere modtager af information. Informationskampagnen er under udarbejdelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Syddjurs Kommune deltager i I sikre hænder og er i gang med at implementere medicinpakken. Læs mere om programmet. <http://www.xn--isikrehnder-g9a.dk/indsatsomraader/medicin/>

Vi anvender en tjekliste, hvor vi har mål på, hvor ofte tjeklisten er anvendt og udfyldt med ja.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Brugen af tjekliste til dispensering har gjort dispensering mere systematisk og der er mere orden i borgerens medicin i hjemmet. Der opstår mange faglige snakke om indholdet i en dispensering, der er med til at højne de faglige kompetencer i medicin håndtering. Det kræver en kulturændring at fastholde anvendelsen af tjekliste ved hver dosering.

Kontaktperson

Lene Vesterager
lve@syddjurs.dk
21702123

Plejhjem, Viborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Anbefalinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed samt kampagne om Methotrexat fra Danmarks Apotekerforening.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er iværksat forskellige tiltag i forhold til at arbejde med risikosituationsmedicin:

- Italesat risikoen på sygeplejemøder og talt om særlig opmærksomhed, når vi har med disse lægemidler at gøre.
- Gennemgang af alle beboere på plejecentre for at se, om og i givet fald hvor præparatet findes.
- Indretning af medicindoseringsrum, bl.a. med særlige medicinborde (I sikre hænder)
- Implementering/udvikling af medicindug: Til ansatte og borgere – implementering af brugen af "medicindispensering" (handleanvisning) fra NEXUS/KMD.

Hvilke ændringer har projektet medført?

At personalet kan trække sig tilbage i rolige omgivelser og dosere har medført væsentligt fald i doseringsfejl. Ligeledes har brugen af medicindug/-borde og arbejdet med "medicindispensering" i Nexus været med til at forebygge medicinfejl og udvikling omkring arbejdsgang.

Kontaktperson

Rikke Holm
ris@viborg.dk
20629608

Tværgående, Aarhus Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Der er i TSN-kordinationsgruppen blevet aftalt, at hver klynge skal udvælge et fokus på AK-behandling, som man skal arbejde målrettet med som projekt. Projekterne skal munde ud i konkrete forslag til indsatser, der kan minimere tværsektorielle brister i patientsikkerheden, relateret til AK-behandling. Forbedringsmodellen er rammen for den tværsektorielle indsats. Baggrunden for den igangsatte indsats sker efter et større arbejde med at interviewe klinikere i de forskellige sektorer, ift. hvordan og hvor hyppigt der opleves problemer, uhensigtsmæssige forløb eller UTH i relation til AK-behandling i sektorovergang. Alle interviews blev gennemført ved hjælp af en fælles spørgeguide.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Tværasektoriel forbedringsindsats i samarbejde med Aarhus Kommune, Aarhus Universitetshospital og almen praksis. Der er igangsat afdækning af arbejdsgangsbeskrivelser i hver sektor for at få identificeret kvalitetsbrister, der skal føre til kommende forbedringsindsatser samt udarbejdelse af fælles mål og indikatorer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Et lokalt hjemmeplejeteam og en sundhedsenhed arbejder med den tværsektorielle indsats. De er på nuværende tidspunkt i gang med at kigge på, hvordan de internt kan ændre egne arbejdsgange. De er bl.a. ved at teste brugen af en ny lokal vejledning for Marevan og afprøver en standardiseret korrespondance til den praktiserende læge. De følger begge indsatser ved hjælp af indikatorer: Andel af dispenserings, hvor Lokal Vejledning for Marevan følges og andel af praktiserende læger, der ved hjælp af standardiseret korrespondancebrev følger ønsket procedure for AK-behandling.

Kontaktperson

Maya Damgaard Larsen
madal@aarhus.dk
41855121

Hjemmesygeplejen, Sønderborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Udmeldinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed angående håndtering af Methotrexat og Marevan.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er arbejdet med faglige profiler for sygeplejersker, SSA og SSH, hvor det er præciseret, at borgere i Methotrexat- og Marevan-behandling får dispenseret af sygeplejersker.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Klar og stringent arbejdsgang og opgavefordeling i relation til dispenseringen i hjemmeplejen og sygeplejen.

Kontaktperson

Kirsten Clausen
Job og Velfærd
kgcl@sonderborg.dk
27906506

Tværgående, Tønder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Opmærksomhed på landsplan på Methotrexat og enkelte UTH'er.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der afprøves via kvalitetsgruppen nye tværgående arbejdsgange i forbindelse med dosering og udlevering af Methotrexat. Øget fokus og færre faggrupper skal sikre, at der sker færre fejl i forbindelse med dosering og udlevering af Methotrexat.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Beslutningen har medført, at det udelukkende er sygeplejen, der varetager dosering af Methotrexat.

Kontaktperson

Charlotte Frost Larsen
Tønder Kommune
CFL1@toender.dk
74929292

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

En UTH vedrørende håndtering af Methotrexat samt personalets drøftelser af sikre arbejdsgange igangsatte en fokuseret indsats i forhold til håndtering af Methotrexat.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Indsatsen tager udgangspunkt i den samlede medicin håndtering af Methotrexat (inklusive andet administration, dispensering og dokumentation). Med baggrund i analyse af arbejdsgange, den tilgængelige IT-understøttelse af dette og en risikovurdering, overgik ansvaret for den samlede Methotrexat-håndtering til udvalgte sygeplejersker. De særligt udvalgte sygeplejersker har fået undervisning i farmakologi, risikosituationer og håndtering af Methotrexat. En tværfaglig arbejdsgruppe er ved at udvikle en detaljeret retningslinje for dette. Der monitoreres løbende på, hvorvidt den nye praksis (hvor udvalgte sygeplejersker har ansvaret for Methotrexat-håndteringen) er implementeret.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Håndtering af Methotrexat er blevet en opgave for særligt udvalgte sygeplejersker. Løbende monitorering på implementeringsgrad. Der arbejdes ud fra en detaljeret retningslinje for håndtering af Methotrexat.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Varde Kommune har deltaget i et projekt i samarbejde med Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Alle borgere i AK-behandling (primært Warfarin) blev beskrevet i en kvantitativ analyse. I en dybdegående kvalitativ analyse blev 10 borgeres lægemiddelbehandling med AK-medicin kortlagt og beskrevet over et år. Projektet viste store udfordringer i AK-behandlingen, særligt i sektorovergange. Disse resultater kombineret med UTH'er vedrørende AK-behandling samt personalets tilbagemelding på praksis igangsatte indsatsen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Indsatsen tager udgangspunkt i den samlede medicinbehandling af AK-behandling (inkl blandt andet ordination, administration, dispensering, dokumentation og INR målinger). Med baggrund i analyse af arbejdsgange, den tilgængelige IT-understøttelse af dette og en risikovurdering, overgik ansvaret for den samlede håndtering af lægemidler til AK-behandling til Sygeplejen. Sygeplejen dispenserer nu fremadrettet lægemidler til AK-behandling. En tværfaglig arbejdsgruppe er ved at udvikle en detaljeret retningslinje for samarbejdet mellem de forskellige faggrupper om AK-behandling. Nye arbejdsgange for dokumentation af ordination af AK-behandling er vedtaget. Der er ved at blive udviklet et monitoreringssystem, der kan måle hvorvidt/i hvor høj grad den nye praksis er implementeret.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ændrede arbejdsgange og kompetencefordelinger. Ny retningslinje under udarbejdelse. Ændret dokumentationspraksis

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Afdækning af arbejdsgange på Specialområdet vedrørende medicinbehandling, herunder håndtering af risikosituationslægemidler. UTH'er relateret til medicinbehandling. Efterspørgsmål på leder- og chefniveau om udvikling af detaljeret fælles medicininstruks for Specialområdet.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Varde Kommune har ansat en sygeplejerske i to år der fokuserer på udarbejdelse af fælles medicininstruks for hele Specialområdet. Der er indgået aftale med primærapotek om kompetenceudvikling af personalet på Specialområdet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ændrede arbejdsgange og dokumentationspraksis. Fokus på samarbejde mellem Specialområdet og Sygeplejen i forhold til udvalgte risikosituationslægemidler.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

Tværgående, Vejle Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

På en tværgående temaeftermiddag den 27.8. 2018 blev der holdt oplæg ved Janet Johannessen. Oplæggets fokus var medicineringshændelser, herunder også med fokus på risikosituationslægemidler.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget fokus på medicineringshændelser - og risikosituationslægemidler på tværs i Vejle Kommune.

Kontaktperson

Birgit Dall Hersland
Vejle Kommune, Sundhedsafdelingen
birda@vejle.dk
23813138

Plejehjem, Vejle Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Der er blevet lavet et observationsstudie på tre udvalgte plejecentre med fokus på arbejdsgange ved medicin håndtering. Et igangværende arbejde er i gang mhp. at afprøve forskellige arbejdsgange og hjælpemidler, som samlet set skal forebygge utilsigtede hændelser på medicinområdet. Erfaringer spredes ud til øvrige områder i Senior.

Kontaktperson

Mette Mosebo Lund
Velfærdsstaben
memlu@vejle
24913786

Plejecentre og hjemmepleje, Vejle Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Indsatsen retter sig mod Methotrexat (MTX). Konkret har Senior i maj/juni 2018 gennemgået alle de borgere, som får doseret MTX, ift. korrekt dosering af præparatet.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er udarbejdet Instruks for delegation og varetagelse af indsats efter Sundhedsloven herunder sundhedspersoners ansvar samt Oversigt over sundhedspersoners ansvar og kompetence ved medicinadministration. Senior har herunder ændret på deres instrukser, således at det kun er sygeplejersker, der må dispensere præparatet, som endvidere også doseres i separat æske. Der er gået et pilotprojekt i gang med KMD Nexus mhp. at overskueliggøre medicinskema i Nexus. Formålet er at visning over medicin, som gives med forskellige intervaller, bliver mere overskueligt at dispensere ud fra. Projektet er fortsat i gang.

Kontaktperson

Mette Mosebo Lund
Velfærdsstaben
memlu@vejle
24913786

Center for Sundhed & Pleje, Greve Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Center for Sundhed & Pleje deltager i Dansk Selskab for Patientsikkerhed program "I sikre hænder".

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Tre pilotforbedringsteams arbejdede i 2018 med "I sikre hænder" medicinpakken, herunder medicinscreening efter IRF's stopliste. De tre pilotenheder forventes at udvikle robuste arbejdsgange gennem PDSA afprøvninger. De nye arbejdsgange forventes at blive opskaleret til i alt 18 plejeeenheder i 2019. Resultatmålet er bl.a. færre medicinfejl, der fører til lægekontakt.

Det systematiske arbejde med forbedringsmodellen har vist os, at gennembruddet sker efter forbedringsteamet har udviklet og forbedret en arbejdsgang OG har lavet sidemandsoplæring med alle kollegaer i alle vagtlag.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er i forbindelse med programmet "I sikre hænder" implementeret tavlemøder, hvor personalet hver dag kort gennemgår borgere i særlig risiko. Ved tavlemødet gennemgås TOBS, triage, tryksårsrisiko, medicinproblemer, kognitive indsatser mm.

Kontaktperson

Martin Bommersholdt
mebo@greve.dk
20550683

Kvalitetsenheden, Guldborgsund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

På baggrund af en kerneårsagsanalyse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Kvalitetsorganisationen afdækkede i samarbejde med medarbejdere redskaber, planlægning og arbejdsgange i forhold til den aktuelle hændelse og de indsatser der efterfølgende blev implementeret. F.eks. revision af procedurer, opmærksomhedskort - elektroniske medicinlister, doseringsmåtter, afsat tid i arbejdsplanlægning til opdatering af medicinliste mm.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget opmærksomhed, italesættelse og fokus på risikosituationslægemidler. Vi har efterfølgende ikke observeret UTH på området.

Kontaktperson

Hanne-Mette Strøm
hms@guldborgsund.dk
25180638

Hjemmesygepleje, Holbæk Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Manglende éntydighed i ordination og efterfølgende dispensering af AK-behandling.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

AK-behandling: Etablering af éntydighed i AK-behandlingen i tæt samarbejde med praksiskonsulenterne, de to lægelaug og PLO's regionale datakonsulent.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Éntydigheden i AK-behandlingen er opnået.

Kontaktperson

Kirsten Becker
keb@holb.dk
72365077

Hjemmesygepleje, Holbæk Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Etablering af rammedelegationsaftale med praksiskonsulenter vedr. blodsuktermåling og borgerens almen tilstand.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Rammedelegationer for undersøgelser er indgået med praksiskonsulenterne, ansat af Holbæk Kommune.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Den lægeforbeholdte virksomhed i forhold til undersøgelser efterleves.

Kontaktperson

Birgit Becker
bba@holb.dk
72366409

Hjemmesygeplejen, Lolland Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Orienteringsbrev fra Styrelsen for Patientsikkerhed, samt årlig gennemgang og revidering af retningsgivende dokumenter på medicinområdet.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Opdateret retningsgivende dokument i forhold til risikolægemidler, med en mere stringent opsætning af præparater samt hvilken faggruppe, der må håndtere de forskellige risikolægemidler. Implementeret januar 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Færre u hensigtsmæssige hændelser i dispenserings- og administrationsprocessen. En udfordring er, at der nu er pålagt en arbejdsgang ekstra for sygeplejen. De skal nu varetage dispenseringsopgaven indtil behandlingsforløbet er stabilt på en større gruppe af præparater end tidligere (hvor det var social- og sundhedsassistenterne der havde delegationen). Ingen data endnu, men plan for monitorering. Retningsgivende dokument sendes til sundhedspleje og socialpsykiatri samt voksenhandicap området til inspiration.

Kontaktperson

Camilla Jensen
Lolland Kommune
cahje@lolland.dk
54674230

Hjemmesygeplejen, Ringsted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Det var oplysningen om risiko på bestemte lægemidler fra Sundhedsstyrelsen og fra Styrelsen for Patientsikkerhed samt landsdækkende medier.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Det var mere et informationsfokus end et stort projekt, hvor lederne videreformidlede den nye viden om risikolægemidlerne til deres mellemledere og medarbejdere. Der var ikke ved dette iværksat målrettede indikatorer til effektmåling, andet end alle skulle sikre sig videnformidling og forebyggelse.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indtil videre er vi blevet mere opmærksomme på at få udbredt Forbedringstanken og har ønske om målrettede indsatser til minimering af medicinfejl som projekt, såvel i hjemmeplejen/sygeplejen, plejecentrene og på de sociale bosteder, men opstart i en pilotenhed med motiverede ledere og medarbejdere. I Ringsted Kommune ønsker vi at deltage aktivt i den nye runde af "I sikre hænder". Ud fra dette er der i efteråret 2018 oprettet en Kvalitetsorganisation med chef og ledere og en Kvalitetsarbejdsgruppe med mellemleder, ad hoc personer såsom medarbejdere, borgere og pårørende med flere, samt Kvalitets- og læringssteam, dette ud fra Forbedringsmodellen og Det nye Kvalitetsprogramms filosofi og værdier.

Kontaktperson

Lotte Melchiorson
Social- og Sundhedscenteret
Amtsstue Allé 71, 4100 Ringsted
chme@ringsted.dk
51153853

Hjemmesygepleje, Slagelse Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Undervisningsmaterialet vedr. risikolægemidler er formidlet bredt i kommunen til alle sygeplejersker i Hjemmesygeplejen, til centersygeplejerskerne og til alle sagsbehandlere af de utilsigtede hændelser. De lokale sagsbehandlere er ansvarlige for at læring sker lokalt. Utilsigtede hændelser der har handlet om risikolægemidler, er anvendt som generelle læringsmails til samme gruppe.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er ikke lavet et projekt vedr. risikolægemidlerne.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er givet information om advarselsbokse i pro.medicin.dk ved risikolægemidler.

Kontaktperson

Lene Theill Petersen
Slagelse Kommune
lenpe@slagelse.dk
20 56 68 40

Vordingborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Der var et behov for fokus på området i forhold til SSA-ansvar i forbindelse med adm. af risikomedicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Undervisning og cases med alle SSA i Pleje og omsorg.

Hvilke ændringer har projektet medført?

SSA varetager ikke adm. af AK-behandling mere og der er udarbejdet procedure omkring håndtering af risikomedicin.

Kontaktperson

Charlotte Nielsen
Vordingborg Kommune, pleje og omsorg
chni@vordingborg.dk
21699442

Kommunen overordnet, Bornholm Regionskommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I kommunens hjemmepleje, plejecentre, rehabiliteringsteam, rehabiliteringscenter samt sygepleje: Vi har haft alvorlige UTH med risikosituationslægemidler involveret.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Vi har gennemført et medicinkompetenceudviklingsprogram hvor alle social- og sundhedshjælpere og -assistenter deltog. Ligeledes var der program tilrettet kommunale sygeplejersker. Undervisning tog udgangspunkt i "sikker medicin" under "I sikre Hænder". Undervisningen blev foretaget af farmaceut/apoteker. Programmet var tiltænkt som generel kompetenceudvikling og indeholdt ikke effektmålinger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Undervisningsprogrammet havde som forventet output en generel øget viden og bevidsthed om sikker medicin håndtering, men ved efterfølgende risikobaseret tilsynsbesøg ved STPS fandtes desværre fortsat alvorlige fejl. Dette medførte en kontrol af alle medicindispenseringer varetaget af kommunens medarbejdere (SSH, SSA og sygeplejersker). Der arbejdes videre med egenkontrol, stikprøver, audit/kvalitetskontrol. Kommunens retningsgivende dokumenter er ligeledes blevet skærpet i retorikken. Der udarbejdes en borgerrettet folder indeholdende forventninger til borger/pårørende om samarbejdet mellem hjem og kommune vedr. sikker medicin håndtering.

Kontaktperson

Charlotte Larsen
afd. Sygeplejen, BRK
C.Larsen@brk.dk
56921290

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Nyhed fra Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Risikobaserede tilsyn.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Vi har haft pt. sikkerhedskortlægning, hvor der er spurgt ind til arbejdsgange i forbindelse med risikolægemidler og oplyst om nødvendigheden af lokale arbejdsgange. De 7 risikolægemidler

er ført ind i medicininstruksen med opfordring til lokale arbejdsgange. Information på sagsbehandlernetværksmøder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Opmærksomhed på fælles viden om synlige og beskrevne arbejdsgange. Ofte tænker personalet at alle ved hvordan.

Kontaktperson

Bente Groth
Voksenstøtte og Rehabilitering, Stab
bgrot@frederikssund.dk
29605896

Tværgående, Hillerød Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I forbindelse med at undervisningsmaterialet blev udsendt fra styrelsen valgte Hillerød Kommune at fokusere på materialet hen over nogle måneder.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Undervisningsmaterialet blev præsenteret og drøftet på sektionslederniveau i ældre og sundhed i Hillerød Kommune. Undervisningsmaterialet var tema på en temaeftermiddag om patientsikkerhed i Hillerød Kommune. Undervisningsmaterialet er lagt på vores intranet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget bevidsthed om lægemidler, der medfører øget risiko samt de situationer, hvor risikoen er øget.

Kontaktperson

Jeanette Hjermind
Hillerød Kommune
Axel Jarls vej 12 3400 Hillerød
jeah@hillerod.dk
23298158

Kommunen overordnet, Hørsholm Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Vi havde en alvorlig UTH på et plejecenter vedr. methotrexat.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Gennemgang af alle risikolægemidler og lavede nye procedurer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større fokus på risikomedicin, sikret bedre forhold når der dispenseres medicin

Kontaktperson

Helle Jensen
breelteparken
hjen@horsholm.dk
21 34 26 86

Plejehjem, Ishøj Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Baggrunden for ændret arbejdsgang og projektets opstart er, at borgeren ikke altid fik den korrekte dosering efter lægens ordination, og at medicinen ikke altid blev udleveret til tiden. De arbejdsgange (i form af et pilotprojekt), der er implementeret, er arbejdsgange, der omhandler al lægeordineret medicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

1. Der er iværksat tjeklister, hvor man hakker af, når lægemidlerne er udleveret og set indtaget.
2. Der er iværksat medicinvogne, hvor der systematisk doseres efter FMK på EOJ system og æskeerne lægges op på den plade, der er beregnet til doseringsæsker samt medicin der skal bestilles lægges op på bestillingspladen, og aktuel og uaktuel medicin tjekkes efter ved hver dosering.
3. Al dispenseret medicin tælles første gang af medarbejderen, der dispenserer, og derefter tælles det igen af en anden medarbejder i afdelingen for at sikre, at antal stemmer overens med lægens ordination.

4. Medicindispenseringen foregår et sted uden forstyrrelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet kører fortsat og er ikke implementeret på alle afdelinger endnu, men indtil videre har det skabt ro, når medicinen skal dispenseres og tælles, således at forstyrrelser/afbrydelser undgås. Der er planlagt medicinaudit af sygeplejersken i afdelingen, og der er fokus på rapportering af UTH, således projektet kan evalueres og implementeres i resten af huset.

Kontaktperson

Tanja Nolsøe Petersen
Omsorgscenteret Kærbo
40395@ishoj.dk
40432559

Kommunen overordnet, Københavns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Indsatsen omkring risikosituationslægemidler er udsprunget af indikatorer på kvalitetsbrister fra flere kilder, herunder Styrelsens rapport om risikosituationslægemidler, egne data fra audit SUF som led i implementering af forbedringsmodellen som metode for kvalitetsudvikling samt UTH. Indsatserne er delvist knyttet til overprojektet "styrket faglig indsats".

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er tale om flere indsatser under samme tema.

- Materiale til brug ved arbejdsgange omkring risikosituationslægemidler
- Udvikling af virtuel værktøjskasse til brug i forbindelse med medicinbehandling – herunder risikosituationslægemidler
- Tværsektorielt samarbejde om kvalitetsudvikling og -sikring af arbejdsgange vedr. A/K-behandling.

Forvaltningen har defineret fokus på særlige risikosituationslægemidler, der anvendes i forvaltningen og har udviklet eller taget materiale i brug ved arbejdsgange omkring risikosituationslægemidler.

Den gældende retningslinje, der er beskrevet i forvaltningen om håndtering af medicin med særlig fokus på risikosituationslægemidler og opgaver for de forskellige personalegrupper er revideret. Retningslinjen indeholder blandt andet en liste over lægemidler og risikosituationer samt en beskrivelse af kompetencer nødvendige for at administrere det pågældende risikosituationslægemiddel. Som en del af løsningen er der implementeret anvendelse af

postkort til brug ved medicinadministration, herunder er der en skal-anvendelse ved borgere, der har ordineret Methotrexat - hvor det skal forefindes sammen med borgerens medicin.

Derudover er der udformet to andre kort, som den enkelte enhed anbefales at anvende på samme måde som ovenstående og altså ikke tvungen anvendelse. De to kort der anbefales, omhandler marevan/AK-behandling og insulin. Det årligt reviderede indsatskatalog indeholder også nøjagtige beskrivelser af medicin håndtering. Der er ikke opsat indikatorer til brug for evaluering og monitorering, men UTH-indrapporteringer analyseres mhp. kvalitetsbrister og ændring i tema i selve de indrapporterede sager. Derudover er der et særligt fokus på AK-behandling og handlingsanvisning i audit og indgår som særligt punkt i det kommunale tilsyn

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen har bevirket, at der generelt er en styrket opmærksomhed omkring risikosituationslægemidler og de kompetencer, der er nødvendige for at håndtere pågældende præparater. Der er en risiko for, at de mange postkort i brug kan virke omvendt – at den enkelte medarbejder bliver ”blind” for de særlige præparater ifald en borger får flere risikosituationslægemidler og dermed flere postkort.

Kontaktperson

Tine Andreasen Limkilde
København Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning
Sjællandsgade 40 2200 København N
GF1D@kk.dk
21476693

Kommunen overordnet, Københavns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I forbindelse med implementering af forbedringsmodellen som metode til kvalitetsudvikling i hele forvaltningen er der formuleret et behov for at samle alle retningslinjer og værktøjer vedrørende medicin håndtering på tværs af alle enheder i forvaltningen. Der er etableret en ”Værktøjskasse for medicin håndtering” på kommunens intranet. I denne værktøjskasse kan medarbejderne finde det samlede materiale om medicin håndtering i SUF. Værktøjskassen er bygget op efter medicinkædens systematik og indeholder materiale for alle 8 delprocesser. Alle risikosituationslægemidler er inkluderet i værktøjskassen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Medicinværktøjskassen er en faglig værktøjskasse, hvor alt materiale om medicin håndtering på ét site: på forvaltningens intranet. Forbedringsteamet til etablering af værktøjskassen har været sammensat og styret af sundhedsfaglige konsulenter fra central og lokale dele af forvaltningen samt medarbejdere fra enheder. Arbejdsprocessen har inkluderet div. værktøjer fra

forbedringsmodellen og et tæt samarbejde med medarbejdere fra praksis i den hensigt at sikre en dynamisk tilbagemelding om afprøvninger og anvendelighed fra praksis samt deling af gode ideer. Arbejdsprocessen er udsprunget af forbedringsmodellens iboende ide om, at forbedringsarbejdet skal ske i et tæt samarbejde mellem praksis og forbedringsteamet samt give mulighed for spredning af gode ideer til organisationen. Opsætningen og udviklingen af værktøjskassen er afsluttet i den forstand, at konceptet er offentliggjort på intranettet, men gruppen fortsætter som en varig indsats for at sikre dynamisk tilbageløb om afprøvninger og ideer til deling og videreudvikling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Værktøjskassen har givet lettere tilgængelighed til alle retningslinjer og procedurebeskrivelser for alle medarbejdere, og det er dermed lettere at gøre det rigtige. Regelmæssige audits i enhederne har givet anledning til lokale forbedringstiltag. Der er efterfølgende igangsat oprettelse af flere værktøjskasser på de temaer, der giver anledning til flest indlæggelser på hospital og de fleste UTH, i første omgang UVI og nedre luftvejssygdomme.

Kontaktperson

Tine Andreasen Limkilde
København Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning
Sjællandsgade 40 2200 København N
GF1D@kk.dk
21476693

Kommunen overordnet, Københavns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

I regi af en tværsektoriel ERFA-gruppe mellem to kommuner og et af de tilknyttede hospitaler i regionen blev der, på baggrund af UTH-indrapporteringer samt indlæggelser, defineret en problemstilling omhandlende kommunikation omkring ordinationer af AK-behandling. Problemet bestod af, at ordinationer blev faxet fra et ambulatorium til enheder i kommunen, og ordinationen gik således udenom borgerens journal. Denne praksis gav udfordringer, der medførte kvalitetsbrister resulterende i nedsat borgersikkerhed. Både problemstilling og indsats indebærer risikosituationslægemiddel og patientovergang og kan således placeres under begge temaer.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Den øgede risiko for borgere bestod af anvendelse af fax i kommunikation omkring ordination af AK-behandling mellem ambulatorium på hospitalet og kommunerne. Der opstod flere problemer, herunder at faxmaskine i modtagende enhed løb tør for papir, medarbejdere i kommunerne opdagede ikke faxfejlindikator, fordi fax kun blev anvendt til denne ene aktivitet, og borger fik i nogle tilfælde papirordination med hjem. Der var således tale om ikke-sikker

kommunikation og flere kvalitetsbrister. Der blev etableret en arbejdsgruppe i regi af ERFA-gruppen på tværs af to kommuner og hospitaler med deltagelse af sundhedsfaglige konsulenter fra kommunerne, kvalitetssygeplejersker fra ambulatoriet og samordningskonsulenter fra hospital. Problemstillingen blev grundigt analyseret med blandt andet gennemgang af henholdsvis kommunal og regional kontekst, herunder et fælles blik på, hvordan det rent fysiske skærm billede af kommunikation og ordinationer så ud i de forskellige elektroniske systemer.

Samarbejdet gav anledning til, at der i Sundhedsplatformen blev udviklet et tillægsmodul i ambulant behandling, således at ordinationen fremover tilgår borgerens journal direkte via korrespondancemeddelelse fra og med efteråret 2018. Der blev indgået aftale om arbejdsgange med nøje instrukser for kontakt, også i akutte situationer. Aftalen er offentliggjort på kommunens intranet under en tydelig fane, således at alle medarbejdere kan tilgå den uanset tidspunkt. Der er et overordnet ønske om, at ordinationer kan lægges direkte i FMK, men det fordrer en ændring i funktionaliteten i FMK, hvilket ikke er direkte forestående. Indtil den ønskede funktionalitet oprettes, er problemet forsat, at det ikke er muligt at tilgå ordinationen fra alle tværsektorielle enheder. Dette fortsatte problem er et opmærksomhedspunkt i region og kommunerne fremadrettet. Der er ikke opstillet indikatorer på indsatsen, men UTH scannes for type og karakter af indrapporteringer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Den største effekt af indsatsen er, at ordinationen nu lægges direkte i borgerens journal, men endnu ikke i FMK. Medarbejdere er begyndt at ringe til AK-klinikken, specielt i ydertimerne jævnfør aftalen, hvilket indebærer styrkelse af borgersikkerhed. Indsatsen har givet anledning til et unikt samarbejde mellem afdeling og kommuner og hermed en indgående indsigt i hinandens kontekst

Kontaktperson

Tine Andreassen Limkilde
København Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning
Sjællandsgade 40 2200 København N
GF1D@kk.dk
21476693

Kommunen overordnet, Lyngby- Taarbæk Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Baggrund var rapporterede hændelser og efterfølgende indsatser, involverende et par af risikolægemidlerne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Projektet bestod af nye kompetencer samt en ændring af medicin håndteringen blandt faggrupper. Dertil en opdateret medicininstruks. Ændring er overdragelse af dispensering fra sosu-assistenten til sygeplejersker ved risikolægemidler.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er stadig i gang. Opgaveflytning af dispenseringer, hvori der indgår risikolægemidler, til udelukkende at blive varetaget af sygeplejersker, både i hjemmesygeplejen og på plejecentre. Dette har betydet omlægning af planer lokalt, samt overdragelse af andre opgaver, fra sygeplejersker til assistenter. Akut-teamet vil blive inddraget i højere grad til understøttelse i vagter, hvor der f.eks. på grund af sygdom ikke er sygeplejerske i vagt. Der er igangsat yderligere kompetenceudvikling, herunder medicinundervisning på tværs af kommunen. Nyt modul til EOJ-system er indkøbt, der kan understøtte medicindokumentation. Der er gennemført kerneårsagsanalyse med deltagelse fra Region H samt almen praksis, omhandlende Tryghedskasse og de risikolægemidler, der indgår i denne.

Kontaktperson

Risikomanager Charlotte Dorph Lyng
Center for Sundhed om Omsorg, Lyngby- Taarbæk Kommune
cdly@ltk.dk
45973375 /23358077

2.1.3 Private projekter

Aleris Hamlet hospitaler

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *risikosituationslægemidler* blev igangsat?

Aleris Hamlet har valgt at arbejde målrettet mod en forbedring af diabetesbehandlingen omkring kirurgiske forløb. Som et led i denne indsats sættes ind på følgende områder:

- En forbedret vurdering af diabetesreguleringen ved forundersøgelsen med brug af HbA1c
- En styrket planlægning af behandlingen ved præmedicineringen
- En forbedret og mere overskuelig registrering af blodsukre og behandling under opholdet
- En øget indsats for at regulere blodsukrene stramt under opholdet

Beskriv venligst projektet vedrørende *risikosituationslægemidler*.

Der er udfærdiget et nyt Diabetes Registreringsskema, som følger patienten fra modtagelse til udskrivelse. Her foretager anæstesilægen den nødvendige vurdering og ordinationer, og blodsukre samt handlinger noteres i skemaet. På denne måde får vi et langt bedre overblik over patientens forløb og administrering og registrering af diabetesmedicin. Afvigelse registreres, og via audit månedligt vurderes effekt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er i proces, men indtil nu er der væsentlige forbedringer af de præoperative vurderinger, som sikrer optimale postoperative forløb.

Kontaktperson

Kvalitetschef Vivian Brix Villadsen
Aleris Hamlet Hospitaler
vivian.villadsen@aleris-hamlet.dk
22793038

3 Fokusområde: Patientovergange

3.1.1 Regionale projekter

Tværgående, Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Mange akutte indlæggelser og indlæggelser med forebyggelige diagnoser resulterer i tabt livskvalitet for patienterne og høj belægning på de medicinske sengeafsnit. Denne udfordring har givet anledning til tanker om, hvorvidt vores tværsektorielle arbejde kan optimeres med afsæt i sundhedsaftalerne, suppleret med ny tænkning omkring det fælles arbejde. Forhåbningen var, at nogle patienter herved kunne undgå indlæggelsen eller ophold i Aalborg Kommunes akuttilbud og midlertidige tilbud, med de gener og risiko for komplikationer, der er forbundet med ophold uden for eget hjem.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet er opstået i en tværsektoriel direktørkreds med en vision og ambition om at samarbejde ud fra fælles mål, fælles ledelse og fælles økonomi. Samarbejdet foregik mellem Akutmodtagelsen og AMA, Aalborg Universitetshospital, almen praksis og Aalborg Kommunes akuttilbud afgrænset til Akuttilbud Aalborg og Riishøjcentret. Fokus var ældre, skrøbelige medicinske patienter, der blev indlagt akut med forebyggelige diagnoser (fx UVI, pneumoni eller dehydrering). Der blev nedsat en tværsektoriel projektledelse, som sammensatte projektgruppen, lavede feltobservationer, interviews med patienter og pårørende ift. deres oplevelser af forløb og overgange, samt deres perspektiver på, hvad der er vigtigt for dem, og deres idéer til forbedringer. Hertil blev der lavet en tværsektoriel audit som udgangspunkt for arbejdet. Med baggrund i ovenstående blev der idégenereret i fællesskab, og en række forbedringsidéer blev prioriteret og testet og justeret løbende gennem projektperioden. Ideerne blev kategoriseret i følgende 3 hovedområder: Forebyggelse på tværs, Rettidig kommunikation på tværs og Læring på tværs. Som eksempler på initiativer der er arbejdet med kan nævnes: Forebyggelse på tværs: Ansættelse af forløbskoordinerende sygeplejerske på Riishøjcentret med særligt ansvar for koordinering af komplekse forløb. Rettidig kommunikation på tværs: Epikrisen medsendes patienten fysisk i kuvert fra AMA til Riishøj/Akuttilbud Aalborg med det formål at sikre rettidig overlevering af behandlingsplan. Læring på tværs: Der blev afholdt en indledende tværsektoriel audit, som blev gentaget mellem hvert projektmøde. Herved blev der kigget ind i alle (gen)indlæggelser i projektperioden ud fra et læringsperspektiv. Ved projektets afslutning blev det besluttet at fortsætte med at mødes omkring tværsektoriel audit hver 2.-3. måned et år frem for at kunne fastholde fokus og følge udviklingen. Hertil følges projektet med data på det samlede antal genindlæggelser fra Akuttilbud Aalborg og Riishøjcentret på månedsbasis et år frem.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har i perioden fra september til december 2018 sammenlignet med samme periode 2017 medført en reduktion i antallet af (gen)indlæggelser fra de 2 involverede enheder med midlertidige pladser i Aalborg Kommune til Aalborg Universitetshospital på 20,3%. Igennem projektet er der via idégenerering og relationsdannelse på tværs skabt smidigere samarbejdsformer og værdi for patienterne indenfor projektets 3 hovedområder: Forebyggelse på tværs, Rettidig kommunikation på tværs og læring på tværs.

Kontaktperson

Charlotte Laubek og Rikke Beckermann
r.beckmann@rn.dk
30473920

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Sundhedsaftalerne i Region Nordjylland foreskriver årlige audits om kommunikation. Aalborg UH gennemførte i samarbejde med Jammerbugt, Mariagerfjord, Vesthimmerland, Rebild og Aalborg Kommune en kvantitativ audit på den tværsektorielle kommunikation (e-breve). Vi fandt forskel i det, der blev sendt fra hospitalet og det, der blev modtaget i kommunerne. Aktuelt implementerer kommunerne nye omsorgssystemer, og nye arbejdsgange i forhold til dokumentation af udskrivelse giver udfordringer i hospitalets EPJ.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

De fem kommuner og Aalborg UH besluttede på baggrund af ovenstående at nedsætte en arbejdsgruppe til at gennemføre et systemtjek pr. kommune (end to end-test). Formålet var at kvalitetssikre, at informationerne i e-breve mellem kommune og hospital bliver hensigtsmæssigt overført systemerne imellem. Dermed er det alene it-systemerne, der er genstandsfelt for indsatsen. Konkret udvalgte kommunerne 2-3 patienter, der havde været indlagt inden for den seneste måned, og som havde en sygeplejefaglig kontakt i kommunen. Herudover skulle følgende rapporter være udvekslet i e-brevene mellem kommune og hospital: Indlæggelsesrapport, Plejeforløbsplan og Udskrivelsesrapport. Der blev søgt om og givet ledergodkendelse for at sikre overholdelse af databeskyttelsesforordningen. Vi ville undersøge, om systemerne talte hensigtsmæssigt sammen. Der blev gennemført en audit pr. kommune. Ved audit gennemgik repræsentanter fra kommune og hospital de 2-3 patienter, for at se om det, der blev sendt fra hospitalet, også var det man kunne læse i kommunesystemet og omvendt. Audit foregik på den måde, at auditor fra henholdsvis hospital og kommune foretog opslag i eget system og samstemte efterfølgende, om der var sket en hensigtsmæssig overførsel af data. Auditører var autoriseret sundhedspersonale. Vi fandt, at et EOJ-system fra samme leverandør opsætningsmæssigt kunne være forskelligt fra kommune til kommune. Generelt sås en hensigtsmæssig kommunikation systemerne imellem, men der var enkelte uhensigtsmæssigheder, som der efterfølgende er ved at blive fulgt op på. Eksempelvis sås en

forsinkelse på op mod 20 minutter fra afsendte plejeforløbsplan var modtaget i det kommunale system.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det giver rigtig god mening løbende at gennemføre en "end to end-test" ift. hvordan vores systemer kommunikerer på tværs (særligt ved systemskift). Det giver en langt større forståelse for de eventuelle brist, der kan opstå i kommunikationen på tværs. Ved gennemgangen stødte arbejdsgruppen på flere uhensigtsmæssigheder i selve Medcom-standarderne. Arbejdsgruppen mødes i foråret 2019 og kommer med bud på revidering heraf. Herefter planlægges det at invitere repræsentant fra Medcom til dialog herom.

Kontaktperson

Louise Stadil Pinstrup
Louise.stadil.pinstrup@rn.dk
97661358/21146988

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende patientovergange blev igangsat?

I 2017 havde Akut Modtageafsnit flere utilsigtede hændelser omhandlende dobbelt indlagte patienter, der blev indlagt i somatisk regi, men samtidig havde behov for psykiatrisk behandling. Flere problematikker var i spil:

- Samarbejde mellem somatisk hospital og psykiatrisk sygehus i relation til vurdering af patientens tilstand/ændring af tilstand
- Den faste vagt ved en fikseret patient (observation, pleje og procedurer i forbindelse hermed)
- Samarbejde mellem somatisk sygeplejerske og psykiatrisk sygeplejerske i fht. aktuelle observationer og plejeopgaver

Beskriv venligst projektet vedrørende patientovergange.

Der blev rapporteret hændelser omhandlende patienter med behov for bæltefiksering ved somatiske indlæggelser, hvor dette behov ikke var tilstede i den psykiatriske indlæggelse. Der er mange forskellige og individuelle årsager til dette, men grundlæggende var der et behov for at nedsætte brugen af bæltefiksering samt lave bedre patientforløb i de tilfælde, hvor det reelt var nødvendigt med bæltefiksering. En fælles analyse af de utilsigtede hændelser har medført et bedre samarbejde, samt etablering af en arbejdsgruppe, der har arbejdet med kerneområder i pleje- og behandling af den dobbeltindlagte psykiatriske patient. Arbejdsgruppen bestående af repræsentant fra Akut Modtageafsnit og repræsentanter fra psykiatrisk sygehus har gennem 2017 -2018 mødtes og drøftet arbejdsopgaver og samarbejde i fht. den dobbeltindlagte patient og

de specielle hensyn og tiltag, en patientsikker indlæggelse af en psykiatrisk patient i somatisk afdeling fordrer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er udarbejdet retningslinjer, der beskriver hvorledes sygepleje og behandling til den dobbeltindlagte psykiatriske patient varetages, ligesom der er indgået samarbejdsaftaler med henblik på at sikre kontinuitet og kvalitet i plejen for den dobbeltindlagte patient.

Kontaktperson

Hanne Skaarup Pedersen
Hanne.skaarup.pedersen@rn.dk
97664321

Tværgående, Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Lighed i sundhed kræver ulige indsatser (<http://www.sundhedsledere.dk/laboratorier/laboratorium-10-lighed-i-sundhed-kræver-ulige-indsatser>). I Randersklyngen blev der i 2017 opstartet et laboratorium (projekt) i forhold til sårbare patienter på tværs af sektorer. Projektet blev blandt andet opstartet på baggrund af en alvorlig utilsigtet hændelse, der viste et behov for en øget indsats i forhold til at sikre behandling af patienter med misbrug. I 2018 blev projektet afsluttet og evalueret.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet er tværsektorielt og er således forankret i både primærsektor og på hospitalet. Randersklyngen består af Regionshospitalet Randers, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune og Randers Kommune.

Det omfatter blandt andet:

Fremskudt behandler:

Der ansættes en fremskudt behandler, der har sin gang på hospitalet og tilbyder samtaler om alkohol- og rusmiddelvaner til hospitalets patienter og pårørende og giver dem viden om behandling uden for hospitalet – hvis de ønsker det.

Formålet med den fremskudte behandler:

- Patienter med behov for rusmiddelbehandling får tilbudt samtale med henblik på brobygning til den relevante kommunes rusmiddelbehandling.

- At der skabes brobygning imellem sektorerne ved at understøtte personalets kompetencer til at identificere patienter med behov for rusmiddelbehandling.

Der er målt på antal kontakter: 'Samtaler med behandler' og 'Kontakt til rusmiddelcenter' fordelt på kommuner.

Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse: Sygeplejersker i rusmiddelcenter samt praktiserende læge kan henvise til planlagt abstinensbehandling.

Formålet med indlæggelse til planlagt abstinensbehandling:

- At planlagt abstinensbehandling muliggør, at patienten abstinensbehandles til et niveau, hvor patienten efterfølgende kan deltage i et kommunalt ambulante abstinensbehandlingsforløb.
- At anden relevant somatisk udredning og behandling iværksættes sideløbende.

Der er målt på 'antal patienter indlagt til abstinensbehandling fordelt på kommuner.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Effekt:

Fremskudt behandler:

- Rusmiddelcentrene har kontakt med flere borgere.
- Kulturændring vedr. vigtigheden af behandling.
- Sparring for akutafdelinger.

Fast stilling som fremskudt behandler oprettet, der finansieres af hospitalet samt de fire optagekommuner.

Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse:

Antal indlæggelser stiger væsentligt efter planlagt abstinensbehandling, bl.a. fordi patienten selv reagerer på egne symptomer. Ingen genindlæggelser, hvis der samtidig er igangsat en socialindsats.

Kontaktperson

Solveig Gram
solvgram@rm.dk
78420086

Tværgående, Hospitalsenheden Vest (HEV), Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Formålet med delprojektet er:

- At øge borgerens og de pårørendes tryghed og oplevelse af overskuelighed og sammenhæng i den tværsektorielle behandlingsindsats ved udskrivelse.
- At øge sikkerheden ved udskrivelse og reducere unødvendige/ forebyggelige genindlæggelser
- At opnå bedre kvalitet og sammenhæng i behandlingen samt bedre helbred og tryghed ved udskrivelse, for de samme ressourcer.

Hypotesen er, at projektets indsatser i forbindelse med udskrivelse kan øge sammenhængen i behandlingen på tværs af sektorer og fagligheder og øge borgerens og de pårørendes tryghed.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Delprojektet gennemføres i et samarbejde mellem HE Vest og kommunerne Holstebro, Herning, Lemvig, Struer, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande.

Målene er følgende:

Populationens sundhedstilstand

- bedre overlevelse, funktionsevne og ernæringstilstand

Klinisk og brugeroplevet kvalitet

- færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- bedre borger- og pårørendeoplevet tryghed i kontakten til sundhedsvæsenet ved udskrivelse, herunder at borgeren og de pårørende oplever en sammenhængende og overskuelig indsats.

Omkostninger pr. capita

- bedre kvalitet for samme omkostninger
- målrette de sundhedsfaglige resurser derhen, hvor de har effekt for den enkelte borger.

Delmålene er følgende:

Populationens sundhedstilstand

- Bedre overlevelse, funktionsevne og ernæringstilstand for interventionsgruppen 30 dage efter udskrivelse end kontrolgruppen.

Klinisk og brugeroplevet kvalitet

- Færre forebyggelige genindlæggelser
- Modtagebesøg gennemføres rettidigt og med høj tværfaglig kvalitet
- Tværsektorielle udskrivelsesmøder via video gennemføres med høj tværfaglig kvalitet og med et rehabiliterende sigte.
- At der 24/7 ydes relevant specialiseret rådgivning af høj kvalitet fra udskrivende afdeling.
- Borgere og deres pårørende er mere trygge ved og oplever større grad af sammenhæng og overskuelighed i behandlingen ved udskrivelse.

Omkostninger pr. capita

- At indsatsen kan gennemføres for samme eller færre ressourcer. Projekt-design projektet udvikles, pilotafprøves og udrulles tre indsatser:
 1. Modtagebesøg ved en kommunal sygeplejerske indenfor 24 timer efter udskrivelse. Ved besøget skal der skabes overblik over borgerens samlede situation og plan for det videre forløb.
 2. Tværsektorielle udskrivningsmøder via video i de særligt komplekse forløb.
 3. Mulighed for 24/7 at hente specialiseret rådgivning fra hospitalet evt. via video.

De tre indsatser skal udvikles og pilotafprøves af en ekspertgruppe i overensstemmelse med forbedringsmodellen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Modtagebesøg er en tydelig succes. Indsatsen "Modtagebesøg inden 24 timer" er en tydelig succes. Se erfaringerne på <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/det-rette-tilbud-til-borgerne-fra-forste-kontakt/kom-godt-hjem--vest/>. Målet er, at indsatsen kan reducere antallet af genindlæggelser inden for målgruppen de svageste ældre. Udskrivelsesmøder via video giver tryghed. På hospitalerne er sygeplejersker sammen med patienten og dennes pårørende sammen i videokontakt med en visitator i en af de seks kommuner i Vestklyngen. Dialogen giver tryghed for den ældre patient og de pårørende.

Kontaktperson

Natasja Møller Steffensen
natste@rm.dk
30463676

Tværgående, Hospitalsenheden Midt, Region Midt Jylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Ved en tværgående UTH-analyse vedr. fejl ved varsling af udskrivelse blev det besluttet, at en arbejdsgruppe med repræsentanter fra HE Midt og Viborg Kommune skulle udarbejde et redskab, som skal gøre det lettere for det udskrivende personale at overholde varslingsreglerne samt at forberede "den gode udskrivelse". Arbejdsgruppen har udarbejdet hjælpeværktøjet 'Sundhedsaftalen – Pixi-udgave vedrørende kommunal forberedelsestid ved varsling af udskrivelse'.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet blev igangsat ifm. en hændelsesanalyse, hvor der blev udpeget en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra HE Midt og Viborg Kommune, inkl. risikomanagere fra begge enheder. Hospitalsenhed Midt anvender regionale retningslinjer i e-Dok som arbejdsredskaber, og retningslinjen for Den Gode Udskrivelse, som bygger på Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren kan være vanskelig at bruge som et dagligt let håndterbart redskab. Særligt varslingsreglerne er uoverskueligt beskrevet og har givet anledning til en række UTH'er gennem tiden. Arbejdsgruppen besluttede derfor at udarbejde hjælpeværktøjet 'Sundhedsaftalen – Pixi udgave vedrørende kommunal forberedelsestid ved varsling af udskrivelse' (kaldet pixi'en), som skal gøre det lettere for det udskrivende personale at overholde varslingsreglerne samt at forberede "den gode udskrivelse". Pixi'en er publiceret i e-Dok primo 2019 og er tilmed blevet en del af 2019 indsatsen i regi af Sikker Patientflow i Hospitalsenhed Midt. Monitorering af effekten af anvendelsen af Pixi'en forventes at indbefatte:- overvågning af UTH'er - interviews med kommunale visitatorer- stikprøvekontroller på "dårlige udskrivelser". Den endelige monitoreringsplan besluttes i Temagruppen for den voksne patient marts 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Pixi'en har ifm. udarbejdelsen været i test i to afdelinger i Hospitalsenhed Midt og er både i den forbindelse og ved en senere bred høringsproces blevet meget positivt modtaget. De øvrige klynger i Region Midtjylland har vist interesse for pixi'en, og der arbejdes på at gøre den regionalt gældende.

Kontaktperson

Bodil Olesen
bodil.olesen@rm.dk
78441319

Sygehus Sønderjylland, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

På baggrund af en række UTH omhandlende samarbejdet omkr. patienter med forløb i både somatisk og psykiatrisk afdeling blev der ultimo 2017 etableret en samarbejdsgruppe på tværs af Sygehus Sønderjylland og Psykiatrien i Region Syddanmark, Psyk. Afd. Aabenraa, med det formål at identificere behov og initiere fælles tiltag og indsatser, der sikrer, at patienter med behov for somatisk og psykiatrisk pleje og behandling oplever, at:

- der er sammenhæng i forløb
- det er let at gå på tværs
- behandlingstilbud er ens, med mindre der er særlig grund til forskellighed

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Samarbejdsgruppen bestående af en repræsentativ gruppe af afsnits- og afdelingsledelsesrepræsentanter fra begge sygehusenheder har revideret og/eller udarbejdet en række fælles retningslinjer gældende for begge enheder omhandlende bl.a. aftaler for tilsyn, overflytninger, fast vagt og dobbeltindlæggelser. Relevante klinikere har været inddraget i dette arbejde. Samarbejdsgruppen har igennem 2018 mødtes ca. 1 gang månedligt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har været medvirkende til, at der er skabt dialog på tværs af sygehusenhederne, og den relationelle koordinering er styrket. Der er etableret undervisning på tværs, og der er afholdt en stor fælles temaeftermiddag bl.a. med drøftelse af konkrete cases. Projektet har medført klare aftaler, styrket dialog og et bedre samarbejde på tværs. Samarbejdsgruppen er nedlagt, men kan indkaldes ad hoc.

Kontaktperson

Tine Ursin Grau
Tine.ursin.grav@rsyd.dk
23119693

Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Som en faglig konsekvens af den reviderede Vejledning for utilsigtede hændelser i sektorovergange har Sydvestjysk Sygehus i samarbejde med sygehusets optagekommuner oprettet en Netværksgruppe for Patientsikkerhed, hvor sygehusets og kommunernes risikomanagere deltager.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Gruppens kommissorium blev godkendt den 05.04.2018, og der afholdes 4 møder i gruppen om året. Risikomanageren fra Sydvestjysk Sygehus er forkvinde og risikomanageren i Varde Kommune er kommunal næstforkvinde. Der inviteres også andre aktører med efter behov, herunder risikomanager fra psykiatrien, praksiskonsulenter, det præhospitale område, apoteker osv. Gruppen refererer til Implementeringsgruppen for Indlæggelse, udskrivelse, IT og UTH'er, som er en implementeringsgruppe under Samordnings Fora.

Gruppens hovedopgaver er:

1. Identificere væsentlige risikoområder i tværsektorielle patientforløb. Arbejde med særlige fokusområder med en fremadrettet forebyggende tilgang, herunder mønstre og tendenser, som skal løses/løftes.
2. Udvikle proaktive forbedringsforslag i forhold til udvalgte identificerede risikoområder. Sikre at der bringes kvalificerede emner ind i implementeringsgruppen og evt. SOF. Sikre at patientsikkerhed i sektorovergange dagsordensættes mere fokuseret.
3. Sikre videndeling og systematisk læring mellem aktører i Sydvestjysk Syghus' optageområde. Styrke samarbejdet mellem risikomanagerne i SVS' optageområde, herunder planlægning af tværsektorielle analyser af konkrete UTH'er, samt vidensdeling af dette. Sikre kommunikationsvejen til og fra implementeringsgruppen, da ikke alle risikomanagere er medlemmer i implementeringsgruppen.
4. Opfølgning på utilsigtede hændelser. Opfølgning på enkelte UTH'er analyseres mellem de risikomanagere, hvor hændelsen stammer fra. Opfølgning på mønstre og tendenser sker på hvert møde i gruppen, hvor data herom medtages fra DPSD.

Hvilke ændringer har projektet medført?

I 2018 har gruppen hovedsageligt fokuseret på datakvalitet, herunder at de tværsektorielle hændelser mærkes på Sydvestjysk Sygehus, så de kan fremsøges igen. Dette gøres ved, at initialmodtagere markerer hændelserne enkeltvis i DPSD, ved at skrive "overgang" i emneord 1. Derudover arbejdes der som emne med medicin ved udskrivelsen. Langt de fleste utilsigtede hændelser, der går på tværs af sygehus og kommune handler om uoverensstemmelser i medicinen og/eller det dokumenterede. Arbejdet er i en planlægningsfase, hvor der er en bevidst grundig opmærksomhed på problemstillingen, inden der skrives til handling. Derudover er hovedopgave 1 og 4 faste punkter på dagsordenen.

Kontaktperson

Tove Olesen
tove.olesen@rsyd.dk
79182007

Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Utilsigtede hændelser har i en årrække vist, at der kan være fejl i patientens medicin ved udskrivelse fra hospitalet. Lægens ajourføring af medicin er et af de centrale områder i udskrivelsesprocessen og har betydning for sikkerheden i patientens medicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Formål: Det overordnede formål med projektet er at belyse, hvor mange medicineringsfejl der opstår ved udskrivelse fra hospitalet, samt hvor i arbejdsgangene de fleste fejl opstår, dvs. bl.a. at undersøge årsager til, at kvaliteten af ajourføringen af FMK ikke altid er i top.

Metode: For at klarlægge kvaliteten af ajourføring er der udført to studier: En journalaudit på 150 journaler, samt kvalitative interviews med 20 læger ansat på hospitalets kliniske afdelinger. Resultaterne er p.t. under opgørelse

Hvilke ændringer har projektet medført?

Som nævnt ovenfor er resultaterne p.t. under opgørelse. De præliminære resultater ser ud til at give anledning til følgende anbefalinger:

- At der sikres overensstemmelse imellem gældende retningslinjer og klinisk praksis i forbindelse med medicinering ved udskrivelse
- At FMK e-læringskursus gøres obligatorisk for alle læger (også seniorlæger). Herved sikres oplæring i de funktioner, som lægen skal foretage omkring patientens medicin ved udskrivelse (ajourføring, receptskrivning, genopstart af dosisdispensering etc.)
- At det på organisationsniveau tydeliggøres, hvilket ansvar lægerne har i forbindelse med ajourføring af medicin, som er ordineret af andre specialer end ens eget, samt uaktuelle ordinationer i FMK, fx ordineret af egen læge.

Kontaktperson

Helle Rexbye
helle.rexbye@rsyd.dk
21158506

Nykøbing F. Sygehus, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projekt "Sammenhængende patientforløb" blev iværksat på baggrund af

- Ønske om at skabe større og mere sammenhæng for sårbare og udsatte borgere.
- Samle projekter og samarbejde under "Broen til bedre sundhed".

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Sammenhængende patientforløb er et innovationsprojekt under "Broen til bedre sundhed", der går ud på at skabe større sammenhæng i den samlede indsats for og behandling af udsatte borgere på tværs af sektorgrænser og faglige skel. Målet med indsatsen er at udvikle en model for et stærkere samarbejde mellem almen praksis, kommune og et regionalt sundhedsvæsen. En helhedsorienteret tilgang og et tværsektorielt blik skal sikre, at der udvikles de løsninger, der skal til for at sikre bedst mulig behandling det rigtige sted til den enkelte patient.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Sammenhængende Patientforløb er i sin indledende fase, hvor der indsamles data til indledende deskriptive analyser (data indsamles på akut-medicinsk og i psykiatrien). På baggrund af analyserne udvælges og designes prøvehandlinger, som forventes at skabe bedre sammenhæng i forløb. Da analysearbejdet endnu ikke er færdigt, er prøvehandlingerne ikke identificeret, hvorved det ikke er muligt at identificere hverken proces- eller effektindikatorer.

Kontaktperson

Lisette Lind Larsen
lille@regionsjaelland.dk
23807070

Tværgående, Psykiatrien, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projekt RoSa's formål: At sikre borgere på kommunale botilbud og botilbudslignende tilbud mere stabile forløb og forebygge trussels- og voldsepisoder gennem en styrkelse af samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og de kommunale botilbud og botilbudslignende tilbud.

Samarbejdsmodel: Der er udviklet en generisk samarbejdsmodel mellem Psykiatrien Vest og Slagelse, Kalundborg, Holbæk, Odsherred, Ringsted og Sorø Kommuner. Projektet er startet op i et samarbejde mellem Psykiatrien Vest og Slagelse Kommune. Udbredelsen af projektet til de øvrige kommuner begynder i marts 2019.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Konkrete indsatser: De tværsektorielle samarbejdsindsatser er fremkommet som resultat af en række dialogworkshops med deltagelse af borgere og pårørende samt ledere og medarbejdere fra Psykiatrien Vest og de kommunale botilbud Østergården, Voksenliv og Århusvej i Slagelse. Indsatserne er efter opstart tilpasset efter aftale med projektets styregruppe. De konkrete indsatser er:

- RoSa's botilbudsteam – en tværgående og udkørende indsats
- Forløb med koordinerende indsatsplan
- Virtuelle møder, der sikrer kommunikation trods geografiske afstande.

RoSa's botilbudsteam – en tværgående og udkørende indsats: Teamet har til formål at optimere den tværfaglige og tværsektorielle behandling og indsats i borgerens eget hjem og forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgerne. Teamet arbejder desuden med at styrke den sundhedsfaglige rådgivning til botilbudspersonale og arbejde med at forebygge og reducere antallet af volds- og trusselsepisoder på botilbuddene samt forebygge anvendelsen af tvang under indlæggelse.

Forløb med koordinerende indsatsplan: Den koordinerende indsatsplan er det fælles samarbejdsredskab, der bruges til at sikre borgeren et forløb med stabilitet og sammenhæng. Den koordinerende indsatsplan stammer som redskab fra Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner (Social- og Sundhedsstyrelsen, 2014). Den koordinerende indsatsplan er blevet tilpasset til Region Sjællands lokale forhold og indgår som det centrale samarbejdsredskab i Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug (2017). Den koordinerende indsatsplan har vist sig som et effektivt redskab i forhold til at sikre kvalitet og sammenhæng i forløb for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. I projekt RoSa udvides målgruppen for brug af koordinerende indsatsplaner. Det er ikke en forudsætning for et forløb med koordinerende indsatsplan, at borgerne på kommunale botilbud eller botilbudslignende tilbud er diagnosticeret med eller har symptomer på misbrug.

Virtuelle møder: Virtuelle møder er en indsats, der skal øge tilgængeligheden og understøtte samarbejdet med og omkring borgerne på tværs af region og kommune på trods af geografiske afstande. Målet er at bidrage til øget koordinering og videndeling mellem Psykiatrien Vest og kommunale døgn- og botilbud.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Botilbudsteamet har mulighed for at lave forebyggende arbejde på bostederne, hvis der opstår en akut situation, hvor det overvejes, at en borger evt. skal indlægges. Det er forventningen, at dette forebyggende arbejde kan være med til at afbøde en evt. indlæggelse. Der pågår pt. en evaluering, men der er endnu ikke indsamlet færdige resultater. De foreløbige erfaringer/evaluering af vores pilottest fastslår, at vi kan lykkes med at sikre stabilitet og sammenhæng i det enkelte borgerforløb, så på den måde lever RoSa's samarbejdsmodel/indsatser op til projektets målsætninger. Mere information om projekt RoSa på www.regionsjaelland.dk/Rosa

Kontaktperson

Benjamin Lind Kjersgaard
belk@regionsjaelland.dk
24982519

Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Næstved, Slagelse og Ringsted (NSR) sygehuse har sammen med Slagelse og Sorø Kommuner, Psykiatrien i Region Sjælland samt sygehusledelsens praksiskonsulent etableret tværsektorielle tavlemøder hver 14. dag. Det overordnede formål med de tværsektorielle tavlemøder er at sikre gode tværsektorielle forløb af høj ensartet kvalitet med borgeren i centrum med det rette ressourceforbrug i den rette sektor. Tavlemøderne tager udgangspunkt i det nationale kvalitetsprogram, hvor der er et særligt fokus på målet om bedre sammenhængende patientforløb, herunder akutte genindlæggelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Samlet set har der i 2018 været igangsat en bred vifte af indsatser relateret til patientovergange, som alle har bidraget til at styrke den samlede indsats. NSR vil i 2019 supplere de igangsatte initiativer med yderligere indsatser, som eks. månedlig tværsektoriel genindlæggelsesaudit, konkrete samarbejdsaftaler med kommuner om behandlingsansvar (giver mulighed for, at patienter kan udskrives til behandling i eget hjem, og hjemmesygeplejersken kan kontakte sygehuslægen ved tvivl om behandlingen) samt monitorere på effekten af socialsygeplejerske.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Som resultater af tværsektorielle arbejde kan nævnes:

- Flere beslutningskompetencer og relationer
- Bedre billede af hvilke patienter der har behov for koordinering: social udsatte, patienter i sidste del af livet
- Mere praksisnært og handlingsorienteret
- Fælles data, indgåelse af 4 databehandlersaftaler mellem tværsektorielle parter
- Signifikant flere epikriser afsendt rettidigt (6.000 flere pt årligt)
- Fælles arbejdsgange (kommunikation)

- Ansættelse af socialsygeplejerske, som systematisk anvender den koordinerende indsatsplan (personale oplever en stor forbedring)
- Håndtering af spidsbelastning er blevet mere smidigt
- Identificeret systemfejl i interface mellem IT-systemer.

Kontaktperson

Mikala Josefine Poulsen
mjpo@regionsjaelland.dk
93577467

Tværgående, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende patientovergange blev igangsat?

I projekt Sikker Sammenhæng er Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital gået sammen om at styrke patientsikkerheden på tværs af sektorer. Der er et stort potentiale for forbedring af tværsektorielle forløb for borgere over 65 år i den del af Københavns Kommune, der er optageområde til BFH. Data på alle borgere over 65 år opgjort af Københavns Kommune viser, at der i 2015 var udfordringer med:

- Somatiske færdigbehandlingsdage
- Indlæggelser ved forebyggelige diagnoser
- Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage

Læs mere om projektet her: <https://intranet.regionh.dk/bfh/nyheder/intranetnyheder/Sider/Nyemåder-at-samarbejde-på.aspx?rhKeywords=sikker+sammenh%C3%A6ng>

Beskriv venligst projektet vedrørende patientovergange.

Projektet arbejder med at udvikle en samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre over 65 år mellem Københavns Kommune og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital. Målene er at reducere ventetid på udskrivelse og rehabilitering samt at mindske akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. Projekt Sikker Sammenhæng har fundet sted i perioden 2016-2018. I 2017 omhandlede projektet borgere, der udskrives til de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune, og i 2018 inddrog man borgere, som udskrives til plejecentre og hjemmepleje. 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 har mødes 20 gange i løbet af projektperioden til læringstræf med fokus på tværsektorielle drøftelser om data, afprøvninger og implementering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Specialespecifikke udskrivningsrapporter med fremadrettede handlinger. Kommunen har kvalificeret, hvad de har brug for af viden ved udskrivelse, og detaljeringsgrad for formidling af hospitalernes specialviden formidles ved udskrivelsen. Kommunen har givet positive tilbagemeldinger. Individuel introduktion af nyt personale til kommunikationsaftalen og kontaktpersonsordning har vist, at rettidig afsendelse af PFP og USR stiger. At forstå modtagernes behov for at modtage skriftlig dokumentation har vist sig at være givtigt.

Forstuegangsmøder mhp. at patienter er udskrivningsparate. For at sikre, at patienter, der er tildelt en plads på et rehabiliteringscenter, er klar på det aftalte tidspunkt, er det prioriteret at tilse disse patienter til stuegang dagen før inden kl. 12. På den måde kan pladsen tildeles en anden patient, hvis ikke den første patient er udskrivningsparat, og kommunen kan udnytte kapaciteten. Det har reduceret antallet af ikke-udskrivningsparate patienter.

Reduktion af udeblivelser fra ambulante tider for patienter indlagt på sengeafdelinger. Der er udviklet en arbejdsgang der forebygger disse udebliver og evt. kørsler og de afd. der har indført proceduren, undgår stort set alle udeblivelser.

Der er udarbejdet en guide til håndtering af medicin i FMK/SP ved indlæggelse. Guiden har haft den effekt, at det ved udskrivelse er blevet nemmere at afstemme FMK, og afd. har nu en median på 95% på afstemte FMK ved udskrivelse. Der er registeret færre opkald fra kommunen, og UTH'er omkring medicin i overgangen er faldende. Der er gået fælles "fodspor" på medicinen på tværs af sektorerne og medicinvejledningen i kommunen er tilpasset derefter.

Kontaktperson

Anne Mette Andgren
Anne-mette.falkenberg.andgren.01@regionh.dk
27578385

**Tværgående, Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura, Center for Sundhed,
Region Hovedstaden**

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende patientovergange blev igangsat?

Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsagsanalyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde om patientsikkerhed mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og med komplekse psykiatriske forløb.

Beskriv venligst projektet vedrørende patientovergange.

Indsatsen fra sundhedsaftalen blev omsat til et projekt, hvis formål var at øge patientsikkerheden for borgere på botilbud med komplekse psykiatriske forløb ved at:

- Understøtte samarbejde mellem relevante aktører på området
- Arbejde systematisk med forbedringer ud fra cases om patientsikkerhedsudfordringer
- Sikre tværsektoriel kommunikation.

Sideløbende med projektet blev der afdækket, om der var behov for en central risikomanagerfunktion til at arbejde med tværsektoriel patientsikkerhed. En projektleder blev ansat for en etårig periode i 2018.

Erfaringer fra projektet viste, at det er vigtigt med fokus på udfordringer for patientsikkerheden på tværs af sektorer samt at kunne koble det regionale patientsikkerhedsarbejde for hospitaler og praksissektoren med det kommunale patientsikkerhedsarbejde igennem en central risikomanagerfunktion. Derudover at en central risikomanager kan understøtte og kvalificere den eksisterende organisering af arbejdet med tværsektoriel patientsikkerhed bl.a. ved at:

- bidrage til øget læring og spredning af viden og indsats, der øger patientsikkerheden
- rådgive og sparre f.eks. om metoder, redskaber, analyser m.m.
- understøtte og eventuelt facilitere tværsektorielle analyser
- se på tendenser i hændelser på tværs i regionen, samt udarbejde aggregerede tværsektorielle analyser, herunder have fokus på de potentielt alvorlige hændelser.

Den øvrige del af projektet blev forankret i en ekspertgruppe. Denne gruppe havde med udgangspunkt i patientsikkerhedsanalyser og oplæg identificeret udfordringer for patientsikkerheden i tværsektorielle forløb for borgere på botilbud med komplekse psykiatriske forløb samt udarbejdet anbefalinger til indsats til at forbedre patientsikkerheden. Ekspertgruppen identificerede fire indsatsområder: kommunikation, kompetenceudvikling, behandling og ledelse. Der er endvidere arbejdet med at udbrede et redskab til sikker mundtlig kommunikation kaldet Psyk-ISBAR.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har ført til en bevilling af midler til at forsætte med en tværsektoriel risikomanager i en treårig periode. Opgaven vil være at arbejde videre med de anbefalinger, som ekspertgruppen er kommet med vedrørende patientsikkerheden for borgere på botilbud. Dertil skal den tværsektorielle risikomanager arbejde generelt med at løfte patientsikkerheden i det tværsektorielle felt, samt understøtte og kvalificere den eksisterende organisering af arbejdet med tværsektoriel patientsikkerhed.

Kontaktperson

Josefine Haahr Nielsen
josefine.nielsen@regionh.dk
38665369

3.1.2 Kommunale projekter

Hjemmesygeplejen, Brønderslev Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Brønderslev Kommune er en del af det tværsektorielle projekt "TiT – tidlig indsats på tværs". Her afprøves skypemøder mellem borgeren, sygehuset og hjemmesygeplejersken.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Møderne afholdes over Skype for Business og kan enten afholdes i borgerens eget hjem, hvor hjemmesygeplejen sidder ved siden af borgeren og ringer op til sygehuset. Det kan også foregå fra sygehuset, hvor borgeren er i sammedagsudredningen, og hvor sygehuset ringer op til hjemmesygeplejen i kommunen. Formålet er, at borgeren, hjemmesygeplejen og sygehuset alle deltager i mødet og laver klare aftaler om, hvad der skal ske hvornår. Ligeledes kan det spare borgeren en tur på sygehuset, fordi lægen på sygehuset kan se borgeren via Skype og dermed sætte tiltag i værk, således at borgeren ikke kommer på sygehuset forgæves eller får foretaget f.eks. blodprøver/røntgen osv. inden borgeren evt. ses på sygehuset.

Hvilke ændringer har projektet medført?

TiT projektet er stadig i gang og afsluttes i 2019. De foreløbige resultater er gode. Det giver god mening for både borger, hjemmesygeplejen og sygehuset at afholde møder over Skype. Borgeren føler sig inddraget i eget forløb og hører alle de aftaler, der laves mellem sygehuset og hjemmesygeplejen. Samme oplevelse har de pårørende, der deltager. Ligeledes oplever borgeren ikke unødvendige ture til sygehuset, da nogle problematikker kan klares over Skype, mens andre kræver handlinger, inden sygehuset ser borgeren (f.eks. blodprøver, røntgen, besøg hos egen læge osv.) Hjemmesygeplejen og sygehuset oplever, at informationerne om borgerens forløb videregives til dem, der skal bruge den, og det mindsker risikoen for misforståelser. Skypemøder giver i høj grad mulighed for gensidigt afklarende spørgsmål, alle involverede parter har indflydelse og fuldstændig klare aftaler om, hvad der skal ske hvornår og af hvem.

Kontaktperson

Susanne Erlandsen
Hjemmesygeplejen
susanne.erlandsen@99454545.dk
99454977

Tværgående, Hjørring Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende patientovergange blev igangsat?

Kommunen er sammen med de øvrige Nordjyske kommuner og Regionshospitalet Nordjylland med i et projekt (TIT). Det primære fokus er tidlig opsporing på tværs, og dermed forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser hos borgere over 65 år. Målet er, at borgerne kan henvises til Samme-dagsudredning.

Beskriv venligst projektet vedrørende patientovergange.

TIT er et 3-årigt satspuljeprojekt mellem Region Nordjylland, regionens hospitaler, almen praksis samt alle regionens kommuner. TIT-projektet starter op i maj 2017. Formålet med TIT-projektet er:

- At skabe bedre sundhed og mere sammenhængende forløb for de mest sårbare ældre medicinske borgere på 65 år eller mere.
- At skabe bedre borgeroplevet kvalitet.
- At reducere forebyggelige og akutte indlæggelser samt genindlæggelser.

Projektet består af to overordnede spor:

- En tidlig opsporing og tidlig indsats i kommunerne via et fælles opsporingsredskab. Efter opsporing følges borgeren tæt, og relevante kommunale tiltag iværksættes. Den praktiserende læge kontaktes efter behov.
- En tidlig og hurtig subakut udredning i SammeDagsUdredningen på Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring, hvortil kommunen har mulighed for at lave videomøde med personalet fra borgerens eget hjem.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget opmærksomhed på tidlig opsporing og på muligheden for at gøre brug af sammedagsudredning frem for indlæggelse. Videomøderne er ikke kommet i gang.

Kontaktperson

Susanne F. Damgaard
Hjørring Kommune
susanne.f.damgaard@hjoerring.dk
72335055

Sundhedsplejen, Jammerbugt Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Forebyggelse af genindlæggelse af nyfødte.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Audit skema til at kvalificere Sygehusets og Sundhedsplejens indsats og vejledning, og barnets/familiens problemstilling. Derudfra vurderes om genindlæggelsen kunne være forbygget enten fra Sygehuset eller Sundhedsplejen eller begge steder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Lærings- og dialogværktøj til at forebygge unødige genindlæggelser. Skærpet opmærksomhed på, hvilke indikatorer vi som henholdsvis kommune og region skal have særligt fokus på i forebyggelsen.

Kontaktperson

Diane Aarestrup
Jammerbugt Kommune, ledende sundhedsplejerske
dia@jammerbugt.dk
41912491

Tværgående, Jammerbugt Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

I 2017 blev der lavet audit på den elektroniske kommunikation (MED-COM) mellem kommuner og hospitaler. I denne audit blev det klart, at der var udfordringer i overførslen mellem it-systemerne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Formålet er at kvalitetssikre om informationerne i E-breve mellem kommuner og hospitaler bliver hensigtsmæssigt overført systemerne imellem. Dette for at højne patientsikkerheden i den elektroniske kommunikation de to sektorer imellem. Dermed er det alene it-systemerne, der er genstandsfelt for opgaven. Der blev gennemført en audit, hvor der blev kigget på om systemerne taler hensigtsmæssigt sammen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kommunen har efterfølgende ændret it-opsætningen i omsorgssystemet, hvor det var muligt, så dataoverførslen bliver optimeret. Udfordringer, der ikke kan løses lokalt, er rejst/bliver rejst hos

leverandører af omsorgssystemerne og det forventes at udfordringer, der har med MED-COM standarderne at gøre, adresseres til MED-COM.

Kontaktperson

Birgit Holm
Jammerbugt Kommune, Sundhed og Senior
bih@jammerbugt.dk
41911447

Hjemmesygeplejen, Mariagerfjord Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

I kommunen var en opfattelse af, at medsendt medicin fra sygehus ikke altid stemte. Desuden var det ofte umuligt at dosere medicin hos nyudskrevne borgere, da ny medicin ikke var til stede. Årsagen kunne være, at der ikke var lavet recept eller medicin ikke var hentet på apotek. Medicinafstemning inden 24 timer er en del af medicinpakken fra I Sikre Hænder. Vi har været en del af I Sikre Hænder siden begyndelsen af 2017.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Vi arbejder med medicinafstemning inden 24 timer efter udskrivelse fra sygehus i regi af "I Sikre Hænder". Det er en sygeplejerske som udfører denne medicinafstemning ud fra en tjekliste. Der rapporteres UTH til udskrivende afdeling med henblik på tværsektoriel læring.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Data fra februar 2018 - februar 2019 på 824 medicinafstemninger viser:

- 99 % er nået indenfor 24 timer
- medsendt medicin stemmer i 65 - 80 % af udskrivelserne. Der ses tegn til forbedring
- Der er behov for kontakt til udskrivende afdeling vedr. medicin hos 20 - 40% af udskrivelserne. Der ses ikke tegn på forbedring.

Kontaktperson

Hanne Thorsager Olsen
Mariagerfjord Kommune
haols@mariagerfjord.dk
9711 3447

Kommunen overordnet, Morsø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Regionsrådet Nordjylland, har af Sundheds- og Ældreministeriet fået bevilling til at etablere forsøg med nye organisatoriske enheder i form af samdrift mellem almen praksis og Regionshospital Nordjylland, og Morsø Kommune.

Den fælles vision mellem Region Nordjylland og Morsø Kommune for Nye Veje-projektet er:

- At patienterne bliver et fælles ansvar for hospital, kommune og almen praksis, og at sundhedsydelser ikke blot leveres koordineret, men i et forpligtende fællesskab, hvor vi afprøver nye modeller for samarbejde og organisering på tværs af sektorer.
- At skabe en ny platform for fremdrift mellem almen praksis og Regionshospital Nordjylland med det sigte at afprøve nye modeller for samarbejde og organisering, når lægedækningen skal sikres.

Formålet er, at patienterne i Morsø Kommune skal opleve effektive og sammenhængende forløb.

Mål for Nye Veje på Mors:

- Forbedre rekruttering af speciallæger til almen praksis og hospitalet
- Sundhedstilstanden for borgerne i Morsø Kommune skal forbedres
- Reducere forbruget af sundhedsydelser for borgerne i Morsø Kommune
- Afprøvning af nye samarbejdsformer ift. levering af sundhedsydelser
- Iværksætte tiltag, hvormed der leveres sundhedsydelser tættere på borgere
- Øge den relationelle koordinering mellem de forskellige aktører i projektet
- Øge borger- og patientinddragelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet blev indledt med et Kick Off-arrangement i efteråret 2017, der gav over 300 ideer. Desuden blev der indhentet ideer fra:

- Borgerpanelet
- Direkte fra borgerne ved f.eks. Kulturmødet
- Der meldes løbende ideer ind fra de igangværende projektgrupper
- Idéworkshop – Gør din idé til virkelighed
- Medarbejdere på tværs af sektorerne melder deres ideer ind.

Idekataloget indeholder ved indsendelse projekter vedrørende:

- Fælles akutteam mellem hospital, kommune og almen praksis
- Sårbare borgere (prøvehandling)
- Familiens Trivsel – Barnets Trivsel (prøvehandling)
- Min læge på video (prøvehandling)

- Nye fagligheder i praksis (implementering og skalering)
- Indsats mod rygning (foranalyse)
- Omlægning af ambulante besøg til en digital løsning (implementering og skalering).

Projektets opbygning/Organisering:

Projekt Nye Veje løftes af mange aktører, herunder Region Nordjylland, Morsø Kommune og almen praksis. Eftersom projektet løber over en periode på 6 år, er der behov for en organisatorisk forankring, der understøtter implementeringen, udviklingen, den daglige drift osv. i et samspil med de involverede aktører.

Der er nedsat en styregruppe, der har det overordnede ansvar for projektet, og en projektgruppe, der har ansvaret for fremdriften af projektet og de indsatser, der sættes i gang.

Under projektgruppen er der nedsat en gruppe, der har fokus på data og evaluering, og en gruppe med fokus på kommunikation. Kommunikationsgruppen fungerer på tværs af kommunen og regionen og har til opgave at sikre både den interne og eksterne kommunikation, oprette en fælles hjemmeside for projektet mv. Data- og evalueringsgruppen vil bistå projektet med indsamling af data, der dels skal understøtte evalueringen af projektet som helhed, men også de enkelte udviklingsspor. Derudover vil selve evalueringsdelen være forankret i denne gruppe, herunder også samarbejdet med en ekstern evaluatør om indsamling af det nødvendige data til fastlæggelse af baseline for projektet, løbende statusrapporteringer og afsluttende evalueringer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er fortsat i opstartsfasen og det er derfor pt. ikke offentligt tilgængeligt. Det kan dog oplyses, at der er fokus på:

- Borgeren i centrum
- At projekterne ikke bliver til luftballoner
- Hverdagen i en lægepraksis, i en kommune, på et hospital vs. hverdagen i et regionshus
- Forskellen mellem småskala test, spredning og implementering til driften.

Data – hvordan ved vi at vores forandring er en forbedring? I projektgrupperne er det tydeligt, at alene den øgede gensidige forståelse er med til at sikre bedre overgange for patienter/borgere.

Kontaktperson

Charlotte Vester
Morsø Kommune
cv@morsoe.dk
99707244

Hjemmesygeplejen, Thisted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Det er erfaret via UTH-systemet, at der sker mange fejl i forbindelse med patientovergange, især omhandlende medicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

TIT-projekt (Tidlig indsats på tværs) ikke igangsat i 2018, men har været i drift hele året. Går blandt andet ud på endagsudredning på sygehuset med kommunal sygeplejerske ansat, for at sikre, optimal overgang ind på sygehuset og ud igen. Fokus på og undervisning i manuelt oprettede indlæggelsesrapporter, så borgerinformation er så opdateret som muligt ved indlæggelse. ISH (I sikre hænder) medfører brug af tjeklister ved udskrivelser indenfor 24 timer efter udskrivelse (medicinafstemning), samt stopliste/screeningsliste for risikomedicin http://www.isikrehænder.dk/media/2051/medicinpakken_2017.pdf

Hvilke ændringer har projektet medført?

Medført ændrede arbejdsgange internt. Større fokus på overgangene generelt, da man er opmærksom på, at der sker mange fejl her. Der er stort tidsforbrug i kontakten til sygehuset ved uoverensstemmelser i medicinlisterne efter udskrivelser.

Kontaktperson

Bente Hornstrup
Thisted Kommune
Asylgade 30, 7700 Thisted
bekh@thisted.dk
99171961

Tværgående, Aalborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Vi ønsker at sætte fokus på den gode overgang mellem hospital og kommune. En af forudsætningerne for en god overgang er god kommunikation mellem sygehus og kommune.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er gennemført en tværgående audit på kommunikationen mellem kommuner og hospital i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Audit er gennemført i samarbejde med Aalborg Universitetshospital og flere af de nordjyske kommuner.

Hvilke ændringer har projektet medført?

I Aalborg Kommune er der fortsat fokus på at afsende supplerende manuelle indlæggelsesrapporter.

Kontaktperson

Lea Mortensen
Aalborg Kommune, Kvalitet- og Innovationsenheden
lesm-aeh@aalborg.dk
99315426

Plejehjem, Favrskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Kvalitetsudvikling.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er i 2018 lavet interne kvartalsvis audits på indlæggelser fra kommunens 8 plejecentre og 2 korttidsafsnit mhp. at undersøge kvaliteten af indlæggelser og sikre patientovergangene. Desuden afholdes der kvartalsvise eksterne audits på forebyggelige indlæggelser (UVI, brud; dehydrering, ernæringsbetinget anæmi, obstipation, gastroenteritis, nedre luftvejssygdom, sociale og plejemæssige forhold og tryksår) sammen med Regionshospitalet Randers. Her gennemgås 15-30 journaler mhp. kvalitetssikring og identifikation af forbedringer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kvalitetssikring og identifikation af forbedringer.

Kontaktperson

Louise Hartvig Lynge Nielsen
Elmevej 37, 8450 Hammel
louh@favrskov.dk
24919760

Bosteder, handicap- og psykiatrienheder, Favrskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Kvalitetsforbedring.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er påbegyndt et samarbejde med Randers Psykiatri, hvor det er aftalt, at man 2 gange årligt drøfter alle tværgående UTH med henblik på overordnet læring. Desuden er der iværksat faste besøg af distriktssygeplejerske for at øge kendskabet til hinanden, ligesom der er igangsat tværgående konferencer mellem botilbud og tilhørende psyk. afdeling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kvalitetsudvikling.

Kontaktperson

Helene Gildebro
Eriksminde 25, 8450 Hammel
hegi@favrskov.dk
30359726

Plejhjem, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, Hedensted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projektet er en del af DÆMP projektet. Målet er tidlig opsporing og at forebygge genindlæggelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Patienter screenes på sygehuset og følges fysisk hjem af projektsygeplejerske på sygehuset. Projektet køres fra sygehuset, og herfra foretages løbende patienttilfredshedsundersøgelser. I projektet følges borgeren hjem og modtages altid af akutteamets sygeplejerske. Dagen efter udskrivelsen er der kontakt mellem sygehuset og hjemmeplejen/akutteamet, det kan være virtuelt eller telefonisk. Der er mulighed for rådgivning fra udskrivende afdeling i 7 dage efter udskrivelsen. Der bliver målt antal udskrivelser i projektet og antal genindlæggelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Patienterne oplever øget tryghed ved, at der er kommunalt personale til stede ved udskrivelsen og også at blive fulgt hjem af personale på sygehuset. Projektet kører endnu, og det afsluttes ved udgangen af 2019.

Kontaktperson

Jette Roest
Løsning Plejecenter
Jette.roest@hedensted.dk
2171 5556

Tværgående, Herning Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Positive erfaringer fra tidligere afholdte tværsektorielle temadage med fokus på patientovergange.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er igangsat planlægning af en fælles temadag i Vestklyngen med deltagelse af personaler fra kommunerne og Hospitalsenheden Vest. På temadagen vil der være fokus på patientovergange. Der vil blive arbejdet med udgangspunkt i en fiktiv borger/patient, hvor forløbet vil blive fremstillet, dialogiseret, illustreret og problematiseret.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er kun igangsat planlægning

Kontaktperson

Louise Honoré Raagaard
Hospitalsenheden Vest
Louise.Honore.Raagaard@vest.rm.dk
78439711

Psykiatrien Nordvest, Holstebro Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Psykiatrien i Nordvest - et samarbejde mellem Holstebro, Lemvig og Struer Kommuner, Regionspsykiatrien i Vest og almen praksis. Udgangspunktet for etableringen af Psykiatrien i Nordvest er, at en tidlig og forebyggende indsats i eget nærmiljø er den korteste vej til at kunne mestre mest muligt i eget liv – og at fastholdelse i og udvikling af et kvalificeret hverdagsliv er det bedste grundlag for mental sundhed, inklusion og forebyggelse af stigmatisering for borgere med psykisk sårbarhed/psykisk sygdom.

Psykiatrien i Nordvest er et fællesskab, hvor alle ressourcer mobiliseres for at give borgerne det bedst mulige tilbud. Psykiatrien i Nordvest er en paraply for de tilbud og indsatser, som findes lokalt i de tre kommuner og i Regionspsykiatrien Vest. Samtidig etableres sammentænkte tilbud på tværs af de tre kommuner og regionen med placering i Center for Sundhed i Holstebro (Nordfløjen). Det betyder også, at Psykiatrien i Nordvest ikke kun omfatter de aktører, der beskæftiger sig med psykiatri. Afhængig af borgerens livssituation kan Psykiatrien i Nordvest også omfatte aktører fra beskæftigelsesområdet, uddannelsesområdet, ældreområdet, børneområdet osv.

I Psykiatrien i Nordvest er der et stort fokus på forebyggelse. Frem for at vente på at borgerens problemstillinger bliver så store, at der bliver behov for en omfattende indsats, skal Psykiatrien i Nordvest være kendetegnende ved tidlige, forebyggende og tilgængelige indsatser. Gevinsten for borgerne er muligheden for at kunne opretholde hverdagen i eget nærmiljø – og for kommunerne er den forventede effekt bl.a. en reduktion i antallet af indlæggelser og genindlæggelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

En del af Psykiatrien i Nordvest er de ambulante døgnpladser for voksne borgere med psykisk sårbarhed psykisk sygdom, som pga. en forværring i den psykiatriske problemstilling har behov for et midlertidigt ophold. I Center for Sundhed etableres i alt 8 ambulante pladser (5 regionale og 3 tværkommunale pladser). De 3 tværkommunale pladser vil primært være målrettet borgere, som modtager støtte i socialpsykiatrien i Lemvig, Holstebro og Struer kommuner. Pladserne etableres efter Servicelovens § 84, stk.2. De fem regionale pladser etableres som et ambulante tilbud i henhold til Sundhedsloven, og er primært målrettet borgere, der er tilknyttet AAT.

Formål: De ambulante pladser skal være en lettilgængelig, fleksibel og hurtigt etableret mulighed – f.eks. i forbindelse med en optakt til et kritisk forløb, som erfaringsmæssigt for den enkelte borger kunne have medført længerevarende psykisk krise og måske indlæggelse. I tilbuddet vil der være fokus på ro, stabilisering, udredning og afklaring – og at der sker koordinering heraf med borgerens kommune. Tilbuddet kan også tage udgangspunkt i den eksisterende socialpsykiatriske indsats for borgeren og giver dermed en mulighed for at justere kendte mestringsstrategier, således at borgeren ved hjemkomsten kan fortsætte sit hverdagsliv.

Konkret indsats i tilbuddet, som forbedrer patientsikkerhed: Efter endt ophold for en borger sendes en medkomkorrespondence til egen læge, hvor der beskrives formål med opholdet og om der er vigtige oplysninger for lægen ift. efterforløb. Det bidrager til bedre samlede borgerforløb og koordinering med almen praksis. Det forventede udbytte af tilbuddet er en forbedring af borgers tilstand ved sætte ind med en tidlig indsats tæt på borgers hjem.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen evalueres på patienttilfredshed og patientoplevelse – og på mønstre i indlæggelser og genindlæggelser. Forventningen er, at borgerne oplever en tidligere og mere sammenhængende indsats og derved en bedring i deres tilstand og deres oplevelse. Der er også en forventning om at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

Kontaktperson

Per Gørann Paavo, Centerleder
Psykiatrien i Nordvest, Stationsvej 35, 7500 Holstebro Kommune
per.gorann.paavo@holstebro.dk
24897955

Kommunen overordnet, Holstebro Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der er i Holstebro Kommune fokus på forebyggelige indlæggelser. En af de største populationer er borgere med KOL, der indlægges med akut forværring af deres tilstand. På den baggrund kunne en tidlig kontakt til borgere med KOL bidrage til at forebygge, at en forværring i tilstanden fører til en indlæggelse og bidrage til at borgere med KOL har nem og tryk adgang til de muligheder, der i kommunens samlede sundhedstilbud.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

I forhold til patientovergange igangsættes en aftale, hvor Holstebro Kommune får en besked fra HEV. Det sker, hvor borgere som indlægges på sygehuset, ikke er kendt i de kommunale sundhedstilbud, og hvor borgere giver sit samtykke til at blive kontaktet af en KOL-nøgleperson. KOL-nøglepersonen udarbejder sammen med borgeren en handleplan, der både forholder sig til hvordan hverdagen mestres med eller uden hjælp, og til hvad borger gør ved en evt. forværring.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen er på vej til at blive implementeret og har derfor ikke medført ændringer. Forventningen er, at borgerens mestring og livskvalitet øges ved en koordineret og sammenhængende indsats, og at antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser reduceres.

Kontaktperson

Pia Hingebjerg, Chefkonsulent
Social, Sundhed og Arbejdsmarkedsafd. Holstebro Kommune
Kirkestræde 11, 7500 Holstebro
pia.hingebjerg@holstebro.dk
22113492

Hjemmesygeplejen, Norddjurs Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Klyngens kommuner oplevede medicineringsfejl ved udskrivelser, uden at det kunne underbygges sagligt og konkret nok via rapporterede UTH. Der oplevedes især problemer med AK-behandling.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Klyngens kommuner udfyldte et spørgeskema udarbejdet i samarbejde med regionshospitalet for alle udskrivelser, man modtog på plejecentre og i hjemmesygeplejen over en periode. Undersøgelsen viste, at der ikke var så mange konkrete problemer, som i første omgang antaget, men at der i kommunerne manglede viden om de forskellige facetter, som AK-behandling kan have. Undersøgelsen viste desuden, at der var en del manglende opdatering af FMK ved udskrivelse samt manglende bestilling af medicin. Undersøgelsen viste også, at nogle UTH bunder i angivelse i dosis fra sygehus, hvor man i kommunerne arbejder i antal tabletter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Regionshospitalet og kommunernes analyse har medført en del initiativer, som endnu ikke er gennemførte. Der er sat fokus på FMK-opdatering under inddragelse af den FMK-ansvarlige læge – og der arbejdes med FMK-dataudtræk på tavlemøderne. Dette har betydet, at FMK er opdateret i 90 % af alle udtræk. Man ser også på epikriser for at undersøge for eventuelle fejl relateret til problematikken. Samtidig vil man revidere det informationsmateriale og de informationsprocedurer, der iværksættes i forbindelse med AK-behandling og ændring af denne.

Kontaktperson

Asbjørn
asr@norddjurs.dk

Tværgående, Odder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Følge hjem-projektet i Samarbejde med Horsens klyngen der skulle sikre god overgang for patienten fra sygehus til hjem.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Medarbejder på sygehus screener følgende sygdomsgrupper i forhold til risiko for genindlæggelse: Den ældre medicinske patient, KOL patienter, Hoftenær fraktur.

Relevante patienter følges hjem af medarbejder fra sygehuset, som mødes med kommunal sygeplejerske i hjemmet på udskrivningsdagen og har en elektronisk opfølgning via skærm på 2. dagen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Borgeren giver udtryk for tryghed ifm. udskrivelse. FMK opdateres med det samme, hvis det ikke er gjort ifm. udskrivelsen fra sygehuset. Direkte kommunikation om indlæggelsesforløbet til kommunal medarbejder.

Kontaktperson

Louise Nyholm
Hjemmesygeplejen
Louise.nyholm@odder.dk
21195404

Hjemmesygeplejen, Randers Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Vi ønskede at undersøge, hvilke problematikker sygeplejersker får øje på i det lokale samarbejde mellem hospital og kommune og lavede på den baggrund et spørgeskema. Således vi fik blik på, hvad der er brug for at forbedre.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Vi har i samarbejde med hospitalet og øvrige kommuner i klyngesamarbejdet lavet en undersøgelse af, hvilke hændelser der ofte forekommer i overgangen fra hospital til kommune; både ved udskrivelse til eget hjem og plejebolig. Undersøgelsen var interview af sygeplejersker på plejecentre, akutfunktion og udekørende sygeplejegrupper. For hvert af de emner som viste sig problematisk er vi kommet med løsningsforslag.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi er kommet med løsningsforslag for hvert af de punkter som viste sig problematisk, og dette implementeres løbende. Samarbejdet har været positivt og afhængig af, at organisationen gennemfører de anbefalede ændringer.

Kontaktperson

Randers Klyngen
Regions Hospitalet Randers

Hjemmesygeplejen, Ringkøbing-Skjern Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Hospitalsenheden Vest og 6 samarbejdende kommuner arbejder fælles om indsatser. Der måles på patienttilfredshed, funktionsevne og vægt. Der iværksættes 3 indsatser: Modtagebesøg, udskrivelsessamtaler via video og specialrådgivning.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Borgere oplever kvalitet i indsatser. Der evalueres samlet ved udgangen af 2019.

Kontaktperson

Projektleder Natasja Steffensen
Hospitalsenhed Vest
natasja.steffensen@vest.rm.dk

Tværgående, Silkeborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

På baggrund af en utilsigtet hændelse blev det tydeligt for os, at vi var nødt til at arbejde med overgange internt i kommunen i forhold til flytning af borgere fra f.eks. hjemmeplejen til midlertidig plads eller plejebolig.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

På baggrund af forbedringsmodellen arbejder vi med arbejdsgangsanalyser med deltagelse af medarbejdere fra hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, midlertidige pladser og visitationen. Vi er fortsat i gang, men målet er at lave arbejdsgange, der styrker overgange, gør dem enkle og styrker patientsikkerheden og forebygger fejl.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ingen endnu, men det vil styrke alle overgange internt, når det er færdigt.

Kontaktperson

Marie Louise Daugaard
mida@silkeborg.dk
21246411

Sundhedsfremme genoptræning, Skanderborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Det er et problem, at genoptræningsplanerne er forsinkede ved udskrivelser i 2018.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

De 4 klyngekommuner og Hospitalet har aftalt at øge fokus på området, samt at dette fokus forsætter ind i 2019. Der er iværksat en kommunikationsstrategi på Hospitalet og i kommunerne. I løbet af 2019 vil der løbende blive evalueret mhp. effekt. Målsætningen er, at alle genoptræningsplaner kommer ud til kommunerne inden for 2 døgn efter udskrivelsen. Herved kan genoptræningen hurtigt iværksættes.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er endnu ikke en måling af projektets effekt. I 2019 vil der forsat være fokus på genoptræningsplanerne i alle områder. Der er lavet en kommunikationsplan mhp. håndteringen af UTH'erne på området og hvordan der skal handles på dem. Det er vigtigt at UTH'erne anvendes til læring, som gennem dialog fører til handlinger, således at patientsikkerheden øges.

Kontaktperson

Lisbeth Birkelund Schjødt
lisbeth.birkelund.schjodt@skanderborg.dk
87947884

Tværgående, Skive Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

I samarbejde med Silkeborg og Viborg kommuner har Skive Kommune over efteråret 2018 kunnet konstatere gennem rapporteringer af UTH, at der opstår patientsikkerhedsproblemer i sektorovergangen fra region til kommune i forhold til AK-behandling. Der er gennemført interview af sygeplejersker i hjemmepleje-områder og på plejecentre i alle 3 kommuner der bl.a. fortæller, at utilsigtede hændelse opstår på grund af en manglende eller mangelfuld behandlingsplan. Desuden blev der peget på, at behandlingsplanen ofte ikke rakte langt nok ud i fremtiden, hvilket specielt giver problemer i Skive Kommunes yderområder i forhold til at få kontrolleret INR rettidigt.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Problematikken omkring manglende og/eller mangelfuld behandlingsplan på AK-behandling er taget op i medicineringsrådet på Hospitalsenheden Midt HE-Midt). Afdelingen for

"Hjertesygdomme" HE Midt har givet positivt tilbagemelding om deltagelse i forbedringsprojekt. Skive kommune deltager i projektet og resultat udbredes til Silkeborg og Viborg kommune.

Mål:

- Sikring af at der forligger en behandlingsplan for AK-behandling hos enkelte borger, at det er tydeligt, hvem der er har ansvar for hvilke del-processer i behandlingen (sygehus, almen praksis, kommune), med henblik på at borgeren oplever en høj kvalitet i behandlingen. Der udarbejdes en praksis for en sikker overlevering af opgaven til anden part.
- At en tydelig behandlingsplan kan medvirke til at forebygge indlæggelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet startes primo 2019 i et samarbejde mellem afdelingen for "Hjertesygdomme" på HEM og Skive kommune. Opstartsmøde skal konkretisere hvilke roller og hvordan samarbejdet skal formaliseres og færdiggøre endelig projektbeskrivelse. Der forventes et resultat slut 2019.

Kontaktperson

Merete Bislev
mebi@skivekommune.dk
41531253

Tværgående, Struer Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Kommunerne i Vestklyngen og Hospitalsenheden Vest (HEV) har igangsat projektet Kom Godt Hjem. Et hurtigere forløb kan for gruppen af de svageste ældre virke uoverskuelig og utryk. For netop at sikre en god og tryk udskrivelse af specielt de svageste ældre, har Hospitalsenheden Vest sammen med kommuner og praktiserende læger startet et 3-årigt projekt med titlen "Kom godt hjem – udskrivelse af de svageste ældre". Målet er, at de svageste ældre og deres pårørende gerne skal opleve en bedre sammenhæng mellem hospitalets specialiserede behandling og egen læges og kommunens indsats.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Vestklyngen skal over de tre år (2017 - 2019) udvikle og afprøve tre indsatser til gavn for de svageste ældre.

1. Udskrivningssamtale via video. I de allermest komplekse behandlingsforløb skal der via video holdes en udskrivningssamtale. Her skal personale fra den udskrivende afdeling og fra kommunen samt evt. egen læge sammen med patienten og pårørende sikre, at der er god sammenhæng i behandlingen, og at patienten får en tryk og overskuelig udskrivelse.

2. Modtage besøg inden for 24 timer. Andet element i projektet er, at der inden for 24 timer efter udskrivelsen fra hospitalet kommer en kommunal sygeplejerske på besøg. Ved besøget vurderes borgerens samlede behov og situation, herunder om der er behov for at involvere fx egen læge eller andre fagpersoner. Der udarbejdes en samlet plan for det fortsatte forløb i samarbejde med borgeren og pårørende.
3. Specialiseret rådgivning døgnet rundt. Tredje element er, at det kommunale sundhedspersonale og egen læge døgnet rundt skal have adgang til specialiseret rådgivning fra hospitalet efter udskrivelse.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke evalueret.

Kontaktperson

Aniette Weibrecht
awe@struer.dk
24471309

Tværgående, Viborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Vi har i samarbejde med Hospitalsenhed Midt haft et projekt omkring varsling af udskrivelser fra hospital til kommune. Den regionale retningslinje "Den Gode Udskrivelse" bygger på Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne og praksissektoren. I praksis opleves det, at retningslinjen kan være vanskelig at bruge som et dagligt let håndterbart redskab. Særligt varslingsreglerne er uoverskueligt beskrevet og har givet anledning til en række UTH'er rapporteret fra kommune til hospital.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Hospitalsenhed Midt og Viborg Kommune har i fællesskab udarbejdet et hjælpeværktøj kaldet 'Sundhedsaftalen – Pixi-udgave, vedrørende kommunal forberedelsestid ved varsling af udskrivelse'. Redskabet skal gøre det lettere for det udskrivende personale på sygehuset at overholde varslingsreglerne samt at forberede "den gode udskrivelse". Hjælpeværktøjet henvender sig primært til medarbejderne på hospitalet og er godkendt af center- og afdelingsledelsen i Hospitalsenhed Midt. Pixi'en vil blive gældende for Hospitalsenhed Midt og dermed have positiv indflydelse på varsling af udskrivelse til samarbejdskommunerne – Viborg, Skive og Silkeborg.

Pixi-udgaven har været i test på to afdelinger på Viborg hospital i september måned og er blevet positivt evalueret fra både afdelinger og kommune. Næste skridt i arbejdet er implementering af pixi-udgaven på hospitalerne i Midtklyngen. I løbet af 2019 bliver der

desuden lavet en opfølgning på erfaringer med filmen i relationer til oplevelser af ”dårlige udskrivelser”

Hvilke ændringer har projektet medført?

Pixi-udgaven har som nævnt været i test på to afdelinger på Viborg hospital i september måned og er blevet positivt evalueret fra både afdelinger og kommune. Redskabet ses som en stor hjælp. Det giver et hurtigt overblik over de forskellige krav til varsling af udskrivelse afhængigt af patientens indlæggelsestid og behov for hjælp. Næste skridt i arbejdet er som nævnt implementering af pixi-udgaven på hospitalerne i Midtklyngen.

Kontaktperson

Anne Bull Skov
zas@viborg.dk
22280152

Tværgående, Viborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Filmen ”Den gode Udskrivelse” har til formål at give borgere og pårørende mere tryghed i udskrivningsforløbet. Filmen skal sikre bedre patientinformation for borgere, der udskrives, og som forventes at have brug for støtte i eget hjem efter udskrivelsen. Målgruppen er primært borgere, der udskrives, og som for første gang skal i kontakt med hjemmeplejen. Den sekundære målgruppe er borgere, som er kontakt med hjemmeplejen, men som har fået et øget støttebehov efter indlæggelsen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Filmen ”Den gode Udskrivelse” er resultatet af et samarbejde i Midtklyngen. Filmen er lavet med tilskud fra animationspuljen i Viborg Kommune og med delt betaling mellem de tre kommuner: Skive, Silkeborg og Viborg. Filmen vil blive taget i brug 1. marts 2019. Filmen beskriver et udskrivningsforløb og viser hvilke opgaver, der er borgerens eget ansvar, og hvilke opgaver, som man kan få hjælp til fra kommunen. Filmen skal vises ved udskrivelse fra hospitalet og ved første besøg fra hjemmeplejen i egen bolig. Filmen suppleres af et visitkort med alle kontaktoplysninger på borgers hjemkommunes visitation. Desuden gives orientering om hjemmesider, hvor der kan findes mere konkret information. Medarbejderne på Hospitalsenhed Midts sengeafsnit skal have kendskab til filmen og skal opfordre borgere i målgruppen (og deres pårørende) til at se filmen, inden borgerne udskrives. Hospitalsenhed Midt planlægger i øvrigt at inddrage filmen som del af den patientinformation, som stilles digitalt til rådighed ved indlæggelsen. Kommuner forpligter sig til, at filmen vises for alle borgere i målgruppen ved første besøg i hjemmet efter indlæggelsen. Alle medarbejdere skal have kendskab til filmen.

- Kvalitativt: Er man lykkedes med at udbrede filmen, så alle medarbejdere kender til den? Oplever man, at filmen er et udgangspunkt for at tale med borgeren om støttebehov efter

udskrivelsen? Oplever man i visitationerne, at borgerne har set filmen og er mere forberedte på, hvem der har hvilke opgaver?

- Kvantitativt: Hvor mange visninger har henholdsvis Skive, Silkeborg, Viborg og HEM haft?

Hvilke ændringer har projektet medført?

Filmen tages i brug 1. marts 2019, så der er ikke empiri før denne dato. Klyngestyregruppen skal have forelagt evaluering af filmen i november 2019. Det er forventningen, at borgerne føler sig bedre informeret. At de har et bedre indtryk af, hvad kommunen kan hjælpe med, og at de oplever, at der kommunikeres det samme fra hospital og kommune.

Kontaktperson

Maila Tandrup
mbta@viborg.dk
51156840

Center for Rehabilitering og Akutpleje, Assens Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der indskrives stadig flere borgere med meget komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov og ofte i ustabile forløb. Samtidigt ses et højt antal af genindlæggelser. Kommunens mobile akutteam samarbejder med centeret, men der er behov for, at personalet på centeret selv kan identificere og vurdere de akutte situationer samt varetage de akutte indsatser for at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og samtidig skabe sammenhæng til det rehabiliterende forløb, så der opretholdes kontinuitet og flow i forløbene

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Målgruppe: De ældre medicinske borgere og borgere med kroniske sygdomme i akutte og ustabile forløb. Der er særligt fokus på de forebyggelige indlæggelser: Væskemangel, lungebetændelse, forstoppelse, urinvejsinfektion og knoglebrud.

Kontinuerlig kvalitetsforbedring (målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensdeling).
Projektet skal bidrage til:

- at beskrive og implementere procesmål for et standardforløb af høj faglig kvalitet-
- at inddrage borgeren og målsætte det perfekte individuelle forløb ud fra standardforløbet
- implementering af systematiske arbejdsmetoder ved hjælp af sundhedspædagogiske redskaber (TOBS, ABCDE, triage, ISBAR) samt tidstro dokumentation.

Borgerens overgang til eget hjem fra sygehuset vil være veldokumenteret, målrettet og planlagt efter ophold på Center for Rehabilitering og Akutpleje, så der vil være kontinuitet ved overdragelsen til Hjemmeplejen og Den Kommunale Sygepleje.

Indikatorer:

- 80 % borgertilfredshed ved udskrivning fra Center for Rehabilitering og Akutpleje.
- Personalet kender og anvender TOBS, ABCDE, triage og ISBAR
- 90 % af borgerforløbene opfylder kvalitet for standardforløb.
- Maksimalt 20 % genindlæggelser

Hvilke ændringer har projektet medført?

Fokus på forbedrede overgange fra Center for Rehabilitering Akutpleje til eget hjem.

Kontaktperson

Mette Normann Hansen
Uddannelse og Udvikling, Assens Kommune
Søndre Havnevej 5, Assens
menoh@assens.dk
6474 7577

Tværgående, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Billund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Som en faglig konsekvens af den reviderede Vejledning for utilsigtede hændelser i sektorovergange har Sydvestjysk Sygehus i samarbejde med sygehusets optagekommuner oprettet en Netværksgruppe for Patientsikkerhed, hvor sygehusets og kommunernes risikomanagere deltager.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Gruppens kommissorium blev godkendt den 05.04.18, og der afholdes 4 møder i gruppen om året. Risikomanageren fra Sydvestjysk Sygehus er forkvinde og Risikomanageren i Varde Kommune er kommunal næstforkvinde. Der inviteres også andre aktører med efter behov, herunder Risikomanager fra Psykiatrien, Praksiskonsulenter, det præhospitalt område, apoteker osv. Gruppen refererer til Implementeringsgruppen for Indlæggelse, udskrivelse, IT og UTH'er, som er en implementeringsgruppe under Samordnings Fora. Gruppens hovedopgaver er:

1. Identificere væsentlige risikoområder i tværsektorielle patientforløb. Arbejde med særlige fokusområder med en fremadrettet forebyggende tilgang, herunder mønstre og tendenser som skal løses/løftes
2. Udvikle proaktive forbedringsforslag i forhold til udvalgte identificerede risikoområder. Sikre at der bringes kvalificerede emner ind i implementeringsgruppen og evt. SOF. Sikre at patientsikkerhed i sektorovergange dagsordensættes mere fokuseret.
3. Sikre videndeling og systematisk læring mellem aktører i Sysvestjysk Syghus' optageområde. Styrke samarbejdet mellem Risikomanagerne i SVS' optageområde, herunder planlægning af tværsektorielle analyse af konkrete UTH'er, samt vidensdeling af dette. Sikre kommunikationsvejen til og fra implementeringsgruppen, da ikke alle Risikomanagere er medlemmer i implementeringsgruppen.
4. Opfølgning på Utilsigtede hændelser. Opfølgning på enkelte UTH'er analyseres mellem de Risikomanagere, hvor hændelsen stammer fra. Opfølgning på mønstre og tendenser sker på hvert møde i gruppen, hvor data herom medtages fra DPSD.

Hvilke ændringer har projektet medført?

I 2018 har gruppen hovedsageligt fokuseret på datakvalitet, herunder at de tværsektorielle hændelser mærkes på Sydvestjysk Sygehus, så de kan fremsøges igen. Dette gøres ved, at initialmodtagere markerer hændelserne enkeltvis i DPSD, ved at skrive "overgang" i emneord 1. Derudover arbejdes der som emne med medicin ved udskrivelsen. Langt de fleste utilsigtede hændelser, der går på tværs af sygehus og kommune, handler om uoverensstemmelser i medicinen og/eller det dokumenterede. Arbejdet er i en planlægningsfase, hvor der er en bevidst grundig opmærksomhed på problemstillingen, inden der skrives til handling. Derudover er hovedopgave 1 og 4 faste punkter på dagsordenen.

Kontaktperson

Tove Olesen
tove.olesen@rsyd.dk
71182007

Kommunen overordnet, Esbjerg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der er etableret en Netværksgruppe for Riskmanagers i Sydvestjysk Sygehus' optageområde. Denne gruppe arbejder med Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i sektorovergange.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Netværket består af riskmanager fra kommunerne samt riskmanager fra Sydvestjysk Sygehus. Formålet er at styrke patientsikkerheden på tværs af sektorer gennem systematisk læring, vidensdeling og opfølgning på utilsigtede hændelser samt identificere risikoområder i tværsektorielle patientforløb med fokus på proaktive forbedringstiltag.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er ikke tiltag, der er gennemført endnu, men der arbejdes lige pt. med fokus på medicin før, under og efter en udskrivelse.

Kontaktperson

Tenna Bloch Olesen
Sydvestjysk Sygehus
tenna.bloch.olesen@rsyd.dk
2444 0170

Hjemmesygeplejen, Fanø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Etablering af sygepleje med akutfunktion. Klip fra projektresumé:

Baggrund: Jf. National handlingsplan for den ældre medicinske patient skal kommunerne fra 2018 leve op til kravene i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser". Kvalitetsstandarderne omfatter krav til indhold, målgruppe, visitation, volumen, kompetencer og samarbejde. Formålet med kvalitetsstandarderne er:

- at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet
- at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Kommunen skal sikre etablering af akutfunktion enten i den enkelte kommune eller i tværkommunalt samarbejde. I 2017 skal kommunerne implementere de nye standarder og anbefalinger med henblik på at kunne leve op til kravene fra 2018. Kravene er et led i

overgaveoverdragelsen mellem sygehus og kommune, der betyder at, sygehusene udskriver patienter med komplekse sygeplejeopgaver til kommunalt regi. Hensigten er, udover tidligere udskrivelse, at forbygge unødvendige indlæggelser hos den ældre medicinske patient. Dette kræver kapacitetsopbygning og kompetenceudvikling i alle kommuner. Fanø Kommune har hentet inspiration fra Varde Kommune og Esbjerg Kommune, der begge har projekter på området. Fanø Kommunes udfordringer som ø-kommune med ca. 3300 indbyggere er blandt andet at:

- i forhold til større kommuner er volumen / patient flowet lille => vedligeholdelse af kompetencer og rutiner kan blive en udfordring.
- lille personalegruppe => ved akut fravær kan det være vanskeligt at dække ind for sygeplejerske, der har specifikke kompetencer.
- 1 sygeplejerske i vagt ad gangen aften, weekend, helligdage => sårbart i forhold til ændringer i opgavemængden. Gruppen af hjemmesygeplejersker i Fanø Kommune er med henblik på varetagelse af akutsygepleje udvidet fra 6 til 8 sygeplejersker.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Klip fra projektresumé:

Målgruppe: Akutfunktionerne skal kunne varetage:

- Lægehenviste patienter med akut opstået behov eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse
- Lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen
- Patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats (Jf. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, SST 2017).

Formål:

- At understøtte at borgeren mestrer livet hele livet
- At forebygge unødige sygehusindlæggelser
- At sikre en ensartet og høj kvalitet i den kommunale akutfunktion (Jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder).

Forudsætninger:

- Nødvendige økonomiske ressourcer, personalemæssige ressourcer samt udstyr.
- Samarbejdsaftaler med Sydvestjysk Sygehus og Esbjerg Kommune.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Klip fra projektresumé:

Sygeplejeindsatser, akutfunktion: Sygepleje-indsatskataloget udvides med fem sygeplejeindsatser for akutfunktion:

1. Følge ind på sygehuset. Sygeplejerske fra Fanø Kommune kontakter skriftligt/telefonisk Sygeplejerske fra Akutteamet, Esbjerg som er på FAM (Fælles Akut Modtageafsnit). for at sikre den gode overlevering.
2. Følge hjem. Følge hjem fra sygehuset. Borgere over 18 år, der er i risiko for genindlæggelse (ex. den ældre medicinske patient), følges hjem fra sygehuset/FAM. Indsatser koordineres mellem kommune og FAM, og nødvendig behandling/observation efter udskrivelse iværksættes.
3. Tidlig opsporing. Indsats med henblik på at opspore tegn på begyndende sygdom hos borgere i risiko for indlæggelse/genindlæggelse med særlig fokus på DÆMP borgere. Sygeplejerske, Fanø Kommune iværksætter indsatsen. Efter behov inddrages sygeplejerske fra akutteamet, Esbjerg i henhold til samarbejdsaftale.
4. Koordinering af borgerforløb. Indsats med henblik på at koordinere forløb hos borgere med delir eller demens. Sygeplejerske, Fanø Kommune koordinerer. Efter behov inddrages sygeplejerske fra akutteamet, Esbjerg i henhold til samarbejdsaftale.
5. Delegeret behandling fra FAM til akutteamet. Sygeplejegruppen, Fanø Kommune varetager delegeret behandling fra sygehus, praktiserende læge, vagtlæge i et samarbejde med Akutteamet, Esbjerg i henhold til samarbejdsaftale.

Kontaktperson

Agnete Steffensen
Sundhed & Administration, Velfærd, Fanø Kommune
Skolevej 5 - 7, 6720 Fanø
as@fanoe.dk
76660867

Tværgående, Fanø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Man har genoplivet en tværsektoriel underarbejdsgruppe med deltagere fra Sydvestjysk Sygehus og de fem kommuner omkring – heriblandt Fanø Kommune, hvor man arbejder forebyggende ud fra de tværsektorielle hændelser, der indberettes.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Klip fra ovennævnte gruppes kommissorium:

Formålet er at sikre en systematisk vidensdeling, opfølgning og læring af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange.

Målet er:

- At indsamle, analysere og formidle viden om utilsigtede hændelser
- At understøtte udviklingen af et miljø, hvor det er muligt for personalet at håndtere utilsigtede hændelser og drage læring heraf
- At sikre at de enkelte sektorer opnår viden, således at UTH kan forebygges i sektorovergangene

Succeskriterier (inkl. målemetoder):

- Alle ansatte er bekendte med indberetning af UTH
- Alt relevant personale opnår kendskab til ny viden/læring.

Nødvendige forudsætninger:

- At der i den enkelte organisation afsættes de nødvendige faglige samt tidsmæssige ressourcer til opgaven.

Tilhørsforhold:

- Underarbejdsgruppen referer til Det Lokale Samordningsforum, som underarbejdsgruppen rapporterer til 2 gange årligt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Underarbejdsgruppen arbejder med særlige fokusområder med en fremadrettet forebyggende tilgang, herunder mønstre og tendenser som skal løses/løftes.

Emner for 2018 og 2019: Datakvalitet og Medicinafstemning ved udskrivelse.

Kontaktperson

Agnete Steffensen
Sundhed & Administration, Velfærd, Fanø Kommune
Skolevej 5 - 7, 6720 Fanø
as@fanoe.dk
76660867

Sundhedsplejen, Fredericia Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projekt puljemidler fra Sundhedsstyrelsen til at sikre overgange for gravide i sårbare situationer mellem sektorerne: egen læge, jordemoder og sundhedspleje.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Målgruppen: Gravide før uge 20 og indtil barsel 2mdr. efter fødsel.

Svangreomsorgens niveau 3, et udvidet tilbud, der involverer tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen.

Problemstillingerne er af kompleks karakter fx:

- Psykiatriske/psykologiske problemer
- Nyopståede eller kroniske sygdomme
- Sværere sociale problemstillinger af økonomiske eller familiære karakter

Formål med projektet

- At sikre barnets fysiske trivsel og mentale sundhed
- At forebygge genindlæggelser
- At understøtte, at en del af målgruppen kan deltage i fx forældrekurser og i andre af kommunens ordinære tilbud.

Organisatorisk:

- At komme nærmere på hvem svangreomsorgens niveau 3 omfatter
- At udvikle det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde til gavn for de gravide
- At udvikle en pakke, der indeholder indsatser, der styrker den gravides (og partnerens) forældrekompetencer og barnets sundhed og trivsel gennem svangerskabet og barselsperioden.

Evalueringsdesign Niras:

- Kortlægning
- Halvårlig indberetning om aktiviteter og erfaringer i projekterne. Antal visiterede gravide, projektets aktiviteter og de involverede aktørers rolle
- Dybdeinterview med centrale parter

- Dybdeinterview med projektleder, praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker. Fokus på gode erfaringer og udfordringer i projektets dimensioner
- Casebesøg hos jer
- Heldagsbesøg af NIRAS med forskellige former for interview og indtryk. Fokus er både på projektets resultater og udfordringer samt de gravides oplevelser med projektet

Evalueringsdesign Sundhedsstyrelsen:

- Halvårlig indberetning om aktiviteter og erfaringer i projekterne. Antal visiterede gravide, projektets aktiviteter og de involverede aktørers rolle, samt budget opfølgning
- Slutevaluering med revision på budget

Evalueringsdesign Egen evaluering:

- Personalemøder med koordinator, jordemoder (2 år), Socialrådgiver KKP, Sundhedsplejerske og projektleder 1 gang i måneden med justeringer
- Sidste projekt-år er jordemoder ændret til PPR psykolog med fokus på prænatal tilknytning
- Spørgeskemaer til familierne når de kom ind i projektet, var midt i og ved afslutning i projektet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Statistik:

- 152 henvist (107 henvist fra jordemoder, 45 henvist af andre)
- 93 deltagere (78 afsluttet – 34 løftet til niveau 2 = 43,5%)
- Hvilke udfordringer var grunden til henvisningen?
 - Sundhedsfaglige: 3
 - Psykologiske: 81
 - Sociale: 68
- Hvilke tilbud har de gravide og barslende modtaget?
 - 19 Individuelle tilbud: psykolog samtaler, KKP- socialrådgiver, praktisk hjælp, sundhedsplejerske hjemmebesøg
 - 39 Gruppe tilbud (graviditets gruppe, Barselsgruppe, 20 Unge familier)

Erfaringer med tværsektorielt og tværfagligt samarbejde: Copy fra Tillæg til ansøgning 1-1611-25/11/KAD jf. brev af 14. oktober 2014: Fredericia Kommune har gennem flere år, høstet gode erfaringer fra samarbejdet med Fredericia Kommunes lokale jordemoder. Sundhedsplejen i Fredericia har tidligere haft et tilfredsstillende samarbejde med Chef-jordemoder på Kolding sygehus, men dette er ikke eksisterende pt. Denne mangel på samarbejde, er der gennem de

seneste måneder arbejdet hårdt på, at få reetableret og Sundhedsplejen i Fredericia vil fortsat arbejde for en genetablering af samarbejde. Vores familiechef og sundhedschef har fokus på problematikken og arbejder på højtryk, de er målrettet og opsat på at finde en løsning.

Nuværende: Ved sidste styregruppemøde er dette ført til referat: Chefjordemoder Anne Uller oplever, at der er et godt samarbejde omkring svangreomsorg mellem sygehus Lillebælt og Fredericia Kommune. Oplever, at de organisatoriske strenge er blevet styrket. Oplever desuden Fredericia Kommune som særligt gode i forhold til samarbejde og tilbud til sårbare. Dette samarbejde er ved at blive udbygget pt. anno 2019.

Kontaktperson

Else Marie Rask Larsen
Fredericia Kommune, Familie & Børnesundhed
Else.larsen@fredericia.dk
72107470/40759057

Sundhedsplejen, Fredericia Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Fredericia Kommune har mange socioøkonomiske udfordringer. Af de Kommunale Nøgletal fra Økonomi- og indenrigsministeriet fremgår det bl.a., at på nøgletallet Socioøkonomisk Indeks har Fredericia Kommune det 79. højeste socioøkonomiske indeks blandt landets 98 kommuner. På børneområdet fremgår det i KORA (VIVE) analysen ”Dagtilbudsområdet– kortlægning af kommunernes personaleforbrug og strukturelle vilkår” fra 2016 bl.a., at Fredericia Kommune er placeret i den andel af kommuner med den højeste andel af sårbare 0-5 årige (De sårbare børn defineres i analysen som de 10 pct. af de 0-5-årige børn på landsplan, der har den største sandsynlighed for at modtage en social foranstaltning).

Sammen med flere andre nøgletal, peger det på, at Fredericia Kommune er under et stigende pres på de sårbare børn, unge og familier. Vi vil i Fredericia Kommune i dette projekt arbejde ud fra en vision om, at en tværfaglig tidlig indsats overfor sårbare familier kan forebygge mistrivlsen blandt børn og unge, så de kan udvikle sig normalt. Dette skal ske via et forstærket tværsamarbejde, hovedsageligt mellem pædagogisk personale og sundhedsplejepersonale, hvor man via afprøvning af fælles metoder og værktøjer bliver bedre til at kategorisere og målrette indsatser over for sårbare børn og deres familier.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

- Afprøvning og kvalitetsudvikling af et fælles værktøj i en ny tværfaglig kontekst, der kan være med til at vurdere, synliggøre og kategorisere barnets trivsel i relation til den arena det befinder sig i.

- At mindske tabet af viden i overgange om barnet / familiens sårbarhed, ressourcer og resiliens, så der kan sættes tidligere og specifikt ind med støtte.
- At via fælles mål og viden blandt fagpersoner fremme barnets udvikling.
- At vi via tidlig opsporing får udarbejdet specifikke handleplaner for de ca. 25 % af børnene der har særlige udfordringer og behov – ud over de generelle handleplaner der udarbejdes i daginstitutionerne.
- 80 % af de børn som ses flere gange i projektperioden, opnår en progression, ved enten at fastholde en god udvikling eller ændre kategorisering eks. ændre fra niveau 4 til 3 og fra 3 til 2.
- Børnelinealen afprøves som tværfaglig værktøj til vurdering af barnets udvikling og trivsel. Familierådgivningen i Fredericia Kommune anvender i forvejen børnelinealen som værktøj. Det vurderes derfor som en fordel, hvis det samme værktøj kan udvikles til anvendelse blandt flere professionelle aktører omkring familien, så de taler samme "sprog". Børnelinealen skal også anvendes til at kategorisere familierne.
- Sundhedsplejersken introducerer projektet for familier, der bor i det udvalgte daginstitutionsområde. Når barnet er indskrevet tager, pladsanvisningen kontakt til sundhedsplejen
- Sundhedsplejen tager kontakt til familien og den pasningsordning barnet er opskrevet til for at koordinere et fælles besøg.
- Hjemmebesøg med pædagog og sundhedsplejerske med fokus på formidling af viden om barnets / familiens ressourcer, udfordringer og resiliens.
- Den 3 årige sprogscreening i daginstitutionen vil blive en integrerbar del af projektet
- Udvikling af individuelle og gruppe forløb for niveau 3 og 4 med COS-P.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Organiseringen og procedurer for 1. overgang samt henvisningen til COS-P forløb er på plads. Tilbuddet om hjemmebesøg i 1. overgang er iværksat i august/september 2018. Frem til 1. oktober er der tilbudt 25 hjemmebesøg, hvoraf 23 er afholdt og kun 2 har takket nej til tilbuddet, hvor opstartsmøderne i stedet er afholdt i dagtilbuddet uden sundhedsplejerske. Der er primært positive tilkendegivelser fra både pædagoger og sundhedsplejersker ift. udbyttet og oplevelsen af, at møderne giver mening. De møder, der umiddelbart giver mindst mening, er møderne med de ressourcestærke familier, hvor sundhedsplejersken føler sig mere overflødig. 5 sundhedsplejersker, 4 pædagoger og projektleder har deltaget i COS-P uddannelse. COS-P forløb for forældre er udbudt, men der er endnu ikke modtaget nok indstillinger til at danne en gruppe.

Arbejdet omkring en fælles sproglig referenceramme ud fra Trivselslinealen er ligeledes igangsat og er en igangværende proces, som kræver øvelse for alle parter. Det er et værktøj, der bl.a. er med til at synliggøre de 2 faggruppers forskellige perspektiver på

børn/familier/problematikker. Der er meget stor ledelsesmæssig og tværfaglig bevågenhed og samarbejde på området. Fortroligheden i det tværfaglige samarbejde bliver løbende større, især blandt deltagerne på de tværfaglige workshops. Medarbejdere, der i starten oplevede frustrationer, qua deres manglende erfaring med projektarbejde og at arbejde i processer, hvor f.eks. procedurer ændres, går nu forrest og siger: "Jamen ting tager tid og skal lige indarbejdes og måske skal det ændres, men det er ok. Vi skal alle øve os – det er en proces".

Kontaktperson

Else Marie Rask Larsen
Familie & Børnesundhed, Fredericia Kommune
Else.larsen@fredericia.dk
7210 7470 / 4075 9057

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Fredericia Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

SAM:BO aftalen i region syd.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Vi er i gang med at implementere SAM:BO aftalen på alle §107 og §108 bosteder i Fredericia. Implementeringen omhandler både forløb 0-5 og 6-8. Desuden er vi i gang med at implementere FSIII som sundhedsfaglig dokumentation på de samme botilbud. Dette er med til at sikre bedre dokumentation i patientovergange.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har indtil nu medført at flere informationer deles imellem region og kommune. Planlægningen omkring borgernes udskrivelse bliver bedre forberedt. Projektet har medført, at Fredericia Kommune har fået drøftet og beskrevet ansvarsfordelingen af sundhedsopgaverne i sektorovergange. Dette er med til at sikre de korrekte kompetencer i vurdering og delegering af sundhedsopgaver.

Kontaktperson

Line Brinch Christensen
Fredericia Kommune
Gothersgade 20, 7000 Fredericia
line.christensen@fredericia.dk
20926724

Hjemmesygepleje, Haderslev Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projektet sker i samarbejde med de sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland (SHS). Projektet er et ud af tre projekter under paraplyen: "gøre det lettere at nå hinanden". Projektet har til formål at forbedre kommunikationen imellem Sygehus Sønderjyllands FAM-afdeling og Haderslev Kommunes akutteam ved akutte indlæggelser og udskrivelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Organisering: Da det er et delprojekt under en større paraply med flere aktører på tværs af kommuner og SHS, er dette projekt forankret med en central projektleder og projektgruppe på Lærings- og Forskningshuset på SHS. Da alle delprojekter indeholder velfærdsteknologi, er der nedsat en tværgående IT-arbejdsgruppe, hvor der er deltagere fra de deltagende kommuner og SHS. Ydermere er der nedsat en arbejdsgruppe, som blandt andet står for at sikre ensartethed på tværs af kommunerne, sikre det faglige indhold samt fremdrift i de enkelte kommuner.

Formål: Projektet gør brug af en skærmløsning, hvor sygeplejersker fra SHS tager kontakt til sygeplejersker i akutteamet i Haderslev og omvendt. Ved at anvende skærmløsning i stedet for telefon forventer man en forbedring i relationen og kommunikationen medarbejderne imellem og dermed også en forbedring i informationsstrømmen imellem kommunen og SHS ved akutte indlæggelser og udskrivelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke afsluttet og er kun pilottestet i Aabenraa Kommune.

Kontaktperson

Lene Bjørn Jensen
lbj@haderslev.dk
74347049

Hjemmesygepleje, Kolding Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Baggrunden for projektet er, at man oplevede mange utilsigtede hændelser i overgangen fra sygehuset og over til den kommunale sygepleje. De utilsigtede hændelser omhandler mangelfulde oplysninger, fejl i den medgivne medicin og at der ikke sendes recepter på ny medicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der laves to møder, hvor to kommuner og to sygehusafdelinger mødes. Ved første møde afdækkes, hvor de fleste utilsigtede hændelser sker i overgangen: indlæggelse, flytning fra sygehusafdeling til sygehusafdeling og udskrivelse.

Der blev aftalt forskellige prøvehandlinger. De prøvehandlinger vi startede op var:

1. Der blev taget kontakt til kommunens udskrivelseskoordinatorer, som fik til ansvar at gøre ekstra opmærksom ved udskrivelse, hvor det ikke var til eget hjem, f.eks. til genoptræning.
2. Kommunernes sygeplejersker oplevede mange problemer, når det ikke var tydeliggjort, når der var "for mange" tabletter i den dispenserede medicin, fordi sygehusafdelingen ikke havde den rette styrke.
3. Forsøge at lave et overblik over, hvilke medicinpræparater, som er nødvendige at sende med ind ved indlæggelse på sygehuset. Ved andet møde fremlægges de få resultater, som allerede er fremkommet.
 - a. Udskrivelseskoordinatorerne havde allerede dette på deres tjekliste, men ville gerne gøre en større indsats for at gøre det tydeligt. Sygehuset melder tilbage, at det ikke er oplevet nogen forandring.
 - b. Denne prøvehandling var sat i værk sat fra sygehusafdelingen, og de melder tilbage, at klistermærkerne ikke har været nemme at lave og de derfor ikke er startet op endnu.
 - c. Det har været rigtigt svært at finde ud af, hvilke præparater de forskellige sygehusafdelinger havde brug for kom med ind. Specielt fordi der er meget stor forskel på, hvad kirurgiske afdelinger og medicinske afdelinger har behov for. På denne baggrund bliver det for kompliceret at lave en liste over præparater, og derfor er der ikke gået videre med dette. Effekten blev målt i, om der skulle indrapporteres færre UTH'er end tidligere. Da der ikke var tal på, hvor mange UTH'er, som blev indberettet, bliver det en meget subjektiv måling, om sygeplejerskerne synes, at der var færre UTH'er at indberette.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vores første prøvehandling medførte ikke nogen ændring, da udskrivelseskoordinatorerne allerede havde en tjekliste, hvor på der stod, hvad de skulle gøre/være opmærksom på omkring udskrivelser til andre steder end hjemmet.

Prøvehandling nummer to har ført til, at der ikke opleves de samme opkald omkring "fejl"-dispenseret medicin fra sygehuset.

Prøvehandling tre er der ikke kommet nogen ændring ud af. Problemet er, at de forskellige sygehusafdelinger ikke er enige om, hvad der er præparater, som borgeren selv skal have med ind. Derfor bliver det som det altid har været, at al medicin i originale æsker sendes med ind på sygehuset.

Kontaktperson

Vivi Christensen Fyhn
vivfy@kolding.dk
92437771

Hjemmesygepleje, Kolding Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Inden prøvehandlingens start bliver der ved hjemsendelse af borgere sendt en korrespondance fra Akutafdelingen til den kommunale sygepleje. Heri bliver beskrevet: hvorfor borgeren kom på sygehuset, hvilke interventioner der er blevet udført, samt hvis der bør følges op på interventionerne i den kommunale sygepleje.

Opmærksomhedspunkt: Dermed er der sparsom mulighed for sparring og dialog omkring borgerens videre forløb i hjemmet, hvilket kan medføre utilstrækkelig opfølgning på iværksat behandling. Projektet tilstræber at sikre bedre sammenhæng i borgerens oplevede behandling og sundhedsfaglig vidensdeling ved overgangen fra FAM til Kolding Kommune. Dette skal bidrage til at øge kvaliteten af plejen af Koldings borgere og medvirke til at undgå genindlæggelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Mål:

- Undgå genindlæggelser
- Bedre borgeroplevet sammenhæng i sundhedstilbuddene
- Bedre vidensdeling mellem Akutafdelingen og den kommunale sygepleje.

Fast Track er et datadelingsprojekt mellem Kolding Kommune og Akutafdelingen Kolding Sygehus, hvor fagpersonale på sygehuset har mulighed for at læse registrerede data om ikke indlagte patienter i en tidsbegrænset periode. Projektet er bygget op omkring Appinux, en fælles platform, hvor hjemmeplejen og sygeplejen i Kolding Kommune arbejder sammen om indsamling og ageren på data. Hvis en borger kommer på sygehuset, kan disse data deles med sygehuset, medfulgt af en personlig besked, hvor der ud fra ISBAR bliver beskrevet relevante informationer om borgeren.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Prøvehandlingen løb fra 1.-28. februar 2019. I marts måned vil handlingen evalueres gennem mundlig tilbagemelding til akutteam og koordinører.

Kontaktperson

Philip Brix Juel Pedersen

phipe@kolding.dk

40223160

Hjemmesygepleje, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Baggrunden for GERI kuffert projektet var et ønske om at forebygge akutte indlæggelser og reducere (varigt) funktionstab.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Gerikuffert projektet udspringer af satspuljen: "styrket sammenhæng for de svageste ældre". Formål er at forebygge akutte (forebyggelige) indlæggelse samt styrke det tværsektorielle samarbejde imellem kommune, praktiserende læge og sygehus. Gerikufferten består af udstyr til helbredsmålinger, som kan kvalificere lægens vurderings./beslutningsgrundlag samt en telemedicinsk platform, som fungerer som et fælles kommunikativt værktøj imellem de 3 sektorer til hurtig vidensdeling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ikke afsluttet.

Kontaktperson

Lisbeth Melbye
lmelby@nordfynskommune.dk
24910513

Tværgående, Nyborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Virtuel Udskrivningskonference (VUK): Der er tale om et tværgående projekt mellem OUH og 4 fynske kommuner, hvor der i forbindelse med udskrivelse af indlagte patienter etableres videokonference mellem kommune og sygehus med tilstedeværelse af patienten samt eventuelle pårørende. Det overordnede formål med VUK er at sikre en høj grad af patientinddragelse, høj kvalitet i behandlingen og et tværsektorielt ansvar for et sammenhængende patientforløb. Formålet med VUK er, at borger og pårørende oplever en tryk udskrivelse fra sygehus til kommune, samt mindske risikoen for utilsigtede hændelser og genindlæggelse. Desuden får borger og pårørende mulighed for at præsentere deres helhedsperspektiv på situationen og fremtiden i en tættere dialog med såvel sygehusafdeling som kommune, hvorved der skabes mulighed for, i et virtuelt rum, at opnå større gensidigt kendskab til baggrunden for det endelige udskrivelsesforløb.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Målgruppen er indlagte borgere, som i forvejen er kendt af kommunen og modtager ydelser herfra eller borgere, som ikke i forvejen er kendt af kommunen, men formentlig har behov for kommunale ydelser efter udskrivelsen. Borgeren kan have komplekse problemstillinger, som kræver udvidet koordinering, men det kan også være borgere, som er utrygge ved udskrivelsen. Ved at inddrage borger i en virtuel dialog kan borger blive bekræftet i, at kommunen kan varetage det videre forløb. Både kommune og sygehusafdeling kan tage initiativ til VUK, der afholdes så tidligt, at der er mulighed for at iværksætte foranstaltninger i kommunen og i borgers eget hjem. VUK supplerer, men erstatter ikke den skriftlige kommunikation. Udskrivningstidspunktet må ikke forhales på grund af planlægningen af VUK.

VUK på sygehusafdelingens initiativ: I det øjeblik afdelingen konstaterer, at der er behov for udvidet koordinering og/eller patienten og pårørende giver udtryk for utryghed ved at patienten skal hjem, tager afdelingen kontakt til kommunen med henblik på VUK. Sygehuset indhenter oplysninger på de kommunale deltagere samt mailadresse på pårørende. Kontakten kan ske pr. telefon eller i en plejeforløbsplan. Forinden har afdelingen indhentet patientens samtykke. Deltagerne forbereder sig inden mødet.

VUK på kommunens initiativ: Modtager borgeren i forvejen kommunale ydelser, får kommunen automatisk information om, at borgeren er indlagt. Med det kendskab kommunen har til borgeren kan de umiddelbart eller på baggrund af første plejeforløbsplan vurdere, om der er behov for udvidet koordinering eller særlig tryghedsbehov hos borger og/eller pårørende. Er det tilfældet, kontakter kommunen sygehusafdelingen telefonisk med henblik på VUK eller skriver i svaret på plejeforløbsplanen, at kommunen vurderer behov for udvidet koordinering og VUK. Kommunen oplyser desuden, hvem der skal deltage fra kommunal side. Sygehuset indhenter mailadresse på pårørende. Sygehusafdelingen indhenter patientens samtykke. Deltagerne forbereder sig inden mødet.

Afholdelse af VUK:

- Deltagerne er klar på aftalt tidspunkt med tændt udstyr. Pårørende kan enten koble sig på fra sit eget digitale medie, møde på kommunen og sidde sammen med kommunens deltagere eller møde på sygehuset og deltage sammen med patienten og sygehusets deltagere.
- Deltagerne ringer op.
- Den sektor der har taget initiativet er ordstyrer.
- Det er ordstyrer, der har ansvaret for en opsamling af det aftalte ved afslutningen af konferencen.
- Ordstyrer afslutter mødet.
- Afholdelse og resultatet af VUK'en dokumenteres i EPJ af sygehusafdelingen, i plejeforløbsplan under udskrivningskonferencer, og sendes til kommunen.

- Information til egen læge dokumenteres i epikrisen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ved anvendelse af VUK bliver afstanden mellem sygehus, kommune og pårørende ikke en forhindring for en god dialog. VUK er med til at effektivisere forløbene og skabe kvalitet i samarbejdet på tværs af sektorer. Gode udskrivningskonferencer reducerer behovet for telefoniske spørgsmål til den skriftlige kommunikation. Desuden er der ved VUK mulighed for at sikre en bedre fælles planlægning af patientens udskrivelse, herunder at sikre realistiske færdigbehandlingsdatoer og dermed forbygge annullering af udskrivelser. Den direkte kommunikation "face to face" er med til at forbedre dialogen og forebygge misforståelser.

Kontaktperson

Annette Rogde Petterson
Nyborg Kommune
Torvet 1, 5800 Nyborg
annp@nyborg.dk
63337339

Sundheds- og sygeplejecentre, Nyborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projektet blev iværksat for at sikre kvalitet i eksterne patientovergange, i forbindelse med borgeres midlertidige ophold på rehabiliteringscenter efter udskrivelse fra sygehus samt sikring af de interne patientovergange fra rehabiliteringscenter og hjem i eget hjem. Der er tale om meget komplekse forløb, der kræver megen koordinering og planlægning.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

På rehabiliteringscenteret afholdes koordinationsmøder med deltagelse af visitationen, hvor hjemtagelse af borger fra sygehus koordineres. Derudover afholdes der under borgerens ophold på rehabiliteringscenteret målmøder med deltagelse af borger, pårørende samt relevante interne samarbejdspartnere i kommunen (f.eks. hjemmeplejen, sygeplejen, træningsafdelingen, socialafdelingen etc.) for at sikre kvalitet i overgangen mellem rehabiliteringscenter og eget hjem. Det kan fx være i forhold til foranstaltning af hjælpemidler, genoptræning, hvilke behov har borger, hvorledes understøttes behovene osv.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Med møderne effektiviseres patientovergangene, idet der med dialog og medinddragelse af borger og pårørende forventningsafstemmes i forhold til målet for opholdet på rehabiliteringscenteret. Det kan forebygge misforståelser samt sikre tryghed blandt borger og pårørende, at de opnår kendskab til forløbet. De forskellige samarbejdspartnere, får med møderne større kendskab til hinandens arbejdsområder og hvilke muligheder der kan

iværksættes i kommunen. Det kan dog være udfordrende at få alle relevante parter samlet på ét sted og på ét tidspunkt.

Kontaktperson

Annette Rogde Petterson
Nyborg Kommune
Torvet 1, 5800 Nyborg
annp@nyborg.dk
63337339

Tværgående, Nyborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Nyborg Kommune deltager i samarbejde med gerontopsykiatrisk afdeling i projekt vedr. telemedicin. Vha. telemedicin etableres virtuelle møder mellem gerontopsykiatrisk afdeling og borger/pårørende samt personale fra plejecenter, hvor borger er bosat. De virtuelle møder erstatter nogle af de ambulante besøg, men anses primært som et supplement.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Det er gerontopsykiatrisk afdeling, der er ansvarlig for indkaldelse til møderne. Det er en forudsætning for møderne, at borger deltager og kan håndtere dette. Med møderne fokuseres bl.a. på borgers døgnrytmeplaner samt eventuel behov for justering af medicin.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Idet der er tale om en meget sårbar patientgruppe, kan de virtuelle møder være et godt supplement til de ambulante besøg på sygehus, da denne patientgruppe kan opleve det meget voldsomt at komme i uvante omgivelser (sygehus) og væk fra dagligdagens tryghed og genkendelighed. At pårørende har mulighed for at deltage, kan for nogle borgere have en beroligende effekt. Samtidig opnår de pårørende information om videre plan og behandling ved deres deltagelse i møderne.

Kontaktperson

Jakob Slot Schmidt
Nyborg Kommune
jass@nyborg.dk
6333 7554

Tværgående, Svendborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

At styrke sammenhængende og koordinerede palliative forløb for borgere med livstruende sygdomme og døende borgere. Projektet foregår i plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygeplejen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

"Min sidste tid" er et modelkommuneprojekt, som Sundhedsstyrelsen via satspuljen "Den værdige død" har afsat midler til. I Svendborg Kommune har vi haft fokus på fire indsatsområder, der tilsammen dækker satspuljens formål. Det er indsatsområde 2, der er mest relevant for denne besvarelse, hvorfor aktiviteter herunder er beskrevet kort.

1. Tidlig afklaring af borgerens ønsker og behov. Der er opstillet følgende målsætninger:
 - a) 80 % af borgerne dør i rammer der er i overensstemmelse med deres ønsker.
 - b) Flere borgere oplever at deres ønsker til rammerne for døden og den sidste tid kan og vil blive imødekommet.
 - c) Der foretages en tidlig, kontinuerlig og dokumenteret afklaring ift. borgernes ønsker til døden og den sidste tid.
2. Samarbejde og koordination på tværs af fag og sektorer. Der er opstillet følgende målsætninger:
 - a. At flere borgere og pårørende oplever, at der sker en koordinering tværfagligt og tværsektorielt. I projektperioden har der været afprøvet konkrete samarbejdsredskaber og -metoder med tre af projektets eksterne samarbejdspartnere: Hospice Sydfyn, Almen praksis og Afd. G, OUH Svendborg Sygehus. Med Hospice Sydfyn har vi konkret afprøvet en såkaldt Hospice-hotline. Med etableringen af denne hotline har vi ønsket at skabe mulighed for vidensdeling og sparring mellem Hospice Sydfyns sygeplejersker og Svendborg Kommunes sygeplejersker. I projektperioden har der været forsøgt afprøvet flere metoder til at videregive viden om borgere/patienter i palliative forløb i samarbejdet med almen praksis. Med afdeling G, Svendborg Sygehus har vi afprøvet et særligt behovsvurderingsskema hos patienter med palliative behov: Dette skema sender afdelingen med de elektroniske udskrivelsesmeddelelser til sygeplejersker/visitatorer i kommunen, således bliver modtageren hurtigt adviseret om, at det er en borger der er eller skal i et palliativt forløb, og de sygeplejersker der skal besøge borgeren, har viden om hvilke palliative behov borgeren selv giver udtryk for at have.
3. De pårørende. Der er opstillet følgende målsætninger:
 - a) Mindske utryghed hos pårørende

- b) Bedre kommunikation og relationsdannelse med pårørende.
4. Kompetenceudvikling. Der er opstillet følgende målsætninger:
- a) Der foretages en tidlig, løbende og dokumenteret afklaring i forhold til borgernes ønsker til døden
 - b) Flere medarbejdere oplever sig kompetente til at håndtere borgernes sidste timer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Via projektets samarbejdsaktiviteter er der identificeret og konkretiseret en vigtig faktor, der kan hæmme eller fremme samarbejdet. Næmlig det forhold, at den enkelte samarbejdspartner kan være tilbøjelig til at anskue egne opgaver som isolerede indsatser, der iværksættes og afsluttes, i modsætning til at anskue dem som delelementer af borgerens/patientens samlede forløb, i sammenhæng med og forbundet til de øvrige faggruppers/sectorers indsatser. Et eksempel på en 'silo-tænkning' hvor perspektivet snarere er et systemperspektiv end et borgerperspektiv.

Kontaktperson

Mejse Holstein
Myndighedsafdelingen, Svendborg Kommune
mejse.holstein@svendborg.dk
21591070

Tværgående, Svendborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projektet foregår i plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje – det er ikke muligt at afkrydse flere kategorier ovenfor. Projektet er i samarbejde med OUH Svendborg Sygehus, og et delelement af deres projekt 'Demensvenligt sygehus'. Det delprojekt som Svendborg Kommune er involveret i, har fokus på overdragelse af viden ved sektorovergange for borgere med demens.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der arbejdes i delprojektet med at udvikle en fælles skabelon for videregivelse af viden ved indlæggelse og udskrivelse af borgere med demens, som kan indgå i den allerede eksisterende elektroniske kommunikation.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der har været afholdt flere udviklingsworkshops på tværs af sygehus og kommune, aktiviteterne er fortsat under udvikling, hvorfor ændringer endnu ikke kan registreres.

Kontaktperson

Inge Langkilde Larsen
Myndighedsafdelingen, Svendborg Kommune
inge.langkilde.larsen@svendborg.dk
24639657

Tværgående, Sønderborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der er udfordringer med overblikket af den aktuelle medicinering i relation til borgere, der udskrives fra sygehuset. Der er risiko for, at borgeren ikke får den rette medicinering efter udskrivelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

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. Formålet med medicinafstemning er at sikre, at borgeren får de korrekte lægemidler og at forebygge utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange.

Hvilke ændringer har projektet medført?

I praksis betyder medicinafstemning, at oplysninger om borgers lægemiddelbehandling på et givet tidspunkt sammenlignes med tidligere oplysninger og eventuelle uoverensstemmelser afklares eller rettes. Der samarbejdes med Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune omkring en værdistrømsanalyse for at identificere områder, som kan forbedres.

Kontaktperson

Tina Hallund
Job og Velfærd
thal@sonderborg.dk
27 90 44 49

Tværgående, Tønder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Implementeringen af den nye vejledning vedrørende UTH'er i sektorovergangene har givet øget fokus på patientovergange.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Tavlemøder i ledelse. Fagligt ledelsestilsyn: Der gennemføres fagligt ledelsestilsyn i alle enheder, hvor overgange er et af fokusområderne.

Audit: Der er gennemført 10 audits i 2018, hvoraf mange har fokus på overgange, såvel internt som eksternt samt læringen heraf.

UTH: Der indberettes UTH, når der opdages hændelser i forbindelse med overgange. Der følges systematisk op på UTH'er, der tilgår Pleje og Omsorg, og læringen bringes med via IPG.

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 medicinhåndteringen understøttes af e-learning i medicinhåndtering, som alle medarbejdere skal gennemføre.

I 2018 har der i det tværsektorielle samarbejde været stort fokus på implementering af en revideret SAM:BO-aftale. 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. Som en del af processen er sygeplejeklinikken i tilhørende distrikt flyttet ind på Tønder Sygehus. Implementering af den nye vejledning omkring UTH'er i sektorovergangene har stort fokus, som resulterer i et bedre samarbejde omkring at forbedre patientsikkerheden i sektorovergangene.

Hvilke ændringer har projektet medført?

På sigt skal dette resultere i bredere tværsektorielt samarbejde til fordel for borgeren. Der er juridiske udfordringer i forhold til dokumentation, samarbejde osv., når man vælger at ville samarbejde på tværs af sektorer.

Kontaktperson

Charlotte Frost Larsen
Tønder Kommune
CFL1@toender.dk
74929292

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Et arbejde med fokus på en regional retningslinje for samarbejde om tværsektorielle UTH affødte et behov for tættere samarbejde om tværsektorielle UTH i Sydvestjysk Sygehus' optageområde.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Sydvestjysk Sygehus har sammen med de fem kommuner i optageområdet nedsat en arbejdsgruppe der samarbejder omkring patientsikkerhed og forebyggelse af tværsektorielle UTH.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Samarbejde og sparring omkring tværsektorielle UTH. I en opstartsfasen har der været fokus på identifikation af mønstre og tendenser i de tværsektorielle UTH'er samt kommunikation af disse til relevante arbejdsgrupper, der kan arbejde med forbedrende handlinger.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Baggrunden for igangsættelse af indsats vedrørende medicinafstemning ved udskrivelse er adskillige UTH på området samt personalets vurderinger af, at der ligger særlige udfordringer i dette tværsektorielle samarbejde.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Varde Kommune har udviklet og testet et dataindsamlingskema, der kan strukturere indsamling af udfordringer i forhold til medicinafstemning ved udskrivelse. Dels hvor stor udfordringen er (i procent af udskrivelser), dels hvilke specifikke udfordringer der er i, at medicinen ikke er afstemt ved udskrivelse. Desuden indsamles data på tidsforbrug i forbindelse med udfordringen i daglig praksis. Flere andre kommuner i Sydvestjysk Sygehus'

optageområde skal til at samle data ved hjælp af skemaet. Data kan på sigt danne grundlag for forbedringsarbejdet på Sydvestjysk Sygehus.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indtil videre er projektet i en afdækningsfase af udfordringens størrelse og art.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

”Senior” Vejle Kommune, som omfatter plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje.

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projektet, som fortsat er i gang, er et tværgående projekt med medicinsk afdeling, Vejle. Det har fokus på at forebygge medicineringshændelser i overgange mellem sektorerne. Der er lavet kerneårsagsanalyse, som der laves initiativer/afprøvninger ud fra.

Kontaktperson

Mette Mosebo Lund
Velfærdsstaben
memlu@vejle
24913786

Socialpsykiatrien, Vejle kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Psykiatriområdet har fået SAM:BO – det skal sikre overgange og kommunikation mellem region og kommune.

Kontaktperson

Birgit Dall Hersland
Sundheds - og Forebyggelsesafdelingen
birda@vejle.dk
23813138

Hjemmesygeplejen, Aabenraa Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Projekt navn: Gør det lettere at nå hinanden

Baggrund: Ønsker at gøre sektorovergangen mere patientsikker.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Det drejer sig om et projekt mellem Fælles Akut Modtagelse på sygehuset og akutfunktionen i den kommunale sygepleje, hvor der anvendes skærmløsning i dialogen, når borgeren indlægges/udskrives. Der er ikke oplyst indikatorer til effektmåling.

Kontaktperson

Sabine Dehn Frerichs
Sygeplejen Aabenraa Kommune
sdj@aabenraa.dk
73 76 7890

Greve Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der forekommer for mange genindlæggelser og udskrivelser, hvor koordineringen ikke lever op til det aftalte kvalitetsniveau.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Samlet set er forebyggelse af genindlæggelser et komplekst område, der involverer mange organisatoriske niveauer, samarbejdsrelationer, faglighed mm. Det forebyggende arbejde består af en palette af indsatser.

Kontaktperson

Martin Bommersholdt
Sundhed & Pleje
mebo@greve.dk
20550683

Hjemmesygepleje, Lejre Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Vi ønskede styrket samarbejde med Akut afd. Holbæk og Lejre kommune/akut sygepleje.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Kvalitetssikring af udskrivelser og indlæggelser. Søgte projekt midler via Sundhedsstyrelsen. Projektet løber til udgangen af 2019. Der er ansat udviklingssygeplejerske. i forhold til indsatser, samarbejde, arbejdsgange og lignende. Hjemmesygeplejerske. har været på studieophold på akutafd. i 2 dage.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større forståelse for hinandens arbejde. Indblik i arbejdsgange. Indblik i akutafd. triage. Forståelse for hvorfor borgerne udskrives over hele døgnet.

Kontaktperson

Kirsten Olsen
ksol@lejre.dk
24790964

Tværgående, Lolland Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

- Behov for at sikre den geriatriske behandlingsindsats hos den ældre mest sårbare gruppe borgere ved udskrivelse. Datagrundlag antal indlagte.
- Behov for at sikre fælles forståelse af ny dokumentationsmetode (Fælles Sprog III) på tværs af kommunes sektorer (fx visitation og hjemmepleje).
- Behov for et dialogforum på lederniveau på tværs af funktioner, fagligheder og sektorer for at sikre en forebyggende indsats snarere end en reaktiv indsats. Datagrundlag UTH'er på tværs af kommunale team og sektorer.
- Projekt vedr. akutsenge for at sikre overgange fra borgers egen bolig - indlæggelse - udskrivelse - midlertidig tilbud.
- Behov for at sikre børn og unge i familier med misbrug gennem opsøgende arbejde.
- Behov for øget fokus på sundhed hos borgere tilknyttet voksenhandicapområdet.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er flere regionale og kommunale igangværende 'projekter'/tiltag bl.a.:

- Sammen med Region Sjælland: 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'; delprojekt 2: Geriteam - virtuelle konferencer mellem geriater og kommunal sundhedspersoner. Hertil delprojekt 4: Tværfaglig og geriatrisk kompetenceudvikling.
- Analyse af arbejdsgange vedr. genoptræningsplaner (GOP §140 Sundhedsloven), i form af en afdækning af administrative trin: ordination - videre sendelse - modtagelse af GOP; herunder afdækning af kvaliteten i de sundhedsfaglige oplysninger.
- Projekt sammen med Det Boligsociale Fond og det kommunale Misbrugsområde. Internt i kommune: 'Forbedringsdata'-program bestående af månedlig møderække mellem ledere af sygepleje, rehabilitering/demensindsats/træning, personlig og praktisk hjælp, visitation m.fl. drøfter aktuelle hændelser (kendt fra UTH-systemet og andre datakilder), fælles arbejdsgange og den generelle kvalitetsovervågning (efter Den Danske Kvalitetsmodel).
- Dokumentation efter Fælles Sprog III metode som implementeringsprojekt overgået til drift. Fastholdelse ved hjælp af bl.a. et Beslutningsforum på tværs af sektorer mht. den fælles elektroniske omsorgsjournal (EOJ Nexus m Fælles Sprog III). Herunder et ekstra fokus på at arbejdsgange og regler/instrukser mht. dokumentation skal være kendt af 'begge parter' (afsender og modtager).
- Oprettelse og implementering af akutsenge bl.a. med fokus på triagering i borgerens overgang fra egen bolig til midlertidig bolig/akutseng.
- Implementering af et program bestående af en række sundhedsfremmende initiativer på voksenhandicapområdet drevet af både borgere og medarbejdere på tværs af enheder og botilbud. Herudover fastholdelse af fokus på en sundhedsfaglig risikovurdering af borgerforløb både i deres egne boliger og på fx demensdagtilbud.

Samt flere mindre projekter/tiltag vedr. afprøvning af velfærdsteknologiske løsninger og indretninger af indendørs/udendørsarealer; bl.a. på demensområdet og i plejecentre.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Effekten af de mange tiltag kan sammenfattes i følgende: 'Sundhedsfaglig risikovurdering af borgerforløb' bl.a. ved hjælp af systematiske 'tavlemøder' har givet et kompetenceløft, både for medarbejdere og ledere.

Kontaktperson

Tove Hagen
Lolland Kommune
tovh@lolland.dk
54674021

Tværgående, Ringsted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

I forhold til de Nationale mål, hvor dette område er en af indikatorerne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Det er i sin spæde start med mere aktiv indsats og samarbejde i starten af 2019 ved de Tværsektorielle møder. Så indikationerne så som færre genindlæggelser og mest mulig kvalitet for pengene, er endnu ikke aftalt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er for tidligt i forløbet.

Kontaktperson

Lotte Melchiorsen
Social- og Sundhedscenteret
Amtsstue Allé 71, 4100 Ringsted
chme@ringsted.dk
51153853

Slagelse Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Slagelse Kommune samarbejder med Slagelse Sygehuse sammen med de omliggende kommuner, Sorø, Ringsted og Næstved om forebyggelse af forebyggelige indlæggelser. Gruppen mødes hver 14. dag og drøfter aktuelle emner og aftaler læring på den baggrund.

Tværasektorielt samarbejde. Der er i 2016 igangsat en målrettet og effektorienteret indsats med det sigte at forebygge unødvendige indlæggelser samt genindlæggelser. Fokus er, at ældre borgere ikke skal opleve den belastning det er at komme ind og ud af sygehuset. Med indsatsen skabes sammenhængskraft og øget kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Der arbejdes på en blanding af det strategiske, strukturelle og praktiske niveau med fokus på, at de konkrete løsninger skal være personuafhængige og holdbare. Indsatsen søges at være databaseret, hvorfor der udarbejdes en indlæggelsesprofil, hvorudfra der igangsættes relevante indsatsområder, set i forhold til sygehusafdeling og konkrete diagnoser. Arbejdet foregår i tæt dialog med interne og eksterne samarbejdspartnere i forskellige større og mindre samarbejdsfora. I udviklingen af det tværasektorielle samarbejde arbejdes på to niveauer:

1. Det borgernære niveau med udgangspunkt i konkrete problemstillinger der håndteres i praksis, evt. i samarbejde med den kommunale læge
2. Et overordnet niveau, fx baseret på data fra indlæggelsesprofilen, gentagne oplevelser fra praksis eller data fra de tværsektorielle tavlemøder.

De formelle samarbejdsfora under sundhedsaftalen er: Under "Sundhedskoordinationsudvalget" (SKU) (politiske niveau), og "Styregruppen for Sundhedssamarbejde" (SAM) (strategiske niveau) ligger; "Tværgående Samarbejdsforum Somatik" (TSS) (operationelle niveau) for henholdsvis Somatik, Børneområde og Psykiatri. Under TSS kommer det "Kommunale Samarbejdsfora Somatik" (KSS) for henholdsvis Somatik, Børn & unge og Psykiatri.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Konkrete tværsektorielle samarbejdsfora:

- KSS har deltagelse af afdelingsledelserne fra Slagelse Sygehus og Faxe, Kalundborg, Næstved, Ringsted, Sorø, Vordingborg og Slagelse Kommune. Her drøftes generelle problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde, som fx problemstillingen med sikring af behandlingsansvarlig læge ved udskrivelser. De mere praksisnære samarbejdsfora er:
- I samarbejde med akutafdelingen med udgangspunkt i indlæggelsesprofilen, utilsigtede hændelser samt rapporterede problemer fra praksis, er der etableret en arbejdsgruppe med deltagere fra både akutafdelingen Slagelse Sygehus, hjemmesygeplejen og myndighed fra Slagelse Kommune. I dette samarbejde løses aktuelle udfordringer med at skabe gode sammenhængende borgerforløb. En følge af dette samarbejde er etableringen af akutteamets daglige besøg på akutafdelingen. Det daglige besøg øger muligheden for vidensdeling, hvilket danner grundlag for fælles forståelse og løsning af udfordringer med det sammenhængende borgerforløb.
- Tværsektorielt tavlemøde, hvor Center for Sundhed og Ældre sammen med Center for Handicap og Psykiatri, deltager i et udviklingsforum med sygehusledelsen og afdelingsledelserne på Slagelse Sygehus. Fokus på tavlemøderne er et databaseret arbejde på at reducere antallet af genindlæggelser. I forlængelse af dette samarbejde er vi indgået i et forskningssamarbejde, der giver mulighed for udveksling af cpr-numre. Udveksling af cpr-numre over sektorgrænser udvider muligheden for at generere specifik viden om eventuelle karakteristika for de borgere, der genindlægges hyppigt. Denne viden kan danne grundlag for fælles forebyggende tværsektorielle indsatser, ligesom det kan danne grundlag for indsatser på tværs af relevante centre i kommunen, fx Handicap og Psykiatri samt Arbejdsmarked og Integration.
- Tværsektoriel samarbejdsgruppe med deltagere fra Slagelse Sygehus, Slagelse, Sorø og Næstved Kommune. Arbejdsgruppen er nedsat af styregruppen bestående af centercheferne fra kommunerne og sygehusledelsen. Arbejdsgruppen har udarbejdet et projektoplæg til forbedring af arbejdsgangene i overgangen mellem sektorerne. Mulighederne for praksisnær kommunikation på tværs af sektorer søges sikret, så borgeren sættes i centrum, og viden ikke går tabt. Arbejdsgruppen har pauseret det videre arbejde på grund af implementeringen af Sundhedsplatformen. Arbejdet er genoptaget primo 2018.

- Fremskudt visitation er opstartet med fremmøde af udskrivningsvisitator på to sygehusafdelinger på Slagelse Sygehus i 2017. Tiltaget skal optimere det gode sammenhængende udskrivelses- og hjemtagningsforløb, tværsektoriel vidensdeling og rettidig koordinering af komplicerede borgerforløb, så borger oplever sig tryk og i sikre hænder.
- Forsknings samarbejde om KOL-patienter/borgere er opstartet i 2017. Formålet er at integrere borgerforløb bl.a. via virtuel genoptræning. Tidligere var borgere først i ét KOL-forløb (fysioterapi) på sygehuset og efterfølgende i KOL-forløb (genoptræning v. fysioterapeuter) i kommunen. I dette samarbejde kombineres forløbene, og personalet omkring borgerne skiftes til at varetage træningen (dvs. at sygehusets fysioterapeuter og kommunens fysioterapeuter samarbejder om og med borgerne). Forsknings samarbejdet er berammet til afslutning i 2019.
- Andre fora med tværsektorielt snit: Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU) blev etableret i 2011, som følge af en aftale mellem KL og PLO. I KLU er lægerne fra alle kommunens lægelaug repræsenteret. Faste medlemmer i KLU fra Slagelse Kommune er: Centerchef for Sundhed og Ældre, Virksomhedsleder for hjemme- og sygeplejen samt Leder fra Center for Arbejdsmarked og Integration. Derudover deltager repræsentanter fra andre områder ad hoc, afhængig af dagsordenen. I KLU samarbejdes om løsning på fælles borgerrelaterede problemstillinger på tværs af kommunens forskellige centre.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kommunerne og regionen har på overordnet niveau lært hinanden bedre at kende. Adgangen til at arbejde systematisk og databaseret med forbedring af kvalitet og sammenhæng i borgerforløb er dog begrænset, da lovgivningen forhindrer adgang og udveksling af relevante data. Forbedringstiltag baseres derfor på oplevelser og erfaringer. Mange forsøg på at sikre et mere sammenhængende borgerforløb mellem sekundær og primær sektor har således ikke haft synlig effekt gennem årene. Manglende kendskab mellem de to sektorer giver konkrete udfordringer i hverdagen, som vi hver især har gjort tiltag for at dæmme op for, men igen uden den store effekt. Undersøgelser viser, at en stor part af indlæggelserne er borgere, der ikke er tilknyttet hjælp fra Hjemmepleje, Sygepleje med flere i kommunen. Der er bl.a. udarbejdet audit på 13 genindlæggelser, 6 borgere indlagt med subtrokantær femur fraktur.

Kontaktperson

Tine Roland Hougaard

Slagelse Kommune, Sundhedsfaglig udviklingskoordinator, Sekretariat, Center for Sundhed og Ældre

tineh@slagelse.dk

51 63 69 49

Hjemmesygepleje, Sorø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Oprettelse af et akutteam, bestående af sygeplejersker og terapeuter, har skærpet fokus på UTH i sektorovergange. Akuttemaet aflægger besøg hos alle udskrevne borgere over 65 år.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er ikke tale om et egentligt projekt. Der er blevet rapporteret flere UTH i forbindelse med sektorovergange (udskrivelser). UTH og genindlæggelser drøftes tværsektorielt ved tavlemøder på sygehuset, hvor udviklingssygeplejerske fra Sorø kommune deltager. Der er ikke nogen effektmåling, bortset fra måling på genindlæggelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

En skærpelse af opmærksomheden på UTH i sektorovergange og et udviklende samarbejde med sygehuset.

Kontaktperson

Anne-Lise Hansen
Sorø Kommune, Sundhed og Omsorg
Rådhusvej 6, 1., 4180 Sorø
alh@soroe.dk
57876613

Tværgående, Vordingborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Set på UTH i sektorovergangene i samarbejde med Region Sjælland.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet var faciliteret af Region Sjælland. Det er bl.a. blevet synligt, at DPSD-databasen ikke trækker rapporter korrekt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi har haft en fælles læring omkring hinandens områder.

Kontaktperson

Pia Bakkegaard
Region Sjælland

Genoptræning, herunder fysioterapi og ergoterapi, Ballerup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Manglende kendskab til hinandens opgaver i de forskellige sektorer gør samarbejde vanskeligt.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Vi arbejder sammen med Herlev-Gentofte hospital og de øvrige optagekommuner om tværkommunal og tværsektoriel brobygning. Her kan terapeuter komme i forløb på 1-5 dage i henholdsvis hospital og kommune. "Byg BRO på tværs" er en del af Region Hovedstadens "Program for tværsektoriel kompetenceudvikling" og har fokus på Brugerinvolvering, Relationelle kompetencer og Overgange. Center for HR udvikler målrettet kompetenceudvikling til hospitaler og kommuner, der er knyttet til en særlig organisatorisk udfordring omkring patientforløb. For at skabe sammenhæng i patientforløb er der brug for, at terapeuterne kender hinandens kompetenceområder og de strukturelle arbejdsbetingelser på tværs af sektorer. Det er en løbende udfordring at sikre det gensidige kendskab til arbejdsområder på tværs af sektorer, der yderligere udfordres af mere komplekse genoptræningsforløb og løbende udskiftning af personale." Derudover arbejdes der med tværsektoriel introduktion til nyansatte.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der har været afviklet et pilotprojekt i 2018. På baggrund af erfaringerne herfra afholdes der et lederseminar med henblik på at udvikle dette i februar 2019.

Kontaktperson

Vivian Zascha Cornali Lerche
Ballerup Kommune
vle@balk.dk
44773345

Kommunen overordnet, Bornholms Regionskommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Det er ikke et decideret projekt, men en fokuseret indsats i det daglige arbejde i kommunens hjemmepleje, plejecentre, rehabiliteringsteam, rehabiliteringscenter samt sygepleje: Vi arbejder efter en overbevisning om, at "en god udskrivelse starter med en god indlæggelse". Et antal udskrivelser fra hospital, hvor borger ikke er færdigbehandlet medførende genindlæggelser; UTH på plejecenter samt drøftelse i driftsgruppen for somatik har medført en fokuseret indsats på området.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Ang. Plejecenter: Lokaliseret til et enkelt plejecenter blev det kontrolleret i en 3 måneders periode, at MILR, ILR samt PFP'er blev efterlevet jf. kommunikationsaftalen og tilhørende lokalaftaler. Yderligere en generel audit på MILR mhp. kvalitetssikring heraf. samt fornyet audit i 2019 på samme parametre.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der planlægges i 2019 generel tværsektoriel undervisning for ledere i kommunikationsaftalen og tilhørende lokalaftaler. En del af denne undervisning indeholder en drøftelse af, hvorvidt frontpersonalet skal undervises tværsektorielt også.

Kontaktperson

Charlotte Larsen
Afd. Sygeplejen, BRK
C.Larsen@brk.dk
56921290

Tværgående, Brøndby Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

En registrering i Brøndby kommune i forhold til hvilke fejl og mangler der var i forbindelse med udskrivelser førte til, at Samordningsudvalg Syd Somatik i foråret 2018 igangsatte et tværsektorielt forbedringsprojekt i Planområde Syd. Baggrunden var et ønske om at øge kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde om indlæggelse og udskrivning af fælles patienter til gavn for patienterne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Formålet med projektet er at optimere samarbejdet om overdragelse af borgere/patienter på tværs af sektorerne således, at borgere/patienter har en fagligt god og tryk overgang ved indlæggelse og udskrivning med optimal udnyttelse af medarbejderressourcer. Projektet er bygget op som et samarbejde mellem Region Hovedstaden og 4 kommuner (Albertslund, Ishøj, Høje Tåstrup og Brøndby). Både Styregruppe, projektledelsen og arbejdsgruppen er sammensat tværsektorielt med fokus på at styrke samarbejdet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet forløber over flere år. Arbejdet koncentrerer sig i første omgang om at identificere, hvilke udfordringer der er i samarbejdet og dernæst mulige forbedringstiltag, der skal iværksættes. Der er udarbejdet en kommunal audit (191 audits i survey xact), hospitalsaudit via samordningskonsulenterne (161 audits), supplerende hospitalsaudits (45 audits), og der afholdes lærings- og vidensdelingsseminar d. 20. og 28. marts for regionale og kommunale

medarbejdere. Seminarerne skal være med til at kvalificere auditresultaterne og komme med konkret forbedringstiltag (ud fra PDSA- modellen). Inden sommeren 2019 laves der henholdsvis 5 interviews regionalt og kommunalt mhp. at verificere de konkrete forbedringstiltag inden de bliver implementeret. På nuværende tidspunkt har projektet medført nogle ændringer i konkrete arbejdsgange, f.eks. oplæring af nye medarbejdere i forhold til kommunikationsaftalen, samt en øget opmærksomhed på det tværsektorielle samarbejde med fokus på, hvad er et godt samarbejde.

Kontaktperson

Malene R. Sejling
Brøndby Kommune
malre@brondby.dk
43282757

Hjemmesygepleje, Fredensborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Ønske om at videreudvikle akutområdet i Fredensborg Kommune med afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Der er søgt og godkendt ansøgning fra Sundhedsstyrelsen under puljen: Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særlig fokus på ældre mediciske patienter og udsatte grupper.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Det overordnede formål er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser gennem videre udvikling af den akutte sygeplejefaglige indsats (Akutfunktionen).

Projektet skal:

- afdække evt. kompetencegab ift. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner
- afprøve model for sparringsmøder mellem praktiserende læger og akutfunktionen
- styrke kompetencerne for akutfunktionen
- styrke og videreudvikle samarbejdet mellem almen praksis og akutfunktionen og hjemmesygeplejen.

Til afdækning af overstående er der foretaget interview med praktiserende læger og sygeplejersker i kommunen. Der afholdes 12 sparringsmøder mellem praksiskonsulent og sygeplejersker, hvor borger cases tages op ift. samarbejde og brug af akutfunktionen. Der er planlagt temadage for sygeplejersker i akutfunktionen med fokus på screeningsmetoder,

triagering, handling og dokumentation samt læringsværksted for hjemmesygeplejersker med fokus på screening, handling og dokumentation.

Effektmåling:

- Der ønskes at måle på, om akutfunktionen og hjemmesygeplejen har udviklet praksisnære kompetencer for nye områder indenfor akutområdet (brug af elektronisk spørgeskema)
- Der ønskes overblik over kompetencegab for akutsygeplejen (interview med sygeplejersker)
- Der ønskes udviklet anbefalinger til bedre/tættere samarbejde med almen praksis (gennem sparringsmøderne).

Hvilke ændringer har projektet medført?

Fokus på målgruppe for borgere til akutfunktionen. Fokus på tættere samarbejde i overgange mellem læge/1813 – akutfunktionen – hjemmesygeplejen – plejeplads. Fokus på ensretning af dokumentation og screeningsmetoder i overgangene.

Kontaktperson

Pernille Andersen
Fredensborg kommune, Ældre og Omsorg
pweo@fredensborg.dk
23265650

Hjemmesygepleje, Frederiksberg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Kommunen har mange borgerindlæggelser på hospital, hvoraf nogle er forebyggelige og skønnes at kunne forebygges via en mere bevidst tidlig opsporingsindsats.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er nedsat et indsatsteam bestående af hjemmesygeplejen, den kommunale forløbskoordinator og de 3 udgående kommunale sygeplejersker, som holder til i en koordineret enhed på hospitalet, hvor der også er ansat 3 hospitalssygeplejersker. Målet for forbedringsarbejdet er at sætte fokus på borgerforløb mhp. at forhindre forebyggelige indlæggelser og genindlæggelse. Resultatindikatoren i projektet vil være, om antallet af forebyggelige indlæggelser reduceres.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen er som sagt kun lige igangsat. Nogle indlæggelser kan ikke forebygges via kommunens indsats, da kommunen ikke er involveret i borgerforløbet. Her vil mere information til vores samarbejdspartnere om, hvad vi kan bidrage med, være en løsning.

Kontaktperson

Rikke Volmer Brandsen
Frederiksberg Kommune
riso01@frederiksberg.dk
28985277

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Forebygge ikke-nødvendige indlæggelser og sikre faglig og tryk hjemtagning efter indlæggelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

I projektet samarbejder den kommunale og regionale sygepleje. Den kommunale sygepleje er fysisk på hospitalet og deltager i planlægningen af den gode hjemsendelse fra akutafdelingen. De regionale sygeplejersker følger borgerne hjem for at sikre gode udskrivelser og hjemsendelser. Projekterne er i startfasen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projekterne med regionen er som sagt i startfasen. En barriere er, at de kommunale sygeplejersker skal have adgang til patientens sygehusjournal. Et fokus er kulturforskellen mellem region og kommune, når de arbejder på hospitalet.

Kontaktperson

Susanne Jørgensen
Leder af Døgnplejen
susan@frederikssund.dk
29 43 27 66

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Planlægningsområde Nord lavede tværgående journalaudits af 45 borgerforløb, hvor borgere med plads på en midlertidig døgnplads var blevet genindlagt inden for 8 dage efter udskrivelsen. Der blev afdækket både problemstillinger og et forebyggelsespotentiale i at skabe mere sammenhængende og koordinerede tværsektorielle forløb.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Tværasektoriel stuegang er et samarbejdsprojekt mellem 8 nordsjællandske kommuner (Hørsholm, Hillerød, Helsingør, Halsnæs, Gribskov, Allerød, Frederikssund og Fredensborg) samt Nordsjællands Hospital og almen praksis. I projektet udvikles en eller flere modeller for tværasektoriel stuegang, der understøtter et velkoordineret og sammenhængende forløb, der kan matche de komplekse behov, som de svageste ældre borgere har. Projektets formål er således at forbedre tværasektorielle forløb for ældre komplekse borgere, der udskrives fra Nordsjællands Hospital til en kommunal midlertidig døgnplads. Projektet varer frem til udgangen af 2019.

Projektet har de sidste to år arbejdet på at udvikle og afprøve en model, hvor det mobile stuegangsteam, ansat på hospitalet, kører ud og går stuegang på udvalgte borgere på de kommunale midlertidige døgnpladser. Ud over det mobile stuegangsteam arbejder projektet på tre øvrige indsatser: triage, hurtigere prøvetagning og den gode udskrivelse.

Det er et stort projekt med en omfattende liste af indikatorer, der alle er centreret om formål og de tre overordnede målsætninger:

Formål: Forbedre tværasektorielle forløb for ældre medicinske patienter, som udskrives fra hospitalet til en kommunal midlertidig døgnplads.

Mål 1: Højet sundhedstilstand.

Mål 2: Højet patientoplevelt kvalitet.

Mål 3: Reducerede eller fastholdte sundhedsomkostninger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke afsluttet. Der arbejdes med forbedringsmodellen.

Kontaktperson

Maj Thomsen
Nordsjællands hospital, Kvalitets- og Udviklingsafdelingen
maj.thomsen@regionh.dk
21 32 17 72

Tværgående, Gentofte Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Tværasektorielt samarbejde, patientsikkerhedsuge 12, 2018. Klynge Midts Patientsikkerhedsforum bestående af klyngens 9 kommuner, Herlev og Gentofte Hospital og almen praksis har de sidste år afholdt patientsikkerhedsuge i uge 12. Det overordnede tema for uge 12 er patientsikkerhed på tværs af sektorer. Formålet med patientsikkerhedsugen er at skabe et særligt fokus på de kendte risici i sektorovergange og forebygge utilsigtede hændelser gennem læring og gensidig forståelse af sektorernes forskellighed.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Fokus for patientsikkerhedsugen 2018 var den gode udskrivelse og den gode modtagelse med udgangspunkt i kommunikationsaftalen. Der blev afviklet to store tværasektorielle aktiviteter: Kick off og udveksling af personale. Ud over de tværasektorielle aktiviteter blev der afholdt en række specifikke aktiviteter i kommunen med fokus på tværasektorielle hændelser og fald. Herudover var der aktiviteter rettet mod indrapportering af utilsigtede hændelser og brug af rapporter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

De tværasektorielle aktiviteter giver en større viden og forståelse af arbejdsgange og arbejdsvilkår i de to sektorer, ligesom ugens fokus på patientsikkerhed generelt bidrager til en øget opmærksomhed på arbejdet med patientsikkerhed.

Kontaktperson

Risikomanager Kirsten Hvid
Gentofte Kommune Pleje og Sundhed
khv@gentofte.dk
40388766

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Gentofte Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Region Hovedstadens Psykiatri har fusioneret hele spiseforstyrrelsesbehandlingen for voksne patienter på én lokalitet. Denne fusion giver en unik mulighed for at styrke koordinationen af behandling af spiseforstyrrelser, idet kommunerne kun skal koordinere og samarbejde med ét sted i regionspsykiatrien.

Modelafprøvning af tværasektoriell samarbejdsmodel på spiseforstyrrelsesområdet.

Formålet med Projekt "Modelafprøvning af tværasektoriell samarbejdsmodel på spiseforstyrrelsesområdet" er at udvikle en tværasektoriell samarbejdsmodel for

sammenhængende patientforløb for patienter/borgere med spiseforstyrrelser. Dette for herigennem at optimere sammenhæng, sikre patientovergang og dermed støtte den enkelte patient/borger til et mere kvalitativt forløb, og forhåbentlig bedre recovery/rehabilitering.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Udvikle og afprøve en samarbejdsmodel med tre kommuner og Region Hovedstadens Psykiatri, der tager afsæt i tidlig udredning og samtidige indsatser. Endvidere at udarbejde fælles uddannelsesforløb for nøglepersoner i begge sektorer. De tre kommuner består af Gentofte, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk, og Psykiatrisk Center Ballerup repræsenterer Region hovedstaden.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er igangsat oktober 2018, og evalueres oktober 2019.

Kontaktperson

Fagkonsulent Anne Mette Harder
Gentofte Kommune Social & Handicap, Kvalitet & Udvikling
ameh@gentofte.dk
40135734

Tværgående, Gladsaxe Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Der pågår i øjeblikket et tværkommunalt projekt mellem tre kommuner og behandlingspsykiatrisk Center i Ballerup. Formålet er at skabe ens praksis og påbegynde koordineret tidlig indsats mellem kommuner og behandlingspsykiatri for derigennem at sikre god overlevering og parallel indsatser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der er tale om et modelafprøvningsprojekt, som fortsat er under udarbejdelse.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har medført, at der fra kommunal side er etableret én indgang til hver enkelt kommune samt én indgang for kommunale henvendelser ind til behandlingspsykiatrien.

Kontaktperson

Helen Fuglsang Kock
Gladsaxe Kommune
helkoc@gladsaxe.dk
30 36 61 96

Sundhedspleje, Glostrup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Sundhedsaftale 2015-2018

- Styrkelse af kommunikation mellem region, kommune og praktiserende læge i relation til svangre-barselsomsorg. Organisering og kommunikationsaftale afprøves aktuelt i pilotprojekt mellem Hvidovre Hospital og de 10 kommuner, som er inkluderet i fødeoptagelsesområdet, herunder Glostrup kommune.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektet har til opgave at konstruere den bedst mulige kommunikative overgangs-/tværsektorielle kommunikation mellem svangreområdet, barselsområdet, den kommunale sundhedspleje og praktiserende læge. Formålet er at sikre den bedst mulige, tilstrækkelige og rettidige kommunikation omkring alle gravide og barslende kvinder og deres børn. Yderligere at kommunikation vil kunne ske uden at det som sådan opleves at tage fokus fra mødet med den gravide - altså at det elektronisk sættes op, så den fagprofessionelle ikke tillægges ekstra opgaver i mødet med den gravide. På den lange bane er formålet at sikre, at de gravide og fødende reelt får adgang til de i henholdsvis region og kommune værende tilbud af forebyggende og understøttende karakter. I forlængelse heraf, at familier i udsatte positioner og med særlig risiko sikres bedst muligt koordinerede og samstemte sundheds- og socialfaglige tilbud for bedst mulig mestring af kommende familieskab.

Effektmål i projektets nuværende fase vil være:

Kvantitativt - antallet af korrespondancebeskeder som formidles mellem parterne. At der elektronisk kan "konstrueres" smartfrases, dokumentopsætninger som sikrer at relevante informationer fra de sundhedsfaglige journaler følger med over fra en sektor til en anden.

Kvalitativt – den langsigtede: At denne nye kommunikative praksis opleves nem og meningsfuld for de sundhedsfaglige parter. I hvilket omfang denne øgede mængde af kommunikation reelt ses at skabe værdi for den gravides forløb, dvs.

- Ses der større deltagelse af gravide i kommunale forebyggelsestilbud?
- Ses der flere rettidige tværfaglige forløb omkring udsatte familier?

Hvilke ændringer har projektet medført?

Lige nu er projektet i pilotfase, så dette synes ikke relevant for nuværende.

Kontaktperson

Marika O. Jensen
Sundhedsplejen, Glostrup Kommune
marika.jensen@glostrup.dk
43236460/29405899

Hjemmesygepleje, Gribskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Ønsket om at undgå genindlæggelser for borgere, som har været indlagt for pneumoni, og som kommer tilbage til eget hjem eller plejehjem.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Task Force pneumoni. Indikatorer: Antallet af genindlæggelser af borgere med pneumoni. Derudover en række procesindikatorer dækkende over kommunikation, opfølgingsmetode, månedlige rapporter mv.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har i nogen udstrækning medvirket til øget fokus på en række parametre umiddelbart efter udskrivelse fra Hospital, samt hurtig genoptagen af normale vaner og dagligdags gøremål. Parametrene handler om tilstrækkelig væskeindtag, mobilisering, ADL, respirationsteknikker, ernæring mv. Der er borgere hos hvem den ekstra viden om borgeres situation som hospitalet medgiver ikke benyttes fuldt ud. Der er således fortsat plads til forbedringer i forhold til at få "skruet på alle knapperne", der kan medvirke til, at borgeren ikke genindlægges.

Kontaktperson

Gitte Widmer
Gribskov Kommune
gwidm@gribskov.dk
72496389

Rehabiliteringsafdelingen, Hillerød Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Formål: At forbedre tværsektorielle forløb for ældre medicinske patienter, som udskrives fra hospitalet til en kommunal midlertidig døgnplads (MP). Hillerød hospital og de 8 omkringliggende kommuner.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Tværsektoriel stuegang.

- Regional projektleder, Nordsjællands hospital, Maj Thomsen.
Mail: maj.thomsen@regionh.dk, tlf: 21321772
- Kommunal projektleder, Helsingør Kommune, Kristine Backholm. Mail:
kba04@helsingor.dk, tlf: 25313271

Mobilt Stuegangsteam

- Nordsjællands Hospital, Sara Dyrman Elsøe. Mail: sara.dyrman.elseoe@regionh.dk, tlf: 51408049

Kontaktperson

Jeanette Hjermind
Hillerød Kommune
Axel Jarls vej 12 3400 Hillerød
jeah@hillerod.dk
23298158

Tværgående, Hvidovre Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

"Kom trygt hjem"

En række borgere er usikre og utrygge, når de skal hjem fra hospitalet og i gang med hverdagens rutiner. Nogle har samtidigt et sparsomt netværk, eller sygdommen gør, at de ikke kan deltage i samværet med venner og familie. "Kom trygt hjem"-forløbet giver mulighed for at følge særligt sårbare borgere i længere tid og støtte dem i at finde sig til rette i hjemmet og hverdagens rutiner igen. Forløbet "Kom trygt hjem" er bl.a. blevet iværksat på baggrund af definitionen af de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Hvidovre Kommune ønsker med "Kom trygt hjem" at understøtte et sundhedsvæsen, hvor der anlægges fokus på sammenhængen på tværs af sektorer, kvalitet og patientens oplevelse og inddragelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Formålet med "Kom Trygt Hjem" er at følge hovedsageligt ældre utrygge og sårbare borgere gennem længere tid – i tiden efter udskrivelse fra hospital eller midlertidig døgnplads. Projektet skal bidrage til at øge borgerens tryghed i at vende tilbage til dagligdagens rutiner ved at supplere og have et tæt samarbejde med allerede eksisterende tilbud i kommunen. Ligeledes skal projektet støtte op om de udskrivelser, hvor der fra sundhedspersonale eller pårørende bliver ønsket et midlertidig døgnophold, men hvor borger ikke er kandidat til dette.

Hensigt med forløb:

- at skabe tryghed for borgeren
- at vurdere om bevilget tiltag dækker borgers behov
- at høre borgers tanker/oplevelser/behov
- at sikre at borger ved, hvem de kan kontakte i hjemmeplejen eller andre ved behov

- at afdække ændringer i borgers funktionsevnetilstand
- at hjælpe borgeren til at blive så selvstændig og uafhængig af andres hjælp som muligt gennem støtte og vejledning.

Indhold af forløb:

- 2-4 besøg (vurderes individuelt)
- Borger kan kontakte "Kom Trygt Hjem" direkte på telefon mandag til fredag mellem kl. 8.30 og 14.00 i perioden for deltagelse
- Kort interview og besvarelse af spørgeskema
- Afsluttende telefonopkald en uge efter sidste besøg
- Ved afslutning overgår borgen til Visitationen i Kommunen

I projektet prioriteres personlige og tillidsfulde relationer samt en god kommunikation gennem anerkendelse og respekt for borgeren. Beslutninger foretages i samarbejde med borgeren og borgerens ret til selvbestemmelse sættes i fokus. Det forventes, at resultatet af projektet kan indgå som bidrag i planlægningen af fremtidige samarbejde tværsektorielt og internt i Kommunen.

Mål

- Øge borgerens tryghed i forbindelse med udskrivelse til eget hjem
- Hjælpe borgeren til at blive så selvstændig og uafhængig af andres hjælp som muligt
- Reducere risikoen for uhensigtsmæssig indlæggelse
- Borgere kommer direkte til eget hjem fra indlæggelse på hospital, uden at komme på midlertidig døgnplads.

Projektet vil forsøge at opnå målene ved at skabe tillidsfulde relationer samt vise anerkendende respekt for borgerens selvbestemmelse og supplere allerede eksisterende tiltag. Projektets mål forventes at kunne lykkes gennem et tæt samarbejde tværsektorielt samt internt i kommunen. Projektet vil udmunde i en afsluttende projektrapport.

Evalueringsplan:

Evalueringen skal føre til både organisatorisk læring og individuel læring for projektets deltagere. Procesevaluering: Afsluttende refleksion over projektets proces

Intern løbende procesevaluering under projektforløb: Identifikation af læringspunkter i projektet

- Fx hvad skulle vi have gjort mere af? Hvad skulle vi have gjort mindre af?

- Dokumentere og gemme succeshistorier
- Evt. målgruppekriterier?

Evaluering af målopfyldelse: Hvilke resultatmål blev nået? Hvilke resultatmål blev ikke nået? Hvilke årsager var der til, at resultatmålene ikke blev nået?

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke afsluttet, men har på nuværende tidspunkt medført, at 72 borgere har deltaget i projektet. "Kom Trygt Hjem" understøtter derudover en nuanceret indsigt i, hvor væsentlig betydning det har for et vellykkede forløb, at samarbejdet mellem de involverede aktører er velkoordineret, og at forventningerne til aktørernes rolle og funktion er afstemte. Opmærksomheden er frugtbar både i bred organisatorisk forstand og i det enkelte borgerforløb.

Kontaktperson

Lene Vognsen
Hvidovre Kommune, Center for Sundhed og Ældre
vog@hvidovre.dk
61971628

Plejehjem, Hvidovre Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Forbedringsarbejdet blev igangsat på baggrund af konferencen "Antibiotikaresistens – en fælles og lokal indsats", som blev afholdt i København d. 13.09.18. Til konferencen var der blandt andet oplæg ved repræsentanter for Europa-Kommissionens Direktorat for Sundhed og Fødevarerikkerhed og European Centre for Disease Prevention and Control. Derudover blev forbedringsarbejdet igangsat med udgangspunkt i den nationale handlingsplan for antibiotikaresistens.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Mål:

- At medvirke i reduktion af uhensigtsmæssig ordination af antibiotika til kvinder bosat på Plejecenter Dybenskærhave til 0% ved optælling af antal recepter sammenholdt journalaudit (foretages i april 2019).

Effektmåling:

- Optælling af antal recepter på præparater med indholdsstofferne (før og efter intervention): Pivmecillinamo, Nitrofurantoino, Trimethoprim

Metode:

- Ansættelse af plejehjems-læge med fast tilsyn in house x 1 ugentligt
- Urin stixes kun efter ordination
- Urinprøve til stix og bestemmelse af D+R tages på en valid måde, evt. RIK/SIK/nyt kateter hvis beboeren ikke er i stand til at samarbejde omkring levering af midtstråleurin
- Faglig sparring med kollegaer og sygeplejersker ved ændringer i almen tilstand i alle tilfælde.

Autoriseret personale og plejehjemsassistenter blev indkaldt til en række undervisningsseancer, hvor der blev undervist i:

- Arbejdet i en politisk styret organisation, herunder lovgivning, regler, vejledninger, instrukser
- Resistensudvikling og problematiseringen deraf (konsekvens på for individet lokalt, nationalt og globalt)
- Kriterier for anvendelse af antibiotika
- Valide urinprøver versus invalide urinprøver sendt til dyrkning og konsekvens deraf
- Autorisationsloven og delegering og opgaveoverdragelse i forbindelse med urinprøvetagning.

Mål:

- Der skal hver gang tages kontakt til en sygeplejerske (herunder akutteam), før egen læge/1813 kontaktes, medmindre der er tale om livstruende tilstande, hvor 112 skal kontaktes hurtigst muligt.
- At nedbringe antal unødige og forebyggelige indlæggelser til 0% ved udgangen af maj 2019
- At anvende ISBAR ved enhver kontakt til sundhedsfaglige samarbejdspartnere
- Altid anvende ABCDE-princippet ved akutte tilstande (herunder i kontakten med Akutteam)

Hvilke ændringer har projektet medført?

Foreløbige positive konsekvenser:

- Ordination af antibiotika på et validt grundlag
- Fald i antal stix uden ordination

Negative konsekvenser:

- Mindre økonomisk konsekvens, da prøver for det meste kræver RIK/SIK/nyt kateter

- Mere invasivt indgreb for beboeren, hvilket kan påvirke især demente beboere i en negativ retning
- Flere sygeplejefaglige ressourcer er påkrævet

Kontaktperson

Ewa Starup
Plejecentret Dybenskærhave
ewa@hvidovre.dk
36344104

Plejhjem, hjemmepleje, sygepleje og genoptræning, her under fysioterapi og ergoterapi, Høje-Taastrup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Baggrunden for at projektet blev igangsat er, at der opleves udfordringer i samarbejdet mellem Hospital og kommune omkring indlæggelse/udskrivelse. Udfordringerne gav utryghed for borgerne og faglig uvished hos medarbejderne.

Projekt; Sammenhængende patientforløb – Tværsektorielt forbedringsprojekt om indlæggelse & udskrivelse

Region H ved Amager & Hvidovre samt Glostrup afd. M

Albertslund, Brøndby, Høje-Tåstrup & Ishøj Kommuner.

Opstartet marts 2018

Projektledere:

- Region H: Lena Wivel, Lena.Wivel@regionh.dk
- Kommune: Malene Rasmussen Sejling, malrs@brondby.dk

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Mål: "Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelserne af borgere/patienter mellem sektorerne ved indlæggelse & udskrivelse"

- identificere de hyppigst forekommende fejl og mangler ved sektorovergang
- afdække årsagerne
- identificere forandringstiltag, som forventes at kunne fjerne eller reducere fejl og mangler

- implementerer
- systematisk opfølgning.

Metoden er: Gennembrudsmetoden med udgangspunkt i PDSA-cirklen.

Der er nedsat:

- Styregruppe
- Projektgruppe
- Projektledelse.

Tidsramme til slut 2019

Succeskriterie: At 80% af de tværsektorielle patient/borgerforløb (som der måles på i audit) er uden fejl og mangler, som forbedringsprojektet har fokuseret på.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der har ikke været ændringer endnu. Der har været audit i de 4 kommuner, der arbejdes med indsamlet datamateriale og workshop er undervejs til afholdelse i marts.

Kontaktperson

Merete Müller
Høje-Taastrup Kommune
Bygaden 2, 2630 Taastrup
meretemu@htk.dk
43591323

Bosteder samt handicap- og psykiatrienheder, Ishøj Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Antallet af genindlæggelser for patienter bosiddende på socialpsykiatriske bosteder ligger markant højere end øvrige psykiatriske patienter, ligesom der ofte ses afbrydelser i den medicinske behandling. Dette kan føre til forværring i patientens tilstand og i sidste ende føre til genindlæggelse. Ved etablering af bostedsteamet med en udgående funktion er ønsket at etablere et team, der får til opgave at sikre en hurtigere udredning og behandling, ligesom teamet i samarbejde med personalet på bosteder skal sikre bedre rammer for den medicinske behandling. Derved skabes grundlaget for at minimere (gen)indlæggelser og behandlingsafbrydelser for denne patientgruppe.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Projektets overordnede mål er at undersøge, om det med en tidligere og mere intensiveret og koordineret udredning- og behandlingsindsats er muligt at reducere antallet af genindlæggelser for patienter bosiddende på socialpsykiatriske bosteder. Samtidige er målet, at antallet af tvangssituationer skal reduceres markant. Det vil være sig i forhold til tvang i forbindelse med indlæggelse samt magtanvendelse på bostederne. Forudsætningen er, at indsatsen i langt højere grad skal foregå i et tæt samarbejde mellem patient, bosted og behandlingspsykiatrien, således at indsatsen afstemmes efter patienten, og ikke som det er i dag, hvor patienten skal afstemme sig det distriktspsykiatriske tilbud.

Projektet tager udgangspunkt i en tilpasset indsats i forhold til patienter bosiddende på socialpsykiatriske bosteder, således at bostedsteamet har en opsøgende, udgående og kontaktskabende funktion, hvorved der kan ydes en tilpasset indsats i patientens eget hjem, i samarbejde med patienten, personalet på bostedet og bostedsteamet. Bostedsteamet skal foruden faste besøgsrunder og møder på deltagende socialpsykiatriske bosteder også have en akut opsøgende funktion, idet den akut og ad hoc indsats er én af de væsentlige faktorer til at forebygge (gen) indlæggelser og tvang. Den akutte funktion vil blandt andet bestå i, at bostedsteamet ved akut forværring af borgerens/patientens tilstand kan udrykke straks, mod 1 besøg hver 2. uge. Projektets resultater og delresultater vil blive sammenfattet i årsrapporter og slutrapport, som efter styregruppens godkendelse vil blive forelagt Sundhedsstyrelsen. Den endelige evaluering af projektet foretages af en ekstern evaluator.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet kører fra januar 2018 til 31. december 2020 og er dermed fortsat igangværende. Foreløbige ændringer er, at der er ugentlige psykiatersamtaler på bostederne, ligeledes er der individuelle samtaler med teamets sygeplejersker og borgerne på bostederne. Bostedsteamet, holder sideløbende med bostedet kontakt med afdelingerne, når borgere bliver indlagt, og er ligeledes med til netværksmøder samt udskrivningssamtaler. Dette er for at sikre en lettere sektorovergang. Det opleves, at medicinfejl ved udskrivelser er mindsket siden projektet er startet, ligeledes opleves der en mindskning, i (gen)indlæggelser, men der forefindes dog ikke endelige statistik for dette.

Kontaktperson

Rikke Hage Strøyer
Bostedet Kløverengen
rikks@ishoj.dk
23 22 12 61

Hjemmesygepleje, Ishøj Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende patientovergange blev igangsat?

Begrundelse: Manglende samarbejde (hospital – kommune) omkring indlæggelse/udskrivelse gav utryghed for borgerne og faglig uvished hos medarbejderne.

Projekt; Sammenhængende patientforløb – Tværsektorielt forbedringsprojekt om indlæggelse & udskrivelse Region H ved Amager & Hvidovre samt Glostrup afd. M – Albertslund, Brøndby, Høje-Tåstrup & Ishøj Kommuner.

Opstart: marts 2018.

Beskriv venligst projektet vedrørende patientovergange.

Mål: "Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelserne af borgere/patienter mellem sektorerne ved indlæggelse & udskrivelse"

- identificere de hyppigst forekommende fejl og mangler ved sektorovergang
- afdække årsagerne – identificere forandringstiltag, som forventes at kunne fjerne eller reducere fejl og mangler
- implementere
- systematisk opfølgning.

Metoden er: Gennembrudsmetoden med udgangspunkt i PDSA-cirklen.

Der er nedsat:

- Styregruppe
- Projektgruppe
- Projektledelse

Tidsramme: til slut 2019

Succeskriterie: At 80% af de tværsektorielle patient/borgerforløb (som der måles på i audit) er uden fejl og mangler, som forbedringsprojektet har fokuseret på.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der har ikke været ændringer endnu. Der har været audit i de 4 kommuner, der arbejdes med indsamlet datamateriale og workshop er undervejs til afholdelse i marts.

Kontaktperson

Maria Nordlund
Hjemmesygeplejen Ishøj Kommune
mdn@ishoj.dk
40316919

Kommunen overordnet, Københavns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

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 også et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. Københavns Kommune, Bispebjerg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har fået tildelt satspuljemidler til et projekt, der har haft til hensigt at 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). Projektets målgruppe er de ældre i den del af KK, der bor i Planområde Byen. Borgere på de midlertidige døgnpladser har særlig stor risiko for forværring af sygdom og indlæggelse samt risikerer funktionstab ved at vente på udskrivelse

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Formålet med Sikker Sammenhæng er at udvikle en model til bedre koordinering af tværsektorielle forløb baseret på erfaringer og værktøj fra Sikkert Patientflow samt videreudvikling af tidligere projekt. 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.

Der afprøves og implementeres daglige fælles tavlemøde i begge sektorer samt fælles kapacitets- og dataoverblik og hermed grundlag for mere smidig koordinering og kommunikation på tværs af sektorer vedrørende generelle udfordringer i samarbejdet omkring det enkelte patientforløb. Det afprøves, hvordan almen praksis inddrages. Udbredelsen af metoderne til det tværsektorielle område kræver systematisk tilpasning, idet der f.eks. ikke er en fælles overordnet ledelse på tværs af de to sektorer.

Intentionen med projektet er at samle de eksisterende data og koordinatorfunktioner og derved skabe et fælles overblik med det formål at sikre, at ingen borgere venter unødigt eller oplever forværring af sygdom som følge af tværsektorielle svigt. Forbedringsmodellen er metoden i projektet. Værktøj anvendes systematisk, herunder etablering af læringsnetværk mhp. at skabe bedre overblik over forløb, kapacitet samt en varig platform for forbedring. Centrale projektdeltagere tilbydes en forbedringsagentuddannelse. Borgerperspektivet inddrages mhp. at sikre fokus på det, der er vigtigt for borgerne.

Projektets mål er at udvikle en generisk samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre i København planområde Byen. Idet det antages, at der for de ældre er et sammenfald mellem borgeroplevet kvalitet, rettidig udskrivelse og rehabilitering samt forebyggelse af forværring af sygdom og indlæggelse, og der i de nationale kvalitetsmål er opstillet indikatorer herfor, er målet at opnå en:

1. Reduktion i antallet af dage patienter venter på at blive udskrevet fra BFH til de midlertidige døgnpladser i KK med 90 pct.
2. Reduktion af forebyggelige indlæggelser for ældre fra KKs midlertidige døgnpladser med 25 pct.
3. Reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage for ældre fra KKs midlertidige døgnpladser med 25 pct.

Udover ovenstående resultatindikatorer udvælges indikator til sikring af høj borgertilfredshed. Desuden opstilles relevante ulempeindikatorer for at undgå, at opgaverne ikke flyttes over sektorgrænser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Den endelige rapport foreligger primo 2019 og der foreligger således ikke en endelig evaluering. De resultater, der anes af effekt fra projektet, er en nedgang i antal ventedage og uændret antal genindlæggelser. Da der er indført et nyt datasystem, er det for nuværende ikke muligt at trække data på forebyggelige indlæggelser. Det er tydeligt, at projektet har medført væsentlig bedre samarbejdsrelationer i hverdagen blandt andet pga. af etablerede arbejdsfællesskaber og kendskab til hinandens kontekster på tværs af sektorer. Derudover har projektet givet anledning til justeringer i de elektroniske dokumentationssystemer der har lettet det tværsektorielle samarbejde og selve dokumentationen

Kontaktperson

Tine Andreasen Limkilde
København Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning
Sjællandsgade 40 2200 København N
GF1D@kk.dk
21476693

Kommunen overordnet, Lyngby-Taarbæk Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Lyngby-Taarbæk Kommune deltager i Kampagneuge 12 i Planområde Midt, Region H. Projektet er et fortløbende indsats med fokus på de tværsektorielle overgange på tværs og uge 12 er en årlig fokusuge, hvor der afholdes fælles kick-off, besøg på tværs af sektorer, fælles generiske vejledninger (rapportering af UTH samt sagsbehandling), pjece, Kahoots og andet støttemateriale. Indsatsens faste fokusområder er Kommunikation og Medicin.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Indsatsen er forankret i Patientsikkerhedsforum under Samordningsudvalget. Risikomanagerne fra de 9 involverede kommuner udarbejder materialer, underviser, indsamler og formidler data. Afrapportering til Samordningsudvalget i slutningen af året samt oplæg til eventuelle nye tiltag eller fokusområder. Medicinhændelser og Kommunikationsaftalens indhold udgør en væsentlig del af de rapporterede hændelser. Der arbejdes fortløbende på de udfordringer, disse giver på begge sider af sektorgrænsen, for at sikre overgangene for borgerne med mere og mere komplekse forløb.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Formålet er bl.a. en bedre forståelse og samarbejde omkring de tværsektorielle forløb for borgerne for at sikre overgangene. Klyngen har ligeledes implementeret ID-armbånd til uledsagede borgere ved ambulante forløb eller indlæggelser, hvor der risiko for at borgeren ikke kan orientere sig eller kan gøre rede for sit besøg. Denne indsats er der sat fokus på igen i 2018 for at afdække, hvorvidt det stadig benyttes eller eventuelt udvikles. Indsatsen har ligeledes givet mulighed for gensidige besøg i sektorerne.

Kontaktperson

Risikomanager Charlotte Dorph Lyng
Center for Sundhed og Omsorg, Lyngby-Taarbæk Kommune
cdly@ltk.dk
45973375 / 23358077

3.1.3 Private projekter

Sted: AROS PROVATHOSPITAL

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *patientovergange* blev igangsat?

Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager. Overflytning af patient til andet sygehus. Vi oplevede, at der opstod tvivl omkring proceduren i en given overflytningssituation.

Beskriv venligst projektet vedrørende *patientovergange*.

Der blev i afdelingen arbejdet med proceduren, og der blev udarbejdet et "Aktion Card".

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der blev udarbejdet et "Aktion Card".

Kontaktperson

Katrin Korsby
AROS PRIVATHOSPITAL
kk@arosph.dk
87411111

4 Fokusområde: Korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser

4.1.1 Regionale projekter

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

I forbindelse med udarbejdelse af hospitalets årsrapport for utilsigtede hændelser blev det tydeligt, at sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser på nogle områder var mangelfuld, særligt nedenstående områder var et generelt problem:

- Manglende revurdering af alvorlighedsklassifikationen efter analyse
- Manglende klassifikation for hændelser rapporteret af patienter/pårørende
- U hensigtsmæssige brug af klassifikationen "Anden utilsigtet hændelse"
- Manglende registrering af opdagelsessted for rapporteringer fra primær sektor.

Derudover er der løbende henvendelser fra personale og ledere til kvalitetsorganisationen for at få viden om, hvorledes utilsigtede hændelser må anvendes.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Hospitalets ledelse besluttede, at der skulle gennemføres obligatorisk undervisning af alle sagsbehandlere i DPSD for at sikre en bedre sagsbehandling. I forbindelse med undervisningen blev der udarbejdet en lokal manual til sagsbehandling i DPSD. Manualen indeholder alle elementer i sagsopfølgningen og er tilgængelig i regionens dokumentstyringssystem.

Undervisningen tog udgangspunkt i en fiktiv hændelse. Omdrejningspunktet var dels den konkrete sagsbehandling samt hvordan utilsigtede hændelser må anvendes. Undervisningen havde fokus på hvor og hvordan man ændrer alvorlighedsgrad og klassificering, hvordan man registrerer hændelser med flere involverede parter, hvordan reglerne er, når en hændelse skal sendes uden for egen organisation, og hvordan rapporter kan anvendes. I undervisningen var der ligeledes drøftelse af, hvornår en sag kan/bør slettes, og hvorfor det er vigtigt at anonymisere hændelser.

For at imødekomme nogle af de henvendelser, som kvalitetsorganisationen modtager om anvendelsen af utilsigtede hændelser, inkluderede undervisningen viden om eksempelvis: hvem

må man dele utilsigtede hændelser med, hvad må man dele, herunder eksempelvis til studerende, og hvordan forholder man sig som nøgleperson, hvis der samtidig kører en klagesag?

Der undervises ligeledes i ovenstående områder på grundkursus for nye patientsikkerhedsnøglepersoner og ledere. På hospitalets centralintroduktion af nye medarbejdere fokuseres der på vigtigheden i at rapportere utilsigtede hændelser, og hvori forskellen på klager, erstatningssager og utilsigtede hændelser består.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kvaliteten af sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser er markant forøget. Ved gennemlæsning af samtlige utilsigtede hændelser til årsrapporten for utilsigtede hændelser 2018 gennemgås alle alvorlige hændelser ift. om de faktisk er alvorlige. Her ses det, at alvorligheds-kategorien nu i langt højere grad afspejler den faktuelle alvorlighed. Der er et stort ønske om, at kunne angive potentiel skade i databasen, dels for at sikre en mere korrekt klassifikation og for nemmere at kunne trække dem ud, da det er særligt vigtigt at drage læring af disse hændelser.

Kontaktperson

Louise Stadil Pinstrup
Louise.stadil.pinstrup@rn.dk
97661358

Den Præhospitale Virksomhed, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

I Den Præhospitale Virksomhed i Region Nordjylland blev der observeret en faldende tendens i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser indenfor det præhospitale område. Antagelsen var, at en af årsagerne hertil kunne være, dels at der var uvished i forhold til hvilke hændelser ambulancepersonalet er forpligtet til at rapportere i UTH-systemet, dels at ambulancepersonalet er i tvivl om, hvorvidt det nytter at rapportere en UTH.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

For at sikre viden om rapporteringsforpligtigheden blandt personalet i ambulancetjenesten i Region Nordjylland samt for at gøre opmærksom på værdien af rapportering af UTH, blev der gennemført undervisning af ambulancepersonale og paramedicinere i emner vedr. utilsigtede hændelser og patientsikkerhed. Undervisningen blev gennemført som en del af den årlige og obligatoriske efter- og vedligeholdelsesuddannelse for ambulancebehandlere og paramedicinere i Region Nordjylland. Undervisningen blev varetaget af Den Præhospitale Virksomhed og var af 60 minutters varighed. Undervisningen blev afviklet som en dialog med faggruppen, hvor cases blev anvendt som eksempler på utilsigtede hændelser, og begrebet

patientsikkerhedskultur blev drøftet ud fra deisen om, at en veludviklet patientsikkerhedskultur skaber grobund for, at organisationen kan lære af sine fejl og dermed forbedre patientsikkerheden.

Som en del af evalueringen af undervisningen blev deltagerne anmodet om at svare på et spørgeskema, som bl.a. indeholdt spørgsmål, der havde til formål at belyse, dels om det var givtigt for deltagerne at modtage undervisning om UTH og patientsikkerhed, dels status for patientsikkerhedskulturen i den organisation, som faggruppen er en del af.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Besvarelsen af evalueringsspørgsmålene viser, at størstedelen af deltagerne fandt det givtigt at modtage undervisning i patientsikkerhed. Der er ikke opstillet specifikke indikatorer for måling af effekten af undervisningen på længere sigt. Men udviklingen i antallet af rapporterede UTH indenfor det præhospitale område i Region Nordjylland monitoreres løbende.

Kontaktperson

Kenneth Lübcke
k.lubcke@rn.dk
97662108

Regionshospital Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Der er et kontinuert fokus på at sikre, at sundhedsprofessionelle og andre ansatte på hospitalet kender sundhedsloven og især paragrafferne knyttet til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH). Hospitalet har derfor etableret en solid patientsikkerhedsorganisering, hvor patientsikkerhedsarbejdet er forankret i klinik- og afsnitsledelser og med udpegede patientsikkerhedsnøglepersoner til varetagelse af sagsbehandling. Hospitalets riskmanager er tovholder. For at udvikle/bibeholde en positiv patientsikkerhedskultur er det essentielt, at der til stadighed skabes aktiviteter og fora til at præcisere og synliggøre, hvordan hospitalet ønsker personalet arbejder med og følger op på UTH.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Vi har indført undervisning, refleksion, læring og vidensdeling med afprøvninger af forskellige fora og metoder til understøttelse af, at man kender og anvender indholdet i sundhedsloven, især ift. at overholde ret til anonymitet, ingen sanktion og et fokus på systemperspektiv. Derudover sikres det kontinuert, at patientsikkerhedsnøglepersoner er rollemodeller i adfærd og kommunikation, så sundhedsloven overholdes. Dette også, når der gennemføres dybdegående analyser og mortalitets-analyse til læring. De afprøvede metoder:

1. Central introduktion, hvor ny-ansatte får gennemgået sundhedslov, patientsikkerhedsorganisation og hospitalets strategi ift. patientsikkerhedsarbejdet. Dette følges op ude i klinikken i klinikens intro-program.
2. Personalemøder på afsnitsniveau (efter behov), hvor personalet får undervisning i Det nationale Kvalitetsprogram og patientsikkerhed, herunder fokus på sundhedslov, GDPR, rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser.
3. Patientsikkerheds-Erfa-møder: Halvårige stormøder for alle patientsikkerhedsansvarlige, hvor der er primært sikres vidensdeling af UTH på tværs af klinikker, mønstre og tendenser og deles forbedringstiltag.
4. Sagsbehandler-undervisning, kvartalsvise møder for DPSD-sagsbehandlere, hvor piximanual (ABCD i DPSD) gennemgås, udfordringer og ændringer i DPSD drøftes, samt opfølgning på analyser, IT-tilbagemeldinger mm.
5. Sagsbehandler-support på sidemandsniveau.
6. UTH-teammøder, månedlige: I klinikken gennemgås månedens UTH sammen med ledelse og nøglepersoner med udarbejdelse af handleplaner og forbedringstiltag.
7. UTH-workshops, kvartalsvise. En slags åbent værksted i hospitalets IT-undervisningslokale, hvor alle kan komme og drøfte UTH, få vist hvordan man rapporterer, og hvor sagsbehandlere får hjælp i DPSD-sagsbehandlermodul, og man kan få support til analyse og planlægning af forbedringstiltag.
8. Temamøder: Eksterne oplægsholdere inviteres til temamøder til gennemgang af riskmanagement, risikovurdering og analysemetoder, f.eks. Human Factors (initiativ fra riskmanagere i regionen)

Hvilke ændringer har projektet medført?

De løbende afprøvninger har understøttet udviklingen af patientsikkerhedskulturen med systemperspektiv og åbenhed og bidraget til mange forbedringer lokalt på kliniske afsnit. Der er sket en stigning og derefter en stabilisering i antallet af rapporterede UTH. Der er opstået relationel koordinering ift., at man kender patientsikkerhedsnøglepersoner på tværs af klinikker og dermed nemmere kan tage kontakt ved tværgående hændelser og supportere hinanden.

Kontaktperson

Vivi Pedersen
vip@rn.dk
97640024

Sygehus Sønderjylland, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

På baggrund af at mange utilsigtede hændelser ikke blev behandlet inden for sagsbehandlingstiden på 90 dage, besluttede man i Sygehus Sønderjylland ultimo 2016 at gøre en indsats for at forbedre dette. Med det overordnede formål at sikre mere tidstro læring af de utilsigtede hændelser ønskede man med indsatsen at fokusere på tidstro sagsbehandling og mere ledelsesmæssig opbakning til sagsbehandling af utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Sagsbehandlingstid for hver enkelt afdeling er månedligt gjort op, og data er præsenteret i afdelingernes kvalitetsrapporter sammen med øvrige kvalitetsdata. Data er drøftet på kontaktdirektørmøder mellem afdelingsledelser og direktion. Der er bl.a. kommet større opmærksomhed på sagsbehandlerens og ledelsens opgave med sagsopfølgning og sagsafslutning, og der er fokus på, at sager ikke putter sig ved skift af sagsbehandler.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Sagsbehandlingstiden overholdes nu i langt højere grad end tidligere Andel åbne sager i Sygehus Sønderjylland ikke afsluttet inden for 90 dage:

- Pr. 1.2.2017: 94 ud af 248 svarende til 38 %
- Pr. 1.2.2018: 14 ud af 108 svarende til 13 %
- Pr. 1.2.2019: 14 ud af 134 svarende til 10 %

Overholdelse af sagsbehandlingstiden følges fortsat ved halvårlige målinger.

Kontaktperson

Tine Ursin Grau
Tine.ursin.grau@rsyd.dk
23119693

Nykøbing F. Sygehus, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Indsatsen er ikke iværksat som et projekt, men indsatsen er implementeret i daglig drift. Det er en løbende indsats i forhold til uddannelse og opdatering af sagsbehandlere, som skal sikre korrekt håndtering af UTH.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Når der udpeges nye sagsbehandlere, underviser Risikomanager i DPSD-databasens funktion, lovgivning og i de overordnede principper i forhold til beskyttelse af involverede personers data for såvel rapportør som personale direkte involveret i hændelsen. Samt en tydeliggørelse af, at oplysninger fra rapporterede utilsigtede hændelser ikke må indgå i personale-, klage- og tilsynssager. Sagsbehandling sker i tæt samarbejde med enten afdelingernes øvrige sagsbehandlere eller med risikomanager. Sagsbehandling på afsluttede sager gennemgås af risikomanager, bl.a. for at sikre, at der ikke figurerer person- eller lokationsnavne i hændelsesbeskrivelserne eller øvrige tekstfelter.

Analyser gennemføres med deltagelse af relevante personer med fokus på systemets læringspotentiale, arbejdsgange og ikke med fokus på enkelt personers handlinger. På sygehusniveau sagsbehandles klage- og erstatningssager i en anden afdeling i Staben for at sikre fuldstændig adskillelse med UTH. Styrelsens orienteringsbrev er desuden drøftet i netværk for DPSD sagsbehandlere.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen sikrer vedvarende fokus på korrekt håndtering og overholdelse af gældende lovgivning.

Kontaktperson

Tine Renner
tajn@regionsjaelland.dk
29176690

Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Kvalitets- og forbedringsmodellen (KFM) er et komplet koncept, der sikrer et klart fokus på de væsentligste dele af kvalitet i behandling og sygepleje opnået gennem inddragelse af patienter og det fagprofessionelle frontlinjepersonale, og ved en skarp prioriteret og fokuseret indsats i Region H's Psykiatri. Vi har i Region Hovedstadens Psykiatri ønsket at gennemføre et yderligere kvalitetsløft af behandling og sygepleje. Vi har udviklet et struktureret, inddragende, tidssvarende og enkelt koncept, der vedvarende optimerer den sundhedsfaglige kvalitet. Der er tale om et konkret værktøj, der kan bruges til sikre løbende forbedringer på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser og andre datakilder. Konceptet kan anvendes til at sikre effektive, hurtige og sikre patientforløb.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

KFM og den tilhørende tavle er værktøjet, der understøtter arbejdet med forbedring af kvalitet i behandling og sygepleje, så kvalitet og patientsikkerhed bliver en integreret del af hospitalets forbedringsarbejde. Der er særligt fokus på det potentiale som professioner, fagpersoner og patienter er i besiddelse af, i form af viden og færdigheder, herunder hospitalets/afdelingens "viden" indhentet fra patientsikkerhedsarbejdet, utilsigtede hændelser, patientsikkerhedsanalyser, patientfeedback, patientklager mv.

Det enkelte afsnit/afdeling definerer hvilke områder, der skal arbejdes målrettet med, og som vurderes at bidrage mest til forbedring af den faglige kvalitet. Det kan fx være nedbringelse af fald, udarbejdelse af kriseplaner eller selvmordsrisikovurderinger, der udvælges.

Konceptet indeholder følgende konkrete værktøjer:

- Et driverdiagram, hvor regionens overordnede mål og hospitalets/centrets årsplan/-aftale omsættes til det enkelte afsnits lokale kvalitetsmål. Disse mål defineres bl.a. ud fra rapporterede utilsigtede hændelser.
- En tavle hvor alle udvalgte kvalitetsmål er placeret. Tavlen er opbygget, så der sker en prioritering af indsatserne ud fra faste kriterier. Ligeledes besluttes hvor hyppigt der skal ske dataindsamling inden for hvert kvalitetsmål. Det kan være ugentligt, månedligt eller kvartalsvis.
- Kort, som indeholder de lokale kvalitetsmål, og hvor graden af opnået målopfyldelse fremgår
- En struktureret proces, der sikrer løbende fokus i hverdagen på forbedringer af den kliniske kvalitet i form af fremlæggelse og drøftelse af målopfyldelse. Det nye i konceptet er, at det er udpræget visuelt, og at der er en tilhørende proces, der er meget medarbejderinddragende. Der er således en "bottom-up" tilgang til, hvordan kvalitetsforbedringer bedst sker i det enkelte afsnit inden for de overordnede fastsatte kvalitetsområder – dermed er frontlinjepersonalet med til at udvikle patientsikker behandling og sygepleje. Konceptet medfører en struktureret og løbende tilgang i hverdagen, hvor kvalitetsmål og gennemførte

prioriteringer er synlige og vedkommende for alle medarbejdere. Derved sikres en kontinuerlig opfølgning og forbedring af de patientkritiske kvalitets- og patientsikkerhedsområder.

Se mere: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/kvalitet/Kvalitetsmodel/Sider/default.aspx>

Hvilke ændringer har projektet medført?

Konceptet er i varierende omfang implementeret på de psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri. Konceptet har vist sig at løfte kvaliteten, idet konceptet skaber massivt lokalt engagement og ejerskab for de løbende kvalitetsforbedringer. Ligeledes har det visuelle koncept medført en tydelighed omkring målene i de enkelte afsnit, hvilket er med til at skabe en bedre sammenhæng mellem vagtlag. KFM's fokusområder bidrager til, at der er et naturligt fokus på de områder, der kræver ekstra opmærksomhed – bl.a. udledt af arbejdet med hospitalets/afdelingens "viden" indhentet fra patientsikkerhedsarbejdet, utilsigtede hændelser, patientsikkerhedsanalyser, patientfeedback, patientklager mv. I Region Hovedstadens Psykiatri er det særligt tydeligt i forhold til selvmordsforebyggelse, sikker medicinbehandling, patientidentifikation, tvang og overgange i patientforløbet.

Kontaktperson

Mikkel Strøm
mikkel.stroem@regionh.dk
38645112

Den Sociale Virksomhed, Center for Forsorg og Behandling, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Projektet blev i 2017 igangsat, da organisationen havde en fornemmelse af at der blev indberettet for få UTH'er. Som projektet herefter har videreudviklet sig, er det også kommet til at omfatte håndteringen af rapporterede UTH'er samt behandlingen af disse i de enkelte afdelinger. Der har i organisationen under projektet været stor fokus på læringsmiljøet omkring UTH. Projektet er også kommet til at omhandle rapportering af UTH'er, som ikke er direkte affødt af sundhedsfagligt virke såsom medicin-UTH'er. Vi er i projektet nu kommet dertil, at vi nu gerne vil se på hvordan UTH'erne sagsbehandles i organisationen. Vi vil gøre sagsbehandlingen til en fast del af afdelingernes ugentlige møder og omdrejningspunkter.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Projektet startede med at dreje sig om (og gør det stadig en smule) at få indberettet flere UTH'er per måned. Der skulle gerne indberettes minimum 5 om måneden, og dette er vi endnu ikke i mål med hver måned. Derfor vælger vi nu også at have fokus på sagsbehandlingen af UTH'er. Vi vælger at bruge forbedringsmetoden til at håndtere projektet ud fra, og har vores

målinger oppe på tavlemøde med de øverste ledere, og er samtidig med til møder med medarbejderne ude i afdelingerne. Vi samler statistik på antallet af indberettede UTH'er. Vi har ligeledes kigget på, hvilke medarbejdere der på hvilke afdelinger har stort fokus på indberetning af UTH'er, og hvilke afdelinger, hvor vi skal sætte ind med ekstra støtte. Vi vil nu tage fat i behandlingen af UTH'er og kigge på hvilke UTH-forekomster, vi har flest af, og hvad disse forekomster kan hjælpe os med at lære. I fremtiden ville vi gerne kigge på, hvordan vi kan blive bedre til at indberette UTH'er, der har fokus på områder, der for de enkelte afdelinger forekommer problematisk for den enkelte borgers helbredstilstand.

Hvilke ændringer har projektet medført?

- Øget opmærksomhed omkring UTH – vilje til at indberette, også for andre
- En forståelse for at UTH'erne skal være læringsskabende
- Større samarbejde med risikomanagere i regionen
- Borgere er blevet opmærksomme på UTH'er, og vi har fået vores første UTH, indberettet af en borger.

Derudover har projektet også medført større fokus på kerneårsagsanalysen som en mulighed og metode blandt medarbejderne, og der er blevet gennemført 2 KÅA efter projektet er startet op.

Kontaktperson

Anne-Sofie Ellegaard
anne-sofie.ellegaard@regionh.dk
21449172

4.1.2 Kommunale projekter

Sted: Kommunen overordnet, Brønderslev Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Alt personale blev ved opstart af arbejdet med UTH i 2010 undervist, og der var heraf behov for opdatering på området.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der er lavet brush-up kurser, omhandlende arbejdet med UTH, til flere personalegrupper med henblik på at bevare fokus på indrapportering og analyse af UTH. Dette er afledt af, at der i 2017 var brush-up kurser for ledere. Der er gennemført to timers undervisning med repetition, indføring i UTH-arbejdet anno 2018 samt erfaringsudveksling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget opmærksomhed på indrapportering og hændelsesanalyser.

Kontaktperson

Jonna Christiansen
Sundhed og Velfærd Brønderslev Kommune
jonna.christiansen@99454545.dk
99454514

Kommunen overordnet, Jammerbugt Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

I kommunalt regi var der et ønske om, at private leverandører får adgang til egen sagsbehandling af UTH'er i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Dette har hidtil ikke været muligt, da rollen som almen decentral sagsbehandler giver adgang til alle sager i kommunen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Jammerbugt Kommune har været pilotprojekt kommune for en ny brugerrolle i DPSD kaldet "privat sagsbehandler", som kun giver adgang til egne utilsigtede hændelser. Andreas Millarch fra Styrelsen for Patientsikkerhed er projektleder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke afsluttet, men løsningen er afprøvet på to private plejecentre i kommunen. Vi arbejder i øjeblikket på at afklare forhold vedrørende databehandlersaftaler. Vi forventer at kunne rulle løsningen ud i hele kommunen i løbet af marts måned 2019. Den nye løsning øger sikkerheden omkring personfølsomme data, da UTH'erne på denne måde håndteres i det lukkede system DPSD.

Kontaktperson

Tina Jensen
Jammerbugt Kommune, Sundhed og Senior
tne@jammerbugt.dk
41911413

Kommunen overordnet, Favrskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Arbejdet er foranlediget af et behov for at systematisere arbejdet med de utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der har været arbejdet med at systematisere det samlede arbejde med de utilsigtede hændelser i hele Social- og sundhedsforvaltningen i kommunen. Arbejdet har omfattet en reorganisering af arbejdet, præcisering af rollefordelingen desangående, undervisning af alt relevant personale, udarbejdelsen af flowchart for arbejdsgangene, udarbejdelsen af årshjul for arbejde samt behandlingen af et øget antal af hændelsesanalyser både internt og eksternt. Desuden har en klagesag været brugt som eksemplarisk model for, hvordan arbejdet med klager og læringsdimensionen i arbejdet med de utilsigtede hændelser altid varetages med høj kvalitet og med samtidig respekt for adskillelsen mellem de to.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Et kvalitetsløft i såvel indrapporteringen som behandlingen af de utilsigtede hændelser. Klarhed over hvordan klager og utilsigtede hændelser behandles parallelt – under hensyntagen til behovet for adskillelse mellem klagesagsbehandlingen og læringsdimensionen i arbejdet med de utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Rolf Thomsen
Hovvej 76, 8370 Hadsten
roth@favrskov.dk
89642301

Tværgående, Herning Kommune

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

I Herning Kommune er der planlagt – med afholdelse april 2019 – temadag med information, undervisning og erfaringsudveksling indenfor Utilsigtede hændelser. Der vil her være fokus på korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ingen konsekvenser endnu – temadag afholdes først april 2019.

Kontaktperson

Janett Bech Valeur
Herning Kommune
psgja@herning.dk
20184318

Kommunen overordnet, Lemvig Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Vi har ikke haft deciderede projekter, men har haft stor opmærksomhed på korrekt indberetning og sagsbehandling. Vi har stillet os til rådighed for at hjælpe i sagsbehandling ved indberetninger, som ikke nødvendigvis krævede vores tilstedeværelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Det krævede et "brush-up", da det var længe siden, vi var startet op med UTH og deraf følgende sagsbehandling. Endvidere var der kommet nye sagsbehandlere til. Vi har haft det på sagsbehandlermøde, hvor sagsgangen blev gennemgået af risikomanager og deraf følgende drøftelse blandt sagsbehandlerne, så de kunne lære af hinanden.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det har ikke været et decideret projekt, men et område, som der løbende er fokus på.

Kontaktperson

Ane Margrethe Kamstrup og Majbritt Hornshøj Borg
Sundhedsafdelingen
Nygade 16, 7620 Lemvig
majbritt.hornshoj.borg@lemvig.dk
96631182

Hjemmeplejen, Skive Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Skive Kommune har i 2018 haft et særligt fokus på opdatering af instrukser for i højere grad gøre dem let læselige. Der er løbende gennem 2018 arbejdet med at sikre, at medarbejdere forstår instrukser og kan handle ud fra disse. Der er fortsat gennem 2018 arbejdet med de generelle infektionshygiejniske retningslinjer med særligt fokus på håndhygiejnen. Metoden er e-learning samt et opfølgende besøg af hygiejnekoordinator, hvor der bl.a. drøftes, hvilke udfordringer medarbejderne har i det daglige arbejde i forhold til hygiejne.

Kontaktperson

Merete Bislev
mebi@skrivekommune.dk
41531253

Plejehjem, Esbjerg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Baggrunden var, at rapporterne var mangelfulde, og det var svært at skabe læring af dem i hele Esbjerg Kommune. Det har været en generel indsats.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der har været undervisning i de enkelte teams for at få rapporterne gjort brugbare, og sagsbehandlere har været inddraget i hvordan rapporterne skal omdannes til læring i det enkelte team.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der sker en mere ens rapportering, og der følges mere op af sagsbehandlere. Indsatsen er en fortløbende aktivitet, da der hele tiden kommer nye sagsbehandlere og nye rapportører i en stor organisation.

Kontaktperson

Lisbeth Holm
Myndighed & Faglig Udvikling
lila@esbjergkommune.dk
76163840

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Fredericia Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Ansættelse af udviklingssygeplejerske.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der har igennem 2018 været fokus på at sikre implementere UTH-indberetningen.

Sikre at alle afdelinger har en sagsbehandler. Indikator er at alle afdelinger har en sagsbehandler aktiv i systemet.

Sikre at alle afdelinger har fokus på at indberette UTH. Indikator er her antal indberetninger.

Sikre en systematisk sagsbehandling på risikomanager niveau. I 2019 er fokus at sikre sagsbehandlingen har et læringsperspektiv.

Risikomanager arbejder på at blive inddraget i sagsbehandlingen mhp. at fremme læring og rette fokus på de arbejdsgange, som virker.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har medført, at der indberettes flere UTH. Der er etableret en struktureret UTH-sagsbehandling.

Kontaktperson

Heidi Stentoft
Fredericia Kommune
Heidi.stentoft@frederica.dk
25164541

Hjemmesygepleje, Faaborg-Midtfyn Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Mange medicinfejl.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Medicindoseringsmåtte.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Flere borgere bliver selvhjulpne i relation til medicindosering, hvilket følgelig betyder færre utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Betina Bendix
bebe@fmk.dk
72535063

Kommunen overordnet, Nyborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Baggrunden for projektet har været at sikre udbredelse af viden og forståelse, primært blandt de decentrale ledere, i forhold til korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser, eftersom det er lederne, der varetager sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Med projektet har både medarbejdere og ledere fået undervisning. Fokus i undervisningen af medarbejderne har været at sikre kvaliteten i data, der rapporteres og fokus på, at der rent faktisk rapporteres hændelser, samt at de registreres korrekt. Fokus i undervisningen for lederne har dels været samme undervisning som medarbejderne, suppleret med undervisning i sagsbehandling, herunder korrekt håndtering, udarbejdelse af hændelsesanalyser samt fokus på sikring af læring lokalt.

Riskmanager har ansvar for udbredelse af læring på tværs af organisationen på baggrund af den læring, der opnås lokalt i de enkelte afdelinger. Riskmanager udarbejder desuden månedlige rapporter samt ledelsesinformation, hvormed medarbejdere og ledere orienteres om status på arbejdet med utilsigtede hændelser. Riskmanager involveres altid ved alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser i forhold til udarbejdelse af kerneårsagsanalyse.

Hvilke ændringer har projektet medført?

På baggrund af den undervisning, der har fundet sted, ses en øget rapportering af utilsigtede hændelser lokalt og øget fokus blandt lederne i at dagsordensætte utilsigtede hændelser mhp. rapportering og læring. Projektet alene sikrer ikke, at det gode arbejde fortsætter, men der er behov for vedvarende fokus og italesættelse i organisationen.

Kontaktperson

Annette Rogde Petterson
Nyborg Kommune
Torvet 1, 5800 Nyborg
annp@nyborg.dk
63337339

Tværgående, Sønderborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

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, og til det formål tages der udgangspunkt i en hændelsesanalyse. Hændelsesanalysen med de tre spørgsmål er blevet integreret i e-learningen og 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?

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Mere indholdsrig og beskrevne rapporteringer over forbedringsmuligheder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Bedre udgangspunkt for at skabe forbedringer med baggrund i de utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Tina Hallund
Job og Velfærd
thal@sonderborg.dk
27 90 44 49

Tværgående, Tønder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Sikre en mere struktureret indberetning med fokusområder, som kan sikre mere valide data og bedre læringspotentiale.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

- Temadag på tværs af Handicap/Psykiatri og Pleje/Omsorg.

- 2 årlige temadage med forskellige fokusområder skal give større udbytte af læringen omkring UTH'er.
- Årshjul med 12 sygeplejefaglige områder.
- Gennemgang af værktøjer PDSA, Hændelsesanalyse, Kerneårsagsanalyse osv.

Hvilke ændringer har projektet medført?

2 årlige temadage hvor UTH kommer på dagsordenen. Tavlemøder i ledelse.

Kontaktperson

Kira Ørbekker
Tønder Kommune
koe1@toender.dk
74929292

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Baggrunden for at sætte fokus på korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser var, at Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte materiale vedrørende udfordringen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Vi har ikke arbejdet projektorienteret i forhold til dette, men brugt det aktivt i samarbejdet med kommunens sagsbehandlere. Udfordringen og korrekt håndtering af UTH har været drøftet på møder med sagsbehandlerne.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591

Kommunen overordnet, Vejle Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Vejle Kommune har ikke igangsat et konkret projekt, men Vejle Kommune arbejder kontinuerligt med at forbedre og lære ud fra de utilsigtede hændelser. Det kan være gennem at tage hændelserne op på personalemøder – og man beskæftiger sig også med UTH i forbindelse med MED-arbejdet. Det kan være ved, at ressourcepersoner/decentrale risk managers sender mails ud til de respektive distrikter/plejecentre, hvis der ses stigning eller modsat på UTH-rapportering. Også hvis der bemærkes tendenser, orienteres nærmeste leder meget hurtigt herom. Brug af Rapportmodulet og PLAN-funktionen i DPSD. Implementering af GDPR – bevidsthed om anonymitet i rapporteringen.

Kontaktperson

Birgit Dall Hersland
Sundheds - og Forebyggelsesafdelingen
birda@vejle.dk
23813138

Kommunen overordnet, Greve Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

At samle viden om kvalitet og patientsikkerhed og koordinere indsatser.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

I Greve Kommune anvender vi klinisk risikostyring, det vil sige, at vi samler viden om kvaliteten fra kommunens årsrapporter om klager, magtanvendelser, erstatningssager, UTH, sikkerhedsanalyse og diverse audits. Ofte er der overlappende områder, som kan belyses bedre ved at samle data og udarbejde indsatser på tværs af de data vi har til rådighed.

Erfaringsmæssigt har sikkerhedsproblemer der er identificeres via DPSD kun mindre betydning i forhold til de indsatser, der prioriteres ved risikostyringen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsområderne i 2019 på baggrund af risikostyringen er:

- Infektioner, herunder tidlig opsporing og forebyggelse af urinvejsinfektioner.
- Deltagelse i "I sikre hænder" Medicinpakken og tryksårspakken fortsættes fra 2017.

- Sikkerheden omkring personalets handlinger, når en borger ikke træffes hjemme.
- Sikkerheden i visitationen omkring modtagelse og videregivelse af information ved udskrivelser.
- Sikkerheden ved TOBS handlingsalgoritmen er en del af sikkerhedssystemet.

Kontaktperson

Martin Bommersholdt
mebo@greve.dk
Sundhed & Pleje
20550683

Tværgående, Lolland Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Behov for at sikre ledelsesfokus på, at data fra UTH-systemet anvendes til forbedringer af praksis.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Analysearbejde gennemføres i tværfagligt regi. Opsamling sker på 'Forbedringsdatamøder', ved audit, survey osv.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større grad af ejerskab, når UTH-data anvendes tættest muligt ved hændelsestidspunktet (tidstro) og i kombination med forbedringsmetode (arbejdsgangsanalyse – pdsa – data – kvalitetsovervågning).

Kontaktperson

Tove Hagen
Lolland Kommune
tovh@lolland.dk
54674021

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Slagelse Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Antallet af sagsbehandlere i Handicap og socialpsykiatrien er betydeligt øget i 2018. Således er der en sagsbehandler for hvert afsnit. Sagsbehandlerne lokalt er ansvarlige for, sammen med ledelsen, at der er fokus på patientsikkerhed, rapportering og læring af utilsigtede hændelser. Risikomanager har undervist i rapportering af utilsigtede hændelser og patientsikkerhed på arbejdspladserne. Der er udarbejdet pjecer målrettet de enkelte arbejdssteder til rapportering af utilsigtede hændelser. Der er udarbejdet rapporter, der udsendes til hvert arbejdssted hver måned vedr. hændelserne (listerapport) og medicinfejl (søjlediagram). Formålet er læring lokalt. Risikomanager superviserer kontinuerligt både rapportører og sagsbehandlere i korrekt rapportering.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der er ikke udarbejdet et projekt. Udviklingen er sket i samarbejde med ledelsen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er kommet øget opmærksomhed på rapportering og læring af utilsigtede hændelser på bostederne. Der er i 2018 rapporteret 566 utilsigtede hændelser fra botilbud mod 218 i 2017. I 2018 er der rapporteret 231 hændelser fra øvrige tilbud til borgere med handicap mod 150 i 2017.

Kontaktperson

Lene Theill Petersen
Slagelse Kommune
lenpe@slagelse.dk
20 56 68 40

Hjemmesygepleje, Allerød Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Som en del af en forbedringsagentsuddannelse I sikre hænder.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der blev nedsat en lille tværfaglig gruppe til at klargøre, hvor mange medicinfejl der var i hjemmeplejen. Der blev over en periode registreret alle medicinfejl i et lille team. Både i hjemmeplejen og sygeplejen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det at give medicinfejl mere fokus har gjort medarbejderne mere opmærksomme på, at borgerne får den rette medicin, som er ordineret. Vi går nu rigtig i gang med Medicinpakken som en del af I sikre hænder.

Kontaktperson

Anne-Mette Sørensen
Allerød hjemmepleje
anms@alleroed.dk
51364829

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

På baggrund af sager hvor journalister har bedt om aktindsigt og RM har været involveret i retssag.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Ikke projekt, men vidensdeling om korrekt håndtering af rapporterede UTH.

Hvilke ændringer har projektet medført?

At medarbejderne og ledere håndterer data fra rapporterede UTH diskret.

Kontaktperson

Bente Groth
Center for Voksenstøtte og Rehabilitering, Stab
bgrot@frederikssund.dk
29605896

Tværgående, Gribskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Emnet har indgået som en del af et større projekt om patientsikkerheden i vores kommunen. Alle vores ledere i træning, plejehjem, hjemmesygepleje, Hjemmepleje, sociale botilbud, misbrugsbehandling og tandpleje er således undervist på en temadag, hvor emnet har indgået. Ligeledes er ca. 75 medarbejdere undervist om det samme fra et medarbejderperspektiv.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Korrekt håndtering af UTH var en del af en større undervisningsrunde for kommunens sundhedsprofessionelle, medicinansvarlige og ledere. Indikatorer:

- Antal ledere der deltog
- Antal medarbejdere der deltog
- Antal udarbejdede hændelsesanalyser er og måden det blev gjort på.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Foreløbige ændringer:

- Et stigende antal indrapporteringer af UTH
- Et øget antal hændelsesanalyser med læring som fokus.
- Et øget arbejdspress for risikomanagere og ledere.

Kontaktperson

Lise Bernhard
Gribskov Kommune
lhber@gribskov.dk
72497438

Kommunen overordnet, Hillerød Kommune

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Der er kontinuerligt fokus på at håndtere utilsigtede hændelser korrekt i Hillerød Kommune på det generelle niveau. Håndteringen af hændelserne bliver dels behandlet på sektionsledermøder samt temaeftermiddage om patientsikkerhed. På det konkrete niveau ift. enkeltstående hændelser i forbindelse med analyse af de mere alvorlige hændelser. Der er en stor bevågenhed for at holde det lærende spor ift. arbejdet med utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Jeanette Hjermind
Hillerød Kommune
Axel Jarls vej 12 3400 Hillerød
jeah@hillerod.dk
23298158

Kommunen overordnet, Ishøj Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Baggrunden for indsatsen er det orienteringsbrev som Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte i januar 2018.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Både den centrale og lokale ledelse samt alle lokale sagsbehandlere for DPSD er informeret om, at oplysninger fra rapporterede hændelser ikke må indgå i personale-, klage- og tilsynssager. Dette er desuden indarbejdet i undervisningsmateriale, som benyttes til lokal læring om patientsikkerhed.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen har medvirket til et øget fokus på området.

Kontaktperson

Mette Lemser
Center for Voksne og Velfærd
mlems@ishoj.dk
24231670

Kommunen overordnet, Københavns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Som et led i revidering af UTH-arbejdsgange har vi valgt at rette særlig opmærksomhed på fortrolighed, etik og lovgivning. I den forbindelse er notat fra Styrelsen for Patientsikkerhed vedr. korrekt håndtering af UTH præsenteret for den øverste ledelse i SUF. I regi af afdeling for Kvalitet og Borgersikkerhed er der påbegyndt en grundig gennemgang af alle arbejdsgange vedrørende fortrolighed i forbindelse med UTH-arbejdet på alle niveauer i organisationen.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Det aktuelle tiltag er i sin indledende fase og derfor ikke fuldt beskrevet. Det er planlagt en arbejdsgangsanalyse og deraf udledning af fokuspunkter og eventuelle strukturelle problemer. Der er planlagt samarbejde med egen juridisk afdeling samt en tværsektoriel sparring og udveksling af viden om problemer og løsningsforslag, foruden afsøgning af anbefalinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Som et led i at styrke den organisatoriske læring omkring emnet er der planlagt en temadag, der skal give alle UTH-nøglepersoner og ledere anledning til at blive bekendt med den nye retningslinje samt drøfte og videndele omkring fagets problemstillinger. Derudover skal der yderligere planlægges en implementerings- og evalueringsproces.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi er i den indledende fase og kan derfor ikke evaluere på eventuelle ændringer.

Kontaktperson

Tine Andreassen Limkilde
København Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning
Sjællandsgade 40 2200 København N
GF1D@kk.dk
21476693

4.1.3 Private projekter

Arresødal Hospice

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Vi har ikke haft adgang til systemerne tidligere.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

I det hele taget at få medarbejdere til at indberette UTH.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Opmærksomhed.

Kontaktperson

Lisbet Due Madsen
Arresødalvej 100
info@arresoedal-hospice.dk
47787000

Christianshavns Kirurgiske Klinik

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Den nye persondataforordning har krævet at vi har fået secure mail. Proceduren er ændret så vi på alle måder overholder reglerne.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Vi er en lille klinik, så dette handler alene om enkelttilfælde, der håndteres umiddelbart ved en afdelingskonference.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Hurtig og korrekt håndtering af UTH.

Kontaktperson

Arne Borgwardt
Christianshavns kirurgiske klinik
arne@borgwardt.com
22948324

Gildhøj Privathospital

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Vi har på Gildhøj arbejdet med at få medarbejderne til at indrapportere utilsigtede hændelser og skærpe opmærksomheden på disse, så den utilsigtede læring kan blive iværksat ved en evt. utilsigtet hændelse.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Vores kvalitetsudvalg har på morgenmøde gennemgået relevant utilsigtet hændelse og læring af denne med ønsket om at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på UTH.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Opnået en minimal stigning i indberetningen af utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Marianne Lauritzen
Gildhøj Privathospital
ml@gildhoj.dk
43439292

Skovhus Privathospital

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Baggrunden for udviklingen af projektet var manglende indrapporteringer af UTH.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Vores udfordring på hospitalet har været, at indrapportering af UTH'er ikke prioriteres nok. Det blev derfor implementeret som et pkt. på dagsordenen på div. Personale- og behandlermøder på alle afdelinger af hospitalet. Dette for at få fokus på, om der har været utilsigtede hændelser, evaluere eventuelle hændelser samt fjerne "det farlige" ved at indrapportere en eventuel fejl.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det har medført større fokus på indrapportering og givet positive diskussioner omkring hændelser, og hvordan disse i nogle tilfælde kan undgås. Der indberettes en større del utilsigtede hændelser end før projektets start.

Kontaktperson

Lisette Schmidt
Skovhus Privathospital
liz@skovhusprivathospital.dk
59961590

Øjenhospitalet Danmark

Hvad var baggrunden for, at projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser* blev igangsat?

Vi skal sende flere UTH.

Beskriv venligst projektet vedrørende *korrekt håndtering af utilsigtede hændelser*.

Følger vores plan fra akkreditering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi er mere opmærksomme og har det på dagsordenen.

Kontaktperson

Gustav Muus
Øjenhospitalet Danmark
gm@ohd.dk
26133613

5 Øvrige indsatsområder

5.1 Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation

5.1.1 Regionale projekter

Sygehus Sønderjylland, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

På sygehus Sønderjylland modtages de akutte patienter på 2 matrikler. På Akut Medicinsk Visitationsafsnit (AMVA) i Sønderborg indlægges alle neurologiske, urologiske samt medicinske patienter fra Sønderborg kommune. I Fælles Akut Modtagelsen (FAM), Aabenraa, indlægges gynækologiske, kirurgiske, ortopædiske, kardiologiske og medicinske patienter fra Aabenraa, Tønder og Haderslev Kommuner. I 2020 flyttes urologien, neurologien og en del af de akutte medicinske patienter til Aabenraa. I Sønderborg skal der fortsat være visiteret akut indlæggelse af medicinske patienter. I dag meldes de akutte patienter fra praktiserende læge og vagtlæge ud fra visitationsretningslinjer til henholdsvis en flowmaster i Sønderborg eller en flowmaster i Aabenraa. På grund af matrikelopdelingen forekommer der uhensigtsmæssige patientforløb, og især i 2018 var der en del utilsigtede hændelser vedr. overflytninger og forkert visitation. Specialernes fordeling på matriklerne er afgørende for patientforløbene. Der ses dog mulighed for at optimere og forbedre visse forløb, således at unødvendige overflytninger undgås. I forbindelse med at alle akutte specialer samles på én matrikel er der planer om i 2019-2020 at etablere en fælles visitation på Sygehus Sønderjylland. Målet for projektet vedr. fælles visitation er:

- Patienter kommer på den korrekte matrikel første gang, og dermed forebygges overflytning af patienterne mellem matriklerne mest muligt.
- Patienterne og pårørende oplever sammenhængende patientforløb
- Antallet af UTH i forbindelse med overgange mellem sygehusene reduceres med 50%
- Mere sammenhæng i patientforløb
- Hurtigere udredning af den "akutte patient" på SHS
- Forbedret patientsikkerhed (færre overgange)
- Mere tilfredse interessenter (praktiserende læger, Ambulance Syd, ansatte på Sygehus Sønderjylland)

Beskriv venligst projektet.

På baggrund af ovenstående har der igennem 2018 været gennemført en proces med henblik på implementeringen af fælles visitation på sygehuset. Forløbet er sket i et samarbejde mellem

personale og ledelsen i AMVA, Sønderborg og på FAM, Aabenraa. Der er gennemført en idégenereringsproces, derefter gennemført 2 gange 2 afprøvningsdage. Under afprøvningsdagene var der to visitatorer to steder i FAM i 8 timer i tidsrummet mellem 8-17. Afprøvningsdagene har vist, at det er muligt at have overblik over de to akutte modtagelser. Dialogen mellem de to visitatorer betyder, at de kan vejlede og supplere hinanden samt sikre det bedste patientforløb på grund af stor viden fra begge matrikler. Den samlede evaluering af de 4 testdage med fælles visitation er således, at metoden ses som meningsgivende i forhold til at få placeret patienterne efter følgende kriterier:

1. Bedst mulighed for assistance fra en speciallæge ud fra patientens symptomer og hurtig mulighed for udredning.
2. Placering af patienten i forhold til kapacitet og ressourcer – flest ressourcer til patienten.
3. Placering af patienten på baggrund af optageområde.

Hvilke ændringer har projektet medført?

På baggrund af de positive erfaringer med test af fælles visitation planlægges at etablere fælles visitation i løbet af foråret 2019, således at der er én telefonisk indgang til Sygehus Sønderjylland for praktiserende læger, Ambulance Syd m.m. Ved 112 opkald ringes fortsat til den matrikel, patienten transporteres ind til. I 2020 forventes dette også at være en del af fællesvisitationsopgaven.

Kontaktperson

Helle Overgaard
helle.overgaard@rsyd.dk
20598859

Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

I 2017 blev Region Hovedstaden (RH) opmærksom på udfordringer forbundet med diagnosticering og behandling af meningitis i RH. Disse udfordringer blev bl.a. omtalt i flere medier, herunder en meget omtalt TV-udsendelse om forsinket behandling af teenagedrenge med meningitis. RH udførte derfor en aggregeret kerneårsagsanalyse af flere meningitisforløb. Denne analyse samt handlingsforslag blev efterfølgende rundsendt til alle landets sygehuse. I forlængelse heraf blev der nedsat en lokal tværfaglig arbejdsgruppe på vores hospital, som skulle afdække, om vi på samme vis har udfordringer forbundet med diagnosticering af meningitis.

Beskriv venligst projektet.

Metode: Journalaudit på 52 patienter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har givet anledning til, at følgende anbefalinger er sat i værk:

Undervisning

- Undervisning af personale i akut-modtagelserne i, at symptomer hos meningitispatienter omfatter andet end de klassiske symptomer som nakke-rygstivhed, hudforandringer og feber. Meningitispatienter indlægges ofte med symptomer af mere uspecifik karakter. Specielt synes der at være behov for undervisning i differentialdiagnostik, hvor der mistænkes neurologisk lidelse som primær diagnose. Undervisning og øget fokus herpå kan sandsynligvis modvirke fixation.
- Undervise i at meningitis er en tidskritisk sygdom, og at forsinkelse i diagnostik og behandling forværrer prognosen.
- Opdatering af den tværgående meningitisretningslinje, således at retningslinjen afspejler, at meningitis kan manifestere sig med mere ukarakteristiske symptomer.

Organisering

- Modtage patienterne som medicinsk nødkald, hvorved det sikres, at tilstrækkeligt personale er til stede med det samme, eller flytte pt. til en traumestue, så snart der er mistanke om meningitis. Her kan man have et flowchart/tjekliste i papir til meningitisudredning og -behandling i lighed med ketoacidosebehandling. Der er udarbejdet et forslag til et dokumentationsflowchart.
- Formulere en algoritme for hvilke patienter man bør starte antibiotika hos blandt de bevidstløse/svært syge.
- Sikre at kompetencen til at udføre og assistere til lumbalpunktur inden for 30 minutter er til stede døgnet rundt.
- Indføre systematisk simulationstræning i modtagelse af patienter mistænkt for meningitis.

Procedurer

- Opstramning af dokumentationen i EPJ. Tjekliste (eller det nye flowcart) fra Medicinsk Nødkald kan bruges som kladde til senere journalføring, når de akutte opgaver i situationen er taget vare på.
- Dokumentation af selve lumbalpunkturproceduren kan optimeres og standardiseres ved anvendelse af en EPJ-frase, som man f.eks. har gjort andre steder.

- Vi har matrikelspecifikke beskrivelser af procedurer omkring lumbalpunktur, hvilke glas, hvorhen m.m., men det vurderes, at der er behov for at koordinere de forhold, der ikke er matrikelspecifikke.
- Optimeret transport af prøver, f.eks. med rørpost, i lyset af at hurtigtest med multiplex PCR nu er tilgængelig.

Kontaktperson

Helle Rexbye
helle.rexbye@rsyd.dk
21158506

Regionshuset, Vejle, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Baggrunden for projektet var et større regionalt projekt i Region Hovedstaden. Dette udsprang af flere kritiske/dødelige tilfælde af meningitis i regionen, hvilket kom i medierne. Region Syddanmark har på denne baggrund ønsket at se på "diagnostik og behandling" i egen region.

Beskriv venligst projektet.

Diagnostik og behandling i Region Syddanmark. Patientinterviews med tematisk analyse. Journalaudit med kvantitativ databehandling. FRAM interviews på læger og sygeplejersker på alle akutafdelinger i regionen. Semistruktureret interview med ambulancetjeneste.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ingen ændringer.

Kontaktperson

Cecilie Kvist
cecilie.kvist@rsyd.dk
29634087

5.1.2 Kommunale projekter

Tværgående, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Negativ udvikling i livsstilssygdomme og mental sundhed.

Beskriv venligst projektet.

Der er bevilget satspuljemidler til udvikling af den afklarende sundhedssamtale. Under projektet er der nedsat et Team Sundhedsfremme og Forebyggelse, som varetager samtalerne. Projektet følges med effektmålinger og brugertilfredsundersøgelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ikke opgjort.

Kontaktperson

Nadina Buljubasic
nbulju@nordfynskommune.dk
21563370

5.1.3 Private projekter

AROS PROVATHOSPITAL

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Et ønske om standardisering af telefonopfølgning på patientens ambulante forløb. Let overskuelige notater i journalen. Sikre patienten relevant information.

Beskriv venligst projektet.

I afdelingen blev der formuleret og vedtaget en skabelon, en ramme som handlingen tager udgangspunkt i. Vi mangler stadig evaluering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Guiden betyder at arbejdsgangen er mere overskuelig og ensrettet som basis for den mere individuelle vejledning og information.

Kontaktperson

Henrik Ipsen
AROS PRIVATHOSPITAL Skejbyparken 154 Århus N
hi@arosph.dk
87411111

5.2 Behandling og pleje

5.2.1 Regionale projekter

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

For at styrke den igangværende indsats med at reducere forekomsten af hospitalserhvervede tryksår, samt optimere pleje og behandling af eksisterende tryksår, blev der ansat tryksårssygeplejerske i en projektstilling på Aalborg Universitetshospital.

Beskriv venligst projektet.

Siden 2016 er der blevet arbejdet målrettet med etablering af tryksårsnøglepersonsnetværk og uddannelse af nøglepersoner. Sideløbende intensiveredes prævalensmålingerne fra 2 gange til 4 gange årligt. I marts 2018 blev det gennem puljemidler muligt at ansætte en tryksårssygeplejerske. Tryksårforebyggelse handler om den grundlæggende sygepleje og om at få udført risikovurdering og forebyggelse ind i de faste daglige rutiner på afdelingen – i en hverdag hvor opgaverne er komplekse og mangeartede. Tryksårssygeplejersken varetager undervisning og oplæring af personale i forhold til forebyggelse, pleje og behandling af tryksår. Undervisning og vejledning foregår såvel bed-side, i netværksgrupper og i plenum. Hovedfokus er at udvikle kompetencer hos det kliniske personale, så der udføres sikker og kompetent tryksårforebyggelse og sårbehandling i alle relevante afdelinger. Indsatsen er opsøgende i sin tilgang. Nærhed og tilgængelighed er nøglebegreber i funktionen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Fra 2013-2017 lå prævalensen med en median på 5,8. Mål for Aalborg UH er prævalens på 5%. Prævalensresultaterne har i projektperioden fra marts 2018 til januar 2019 ligget mellem 2,9 og 3,7 med en median på 3,1.

Kontaktperson

Camilla Leerskov Sørensen

cals@rn.dk

97662086/ 29476012

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

En UTH-analyse omhandlende en patient med PICC-Line kateter, der gennem en uge gør personalet opmærksomme på nervesmerter i armen svarende til kateterløbet, afdækker et behov for gennemgang af de retningslinjer, der findes på hospitalet, idet der ikke beskrives ens praksis på tværs af afdelinger.

Beskriv venligst projektet.

Der er etableret en arbejdsgruppe på hospitalsniveau med klinikere fra anæstesi, medicin og onkologi og kvalitetskoordinatorer, der har udarbejdet en fælles instruks for anlæggelse, anvendelse, observation og seponering af PICC-line. Der er taget udgangspunkt i gældende nationale, regionale og hospitals retningslinjer og instrukser. Fokus for projektet er at beskrive ens klinisk praksis af en specialiseret procedure, så det, uanset hvor patienten møder sundhedspersonalet, vil være den samme faglige evidens, høje kvalitet og sikkerhed for patienten, der arbejdes ud fra. Den kliniske instruks skal i høring i hospitalets ledelsessystem, samt hos andre relevante interessenter/samarbejdspartnere, hvorefter den skal implementeres i klinisk praksis, så den kan komme patienterne og personalet til gode. Sideløbende er igangsat en indsats ift. indkøb af bl.a. iv-katetre, nålefri membraner og forbindinger, så der købes samme produkter, der er kvalitetssikret og fagligt vurderet, på alle afdelinger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er ikke afsluttet, men har til nu medført en øget bevidsthed om vigtigheden af en overordnet instruks for håndtering af PICC-line katetre, samt synliggørelse af, at ensartet praksis minimerer risiko for infektioner og fejlhåndtering.

Kontaktpersoner

Kristina Fischer Rosenkilde, Christina Berg Gade og Dorte Damgaard Ebeling
kfr@rn.dk, c.gade@rn.dk og dorte.damgaard.ebeling@rn.dk
30369236, 23322549 og 21194808

Psykiatrien, Region Sjælland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Nedbringelse og håndtering af tvang i somatikken. Da der fra somatikkens side hersker meget usikkerhed omkring håndteringen af eventuel tvang og brugen af mindstemiddel er følgende iværksat. Psykiatrien Vest er i gang med at etablere undervisning til medarbejderne i somatikken omkring relationer og deeskalering. Ligeledes er der aftalt undervisning i håndtering af psykiatriske patienter. Der er ved at blive udarbejdet lommekort, der vil fungere som en

guide. Disse beskriver lovgivningen på området i forhold til iværksættelse af tvang, step by step guide til iværksættelse af tvang, samt info omkring de observationer man bør foretage, hvis man sidder som fast vagt. Der er i dette stort fokus på samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien.

Begrundelsen for etableringen af undervisningsmaterialet var på baggrund af en dyberegående analyse, hvor det blev klart, at der er et stort behov i somatikken for at få præciseret arbejdsgange omkring tvang i somatikken. Derudover bliver der udbudt kurser i deeskalering til somatiske afdelinger. Formålet med kurset er at sikre, at medarbejdere i Region Sjælland er beredte til at møde udadreagerende patienter ved at opnå kompetencer til at håndtere konfliktfyldte situationer gennem kommunikativ deeskalering.

Beskriv venligst projektet.

Der er udarbejdet retningslinje med lommekort, som beskriver arbejdsgange for håndtering af tvang i somatikken. Retningslinjerne er pt. i høring.

- Tilbyde medarbejdere i somatikken kurser i deeskalering.
- At medarbejdere i somatikken får en større indsigt i kommunikativ deeskalering og bliver bedre til at håndtere opkørte situationer og dermed forsøge at afbøde tvang i somatikken.
- Indholdet er praksisnær træning i kommunikativ deeskalering, som kan anvendes i mødet med udad-reagerende patienter og pårørende. Træningen tager udgangspunkt i vejledning i deeskalering og D4 retningslinjen "Beredskab til udad-reagerende patienter i somatikken".

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er en forventning om at forebygge tvang i somatikken. Kurserne tilbydes fra marts 2019.

Kontaktperson

Anne Otto Hansen
aoh@regionsjaelland.dk
23395229

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Fælles sygeplejefaglig indsats om identificering, forebyggelse og behandling af organisk delirium: Indsatsen er målrettet plejepersonalet på BFH og har til formål at skærpe personalets fokus på identificering, forebyggelse og behandling af organisk delirium, samt øge viden og kompetencer. Udfordringerne på området har betydning for både patienternes forløb og personalets arbejdsvilkår.

Beskriv venligst projektet.

Foreløbigt er følgende tiltag igangsat:

- Spørgeskemaundersøgelse: for at afdække plejepersonalets kendskab til eksisterende redskaber/vejledning, plejepersonalets oplevelse af mulighed for forebyggende tiltag samt plejepersonalets viden om delir.
- Undervisning af nyansat plejepersonale om delir i forbindelse med central introduktion
- Tilbud om roadshow i sengeafsnit. Fælles refleksion over praksis og udfordringer i forhold til delir.
- Plakat til sengeafsnit: risikofaktorer, udløsende årsager, identificering, non-farmakologisk forebyggelse og behandling
- Tværfaglighed: undervisning af hospitalets fysio- og ergoterapeuter.

Arbejdsgruppen planlægger endvidere følgende tiltag i 2019:

- Implementering af kommende tværregional vejledning om organisk delir
- SP: nuværende dokumentationsmuligheder og ønsker til ændringer
- Udarbejdelse af E-learning
- Tilbud om feedback på spørgeskemaundersøgelsen til afdelingssygeplejersker
- Opdatering af støtteredskaber i forbindelse med udgivelse af tværregional vejledning om delir
- Synlighed omkring indsatsen på hospitalets intranet
- Revidering og genoptryk af pjece i samarbejde med Psykiatrien.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Undervisning om delir af nyansat plejepersonale i forbindelse med central introduktion. Spørgeskemaundersøgelsen har afdækket plejepersonalets vidensniveau om delir og har identificeret områder med behov for særligt fokus f.eks. viden om risikofaktorer.

Kontaktperson

Christina Emme
christina.emme@regionh.dk
30684728

5.2.2 Kommunale projekter

Hjemmesygeplejen, Frederikshavn Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet ønsker et øget fokus på de forebyggelige indlæggelser, til gavn for ældre medicinske patienter og deres pårørende. Projektet igangsætter derfor forebyggende indsatser med styrket fokus på dehydrering og mulighed for væsketerapi.

Beskriv venligst projektet.

Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Regionshospitalet Nordjylland, praktiserende læger i Frederikshavn, den kommunale sygepleje i Frederikshavn by og Kastaniegården. SOSU-personalet undervises i tidlig opsporing, med fokus på særlige observationer, dehydrering, væskebalance, brug af væskeskema m.m. Sygeplejerskerne undervises af Regionen i subcutan væsketerapi således, at borgeren kan tilbydes subcutan væsketerapi enten i eget hjem eller på Kastaniegården. Praktiserende læger (i projektperioden) kan også henvise til væskebehandling, så borgeren undgår indlæggelse på hospital. Efter lægeordination er det sygeplejerskerne, der opsætter og praktiserer væskebehandlingen.

Projektet er opdelt i:

- Tidlig indsats – profylaksen
- Behandling – subcutan væsketerapi

Indikatorer:

- Antal henvisninger fra praktiserende læger
- Antal borgere der får væsketerapi
- Antal henvendelser til FAM/SDU
- Antal borgere, hvor væsketerapi forebygges
- Sammenhængende patientforløb
- Levering af data.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har bidraget til en nedbringelse i antallet af forebyggelige indlæggelser. Det kræver nye rutiner at have fokus på tidlig opsporing, og det opnås ikke over en kortere periode. Projektet er testet i et område og ønskes udbredt i kommunen.

Kontaktperson

Projektleder Gitte Vogdrup Olesen
Leder Kastaniegården, Center for Sundhed og Pleje
GIOL@frederikshavn.dk
98457390

Hjemmeplejen, Frederikshavn Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet skal styrke rehabiliteringsindsatsen for de svageste borgere ved at udvikle en arbejdsprocesmodel, som implementeres på de tværfaglige triagemøder både i den kommunale og private hjemmepleje og på plejecentrene.

Beskriv venligst projektet.

Målet er at skabe en større systematisk og koordineret indsats, der skal være med til at nedbringe antallet af genindlæggelser ved at sætte fokus på den helt tidlige opsporing. Vi vil styrke de tværfaglige triagemøder for at opnå et forbedret, sammenhængende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb for de svageste ældre. Det ønskes at ændre vores tilgang til tværfaglighed med borger i centrum ved systematisk at arbejde ud fra et fælles borgerrettet mål. Det sætter krav til en tværfaglig udredning og efterfølgende indsats, hvor det er nødvendigt at vidensdele på tværs, kommunikere og koordinere indsatsen ved anvendelse af relationel koordineringsmodel (RK). RK skal styrke alle medarbejdernes kompetencer til at støtte borgeren i at afdække det motiverede mål. Det ønskes, at inddrage flere tværfaglige samarbejdspartnere på triagemøderne, herunder visitator, hjælpemiddeltherapeut, træningsterapeut og medarbejder fra handicap og psykiatri.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet blev startet i september 2018 og er ændret en smule. Tværfaglige samarbejdspartnere bliver ikke inviteret til triage, men der skal implementeres en helhedsorienteret tankegang, hvor det vurderes, om andre samarbejdspartnere skal involveres.

Kontaktperson

Britt Bengtsen
Gruppenleder Team Hverdagsrehabilitering, Center for Sundhed og Pleje
brbe@frederikshavn.dk
9845 5448

Akutpladser, Hedensted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projekt akutpladser blev igangsat 1-9-18 og løber til 31-3-20. Baggrunden var et ønske om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Beskriv venligst projektet.

Projektet er etableret for satspuljemidler, hvor der over en 2-årig periode er oprettet 2 akutpladser i forbindelse med et eksisterende genoptræningsafsnit Rehab- og akutcenter. Der er for puljemidlerne ansat sygeplejersker, så der sikres døgndækning af sygeplejersker. Samtidig er ansat 3 fysioterapeuter, så træningsfrekvensen er øget til at omfatte alle dage i dagvagt året rundt. Personalet får kompetenceudvikling på i alt 4 temadage i projektperioden.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er umiddelbart set effekt af den øgede frekvens på genoptræningen, som før ikke omfattede weekend og helligdage. Patienterne genoptrænes hurtigere. Samtidig er der sket en kompetenceudvikling af personalet, som øger kvaliteten af tilbuddet i hele Rehab- og akutcenter.

Kontaktperson

Jette Roest
Løsning Plejecenter
Jette.roest@hedensted.dk
2171 5556

Tværgående, Holstebro Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Det overordnede formål med projektet er at sikre en højere grad af lighed i sundhed samt øget fravær af sygdom for Socialafdelingens borgere med psykisk funktionsnedsættelse, herunder borgere med samtidigt misbrug. Det gøres gennem etablering af et nyt kommunalt 'Fakultet for Sundhedsydelse og Socialsygepleje', som skal sikre leveringen af sundhedsindsatser med fokuseret socialt perspektiv. Målgrupperne i Socialafdelingen har en markant dårligere sundhed end resten af befolkningen.

Beskriv venligst projektet.

Projektets overordnede mål er at sikre en bedre sundhedstilstand med mere fravær af sygdom for Socialafdelingens målgruppe af borgere med psykiske funktionsnedsættelser, herunder borgere med samtidigt misbrug – med behov for sundhedsindsats.

Målgruppen i projektet:

- Modtager koordinerede og strukturerede sundheds- og sygeplejefaglige indsatser på baggrund af grundige og systematiske udredninger
- Oplever færre svigt i sundheds- og sygeplejefaglige indsatser
- Opnår at det sunde valg bliver lettere
- Har færre og kortere indlæggelser på somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger, som følge af mere systematisk og kontinuerlig kontakt til egen læge og andre relevante sundhedsaktører om forebyggelse af sygdom og højere sundhed.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er ikke så langt at der er opgjort foreløbige ændringer.

Kontaktperson

May Christensen, Sygeplejerske - koordinator
Center for social indsats, Social, Sundhed og Arbejdsmarked Holstebro Kommune
may.christensen@holstebro.dk
96113680

Hjemmesygeplejen, Ikast-Brande Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Fagligt ønske om at højne kvaliteten ved at effektivisere arbejdsgange og forbedre kommunikation og samarbejde både internt og eksternt, samt i højere grad at indtænke forebyggelse, herunder træning og ernæring.

Beskriv venligst projektet.

Tilrettelæggelse af ny arbejdsgang for sygeplejersker og visitation, der sikrer en optimal afvanding og sårheling hos borgere i kompressionsbehandling. Opstart af nye produkter i kompressionsbehandling. Udlevering af kompressionsstrømper i sygeplejeklinik. Sygeplejersker undervist i nye produkter og ny arbejdsgang.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Hurtigere afvanding og sårheling, forkortet sagsbehandlingstid.

Kontaktperson

Inge Rahbek
Ikast-Brande Kommune
inrah@ikast-brande.dk
9960 5931

Plejhjem og dagcenter, Ikast-Brande Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Flere beboere på plejecentrene har demens og forløbene er komplekse. Det kalder på øgede kompetencer inden for personcentreret omsorg og en ny praksis og kultur i demensomsorgen, som understøtter kommunens demensstrategi "Et værdigt liv med demens".

Beskriv venligst projektet.

Indhold til kompetenceløft:

- Alle medarbejdere og ledere har gennemført ABC demens inden opstart af forløbet (3 timer pr. medarbejder/leder)
- Opstartsdag á 4 timer
- Temadag á 6 timer
- 6 refleksionsgrupper á 4 timer (24 timer)
- Ledertemadag á 6 timer
- Individuel ledersparring 2 timer
- 3 x beboerkonference á 2 timer (6 timer)

Succeskriterier:

- Medarbejderne giver via spørgeskema udtryk for deres oplevelse af at være klædt på til opgaven.
- Alle medarbejdere har deltaget i mindst 3 beboerkonferencer
- Alle ledere kan afholde beboerkonference og har afholdt mindst 3 beboerkonferencer
- Audit viser at borgeres behov og pleje tager udgangspunkt i personcentret omsorg
- Pårørende til borgere med demens giver via fokusgruppeinterview udtryk for at deres pårørende har bedre trivsel eller at der er initiativer til at forbedre trivslen
- Forbruget af antipsykotisk medicin hos borgere med demens er blevet mindre (der er lavet en før-opgørelse i 2. kvartal 2017)

Hvilke ændringer har projektet medført?

Deltagerne har fået et fælles fagligt sprog ift. pædagogisk tilgang. De er blevet bevidste om, at høj faglighed nedsætter følelsen af afmagt. Deltagerne kan endvidere beskrive øget arbejdsglæde, samt give eksempler på øget velvære/livsglæde hos beboerne.

Kontaktperson

Dorte Bonnichsen
Ikast-Brande Kommune
dbbon@ikast-brande.dk
99603152

Hjemmesygeplejen, Ringkøbing-Skjern Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der arbejdes i Sygeplejen, ude såvel som på plejecentre, med at forebygge nyopståede tryksår.

Beskriv venligst projektet.

Alt personalet undervises faggruppespecifikt via e-læringsmoduler med henblik på at alle medarbejdere i det daglige arbejde med borgerne er opmærksomme på risikosituationer, trykspor og har kendskab til handlemuligheder i forhold til forebyggelse. Der måles årligt på antal sår.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Indsatsen er fortløbende og måles årligt. Indsatsen reducerer antallet af tryksår.

Kontaktperson

Else K. Pedersen
Sundhed og Omsorg, Ringkøbing-Skjern Kommune
else.k.pedersen@rksk.dk
99741743

Tværgående, Silkeborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

I sikre hænder.

Beskriv venligst projektet.

Vi arbejder med målene for I sikre hænder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Forebyggelse af fejl, sikre arbejdsgange.

Kontaktperson

Agnete Benner Lundgaard
agnetebenner.lundgaard@silkeborg.dk
40584139

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Viborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Titel: Styrkelse af den sundhedsfaglige indsats på botilbud i Socialområdet. Borgere på botilbud er meget afhængige af, at medarbejderne kan understøtte deres behandlingsforløb. Fokus er på sundhedsfaglig dokumentation og medicin håndtering.

Beskriv venligst projektet.

Der er ansat to sundhedsfaglige projektmedarbejdere i to år, som har til opgave, at undervise og implementere ovenstående i driften. Projektet har udvidet sig, så det nu ikke kun omhandler psykiatrien, men også bostederne fra henholdsvis handicap og udsatte-området. Helt konkret skal hver fastansat medarbejder deltage i 8 moduler á hver 3,5 timers varighed. Tre af modulerne omhandler den sundhedsfaglige dokumentation og varetages af de to projektmedarbejdere. De resterende fem moduler omhandler medicin håndtering og medicinadministration og varetages af Bjerringbro Apotek. Mellem modulerne er der afsat tid til sparring på hvert botilbud med de to sundhedsfaglige projektmedarbejdere, så undervisningen implementeres. Effektmålingen foregår ved, at hver medarbejder samt afdelingslederen skal udfylde det samme spørgeskema tre gange i forløbet. Dette for at evaluere, om der er en udvikling af kompetencer og trygheden i opgaven.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er i sin indledende fase. Projektet vil bidrage til både en øget kvalitet i den kommunale sundhedsindsats, men også til en øget livskvalitet for borgerne.

Kontaktperson

Jane Aslaug
j5h@viborg.dk
21268441

Plejhjem, Viborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Viborg var projektkommune på I Sikre Hænder fra 2013-2016, hvor vi arbejdede målrettet med forebyggelse af tryksår, medicinfejl, fald og infektioner. I forlængelse heraf er der indført nye tiltag, som hele tiden skal fastholdes og videreudvikles.

Beskriv venligst projektet.

Tryksår: Braden scores indenfor borgers første 24 timer på plejhjem – individuel vurdering af trykudsathed. Tiltag inden for HUSK noteres i døgnplanen, som alle skal læse i hver vagt.

Medicinfejl: Nye SSA og ind imellem også ældre SSA undervises/vejledes af sygeplejerske i 3 timer for at sikre sikker dispensering. Alle dispenseringer foregår på dispenseringsbordet hos borger/i særskilt medicinrum. Telefon afleveres til kollega, inden man går i gang, og kollega må ikke forstyrre.

Fald: Alle fald uden skade registreres på samlerapporter hver måned. Ved hvert fald vurderer sygeplejersken med plejepersonalet, om der skal ske tiltag.

Infektioner: Alle UVI og lungeinfektioner skrives på tavlen, så boenheden har et overblik over, hvornår sidste infektion var, så det kan vurderes, om der skal andet til. I hver boenhed hænger tavle med borgernavne, sidste Braden/fald/infektion, inkl. samlerapporterne. Således kan man ved tværfaglige ugentlige tavlemøder tale om indsatser dertil.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Fordele: At der oftere kan gøres noget for at forebygge tryksår, medicinfejl, fald og infektioner.
Ulemper: For at fastholde disse tiltag, og den tillærte systematik, når der sker udskiftning af personale, skal tiltagene have stort ledelsesfokus.

Kontaktperson

Anitta Andersen
A2a@viborg.dk
87876171

Hjemmepleje, Aarhus Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Hvad gør den enkelte medarbejder når han/hun møder en låst dør? Hjemmeplejen oplever ugentligt at møde en låst dør, hvor borger ikke er hjemme, trods planlagt besøg. I de fleste tilfælde følges MSO's instruks for låst dør. Der kan dog desværre opstå utilsigtede hændelser, hvor medarbejdere ikke reagerer på låst dør og vælger at forlade hjemmet – uden at vide om borger er derinde og har brug for hjælp. For at sikre, at alle medarbejdere kender til instruks for låst dør, er der igangsat en udarbejdelse af et visuelt undervisningsforløb, hvor medarbejderne aktivt skal forholde sig til, hvordan han/hun handler, hvis man på et aftalt besøg møder en låst dør. En frivillig borger medvirker selv i videoen.

Beskriv venligst projektet.

Mål: at medarbejder reagerer på en låst dør og handler på evt. tilskadekomst. Undervisningsfilmen er netop blevet filmet ude i borgers hjem og skal nu redigeres til en undervisningsvideo. Undervisningsvideoen kommer til at bestå af forskellige handlingsscenarier, hvor den enkelte medarbejder aktivt skal forholde sig til, hvordan han/hun vil handle ved en låst dør.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Undervisningsfilmen er under udarbejdelse.

Kontaktperson

Maya Damgaard Larsen
madal@aarhus.dk
41855121

Plejhjem, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

En stor andel småtspisende borgere på plejecentrene samt i hjemmeplejen.

Beskriv venligst projektet.

Et felt- og observationsstudie på kommunens 5 plejecentre for at afdække problematikker og eksisterende arbejdsgange. Indkøb af vægte og implementering af hyppigere systematisk vejning af borgerne. Fokus på indkøb af energi- og proteinberigelse og brug heraf. Undersøgelse af SOSU Fyns undervisning i ernæring for den gældende faggruppe, som uddannes til at varetage målgruppens ernæring. Ernæringskurser for køkkenpersonale på kommunens plejecentre, således at de har bedre kompetencer til at imødekomme de

komplekse problemer, der kan opstå hos en borger. Midlertidig ansættelse af studerende i klinisk diætetik mhp. på styrkelse af ernæringsindsatsen i hjemmeplejen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ikke opgjort.

Kontaktperson

Birgitte Lindegaard Nielsen
bln@nordfynskommune.dk
64828329

Tværgående, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Stigende antal borgere med demens i kommunens tilbud.

Beskriv venligst projektet.

Uddannelse af demensambassadører på i alle enheder i Aktiv Pleje og Omsorg og i sygeplejen. Fokus på i samarbejde med borger, pårørende og det øvrige personale at finde gode løsninger i hverdagen for den demensramte borger. Øget fokus på at indarbejde procedurer, som er i tråd med den personcentrerede omsorg for mennesker med demens og sidst indarbejde en procedure, som er i tråd med Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for medarbejdere, der yder pleje og omsorg til personer med demens.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ikke endelig opgjort. Et biprodukt indtil videre er en opdatering af kommunens teoretiske grundlag for arbejdet med mennesker med demens.

Kontaktperson

Birgitte Lindegaard Nielsen
bln@nordfynskommune.dk
64828329

Plejhjem, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

At kunne tilbyde et mere varieret tilbud af aktivitets- og træningsmuligheder til borgere på plejecenter.

Beskriv venligst projektet.

I samarbejde med DBU tilbydes boldspil i forskellige variationer som aktivitet og træning til borgere på plejecentre.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ikke opgjort.

Kontaktperson

Flemming Lassen
fll@nordfynskommune.dk
64828329

Tværgående, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Lærings- og Kvalitetsteam: Hoftenære Lårbensbrud i gangsat på baggrund af de Nationale Kvalitetsprogram, Første LKT hvor kommunerne er med. 10 kommuner er udvalgt.

Beskriv venligst projektet.

Målsætning 1: Reducere mortalitet. At nedbringe 30-dages mortaliteten med 20%.

Resultatmål: Andelen af patienter, som er i live 30 dage efter operationsdato skal stige fra det nuværende landsgennemsnit på 90% til 92%. Ingen afdeling bør have en overlevelse lavere end 91%.

Målsætning 2: Reducere morbiditet. At forbedre patienternes generelle sundhed efterhoftebrud.

Resultatmål: Patienternes generelle sundhed belyses ved at monitorere 1-årsdødeligheden. Der er således tale om et proxy-mål. Målet er en 10% reduktion i 1-årsdødeligheden. Andelen af patienter, som er døde 1 år efter operationsdato skal falde fra det nuværende landsgennemsnit på 28% til 25%. Ingen afdeling bør have en 1-årsdødelighed højere end 28%.

DE TRE INDSATSOMRÅDER I LKT HOFTENÆRE LÅBENSBRUD

Der er følgende indsatsområder for forbedringsprojektet:

1. Optimering af modtagelse af patienten
2. Optimering af patientens forløb under indlæggelse
3. Anbefalinger til mobilisering og genoptræning efter udskrivelse
<https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/lkt-hoftenaere-laarbensbrud>.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Systematisering Tværgående og tværsektoriel indsats som løftestang.

Kontaktperson

Karin Kappel
kka@nordfynskommune.dk
21599302

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Bevilling af satspuljemidler til styrkelse af sundhedsfaglig indsats og samarbejde på Handicap- og Psykiatriområdet.

Beskriv venligst projektet.

Delmål:

- Kortlægning af alle borgere tilknyttet Handicap og Psykiatri, deres sundhedsstatus
- Sikre et kvalitetsløft i dokumentation af sundhedsfaglige ydelser-
- Sikre forløbsplan for borgere tilknyttet Handicap og Psykiatri-
- Sikre et samarbejde med den somatiske sundhedskordinator på træningsområdet og sygeplejen
- Sikre et samarbejde med praktiserende læger og farmaceuter på kommunens apoteker
Gennemførelse af sundhedssamtaler og KRAM screening, som følges op med tilbud om sundhedsfremme/forebyggende aktiviteter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Endnu ikke opgjort.

Kontaktperson

Bente Faurby Pedersen
bfp@nordfynskommune.dk
21457686

Hjemmesygeplejen, Tønder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Faglig udvikling af hjemmesygeplejen

Beskriv venligst projektet.

Alle sygeplejersker sendes på Diplommodul i Akut Sygepleje.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større faglighed i akutte situationer. Bedside blodprøver ved ordination fra læge.

Kontaktperson

Charlotte Frost Larsen
Tønder Kommune
CFL1@toender.dk
74929292

Plejhjem, Faxe Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

For at øge general sundhed og forbygge sygdomme bruges satspuljemidler til dette projekt, da der er direkte sammenhæng mellem tandsundhed og det almene helbred. Forskellige sygdomme og svækkelse kan have alvorlige konsekvenser for tænderne. Omvendt viser nyere undersøgelser, at infektioner i mund eller tænder kan være med til at udvikle eller forværre sygdomme som fx lungebetændelse og hjerte-karsygdomme.

Beskriv venligst projektet.

Formål: At øge de svageste borgeres tandstatus vha. mundplejeplaner samt at øge medarbejdernes vidensniveau på plejecentre og i hjemmeplejen.

Mål:

- Opkvalificere plejepersonalet på baggrund af deres konkrete behov og niveau.
- Oprette en fælles vidensbank med relevante informationer, vejledninger m.m. ift. mundhygiejne og -pleje i en lukket gruppe på Intra.
- Implementering af faste kontaktpersoner fra tandplejen som ad hoc kan vejlede og rådgive medarbejdere i plejen.
- Implementering af lokale mundpleje kompetencepersoner på i de enkelte enheder.
- Afprøve åben tandrådgivning og vejledning på alle plejecentre, hvor også hjemmeboende i området kan komme.

Opgaver: For at nå ovenstående mål er der umiddelbart nedenstående opgaver:

- Afdækning af nuværende brug af samt viden om mundplejeplaner
- Behovsafdækning ift. medarbejdernes behov for viden ift. mundpleje
- Udarbejdelse af materialer til brug for kompetenceudvikling
- Oprettelse og ajourføring af intern vidensbank på Intra
- Undervisning af kompetencepersoner (plejepersonale)
- Afprøvning af åben tandrådgivning
- Tandplejens deltagelse på fx forebyggende møder for borgere, der er fyldt 75 år
- Afholdelse af diverse møder i projektgruppe og referencegruppe samt koordinering, status og planlægning.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Dette kan ikke beskrives endnu, da projektet stadig er i opstartsfasen.

Kontaktperson

Pernille Molnes
molne@faxekommune.dk
61146057

Plejhjem, Rehabilitering, Hjemmeplejen, Greve Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Vi deltager i Dansk Selskab for Patientsikkerheds program "I sikre hænder" med tryksårspakken og medicinpakken.

Beskriv venligst projektet.

<http://www.isikrehænder.dk/>

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er etableret 17 forbedringsteams blandt kommunale og private leverandører samt en netværksorganisation, hvor de 17 forbedringsteams dels modtager vedligeholdelsesundervisning i forbedringsmodellen, dels deler viden om afprøvninger. Det er besluttet, hvordan organisationen foretager kapacitetsopbygning af viden omkring forbedringer og fastholdelse på alle organisatoriske niveauer. Der laves dataopsamling og kvalitetsvurdering via SPC.

Greve Kommune er DDKM akkrediteret, vi har udarbejdet et kvalitetskoncept der skal efterfølge DDKM i 2019, hvor kvalitetsplanlægning, kvalitetsvurdering og kvalitetsudvikling er omdrejningspunktet. Forbedringsmodellen bliver en fast del af kvalitetsudviklingsprocessen.

STPS målepunkter for hhv. det risikobaserede tilsyn og det plejefaglige tilsyn bliver anvendt til månedlige journalaudits som ledelsesinformation, data bliver genanvendt som baggrundsviden ved planlægning af de lovpligtigt kommunale tilsyn i Myndighedsfunktionen.

Kontaktperson

Martin Bommersholdt
mebo@greve.dk
Sundhed & Pleje
20550683

Tværgående, Køge Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet er udviklet på baggrund af analyser af utilsigtede hændelser samt generelt observeret risikoområde.

Beskriv venligst projektet.

Pilotprojekt på afsnit i plejebolig til udvikling af lommekort til tidlig opsporing af begyndende sygdom samt kombineret ISBAR og notat om værdier fra TOBS. Afprøvet 1 måned med daglig opsamling af resultater (hvor mange udfyldt, nogle der skulle have været udfyldt men ikke blev

det, kvalitativt respons på anvendelighed af materiale m.m). Herefter vedtaget af driftsledelsen til implementering på hele ældre- og specialområdet, denne implementering fortsat i gang.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Meget positive tilbagemeldinger fra personale, akutteam kan se at flere personaler har anvendt TOBS-lommekortet ved henvendelse til dem.

Kontaktperson

Stine Elisabeth Schiermer
Køge Kommune
Torvet 1, 4600 Køge
stine.elisabeth.schiermer@koege.dk
40125810

Tværgående, Køge Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Dokumentation ikke præcis nok, manglende handlinger ved observationer af ændringer.

Beskriv venligst projektet.

Brug af lommearkiver indeholdende TOBS, smertevurdering, tryksår, huskehånden, sår vurdering, TIMES, smarte mål og fald. Ovenstående indlæg til lommearkivet er udviklet i 2018 og er primo 2019 sat i afprøvning i hjemmeplejegruppe og døgnrehabilitering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Afventer evaluering i 2019.

Kontaktperson

Stine Elisabeth Schiermer
Køge Kommune
Torvet 1, 4600 Køge
stine.elisabeth.schiermer@koege.dk
40125810

Hjemmepleje, Allerød Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Kompetenceudvikling af medarbejdere i forhold til forebyggelse.

Beskriv venligst projektet.

I sikre hænder opstart 2017. Startet med tryksårspakken og går videre til medicinpakken i 2018. Gælder for kommunens hjemmepleje og plejeboliger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kontakt nedenstående.

Kontaktperson

Katrine Dyrby Asmussen
Allerød Kommune
kady@alleroed.dk

Plejhjem, Brøndby Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Deltager i I sikre Hænder. Udvikling af forbedringsarbejde og større sikkerhed og bedre arbejdsgange, herunder udvikling af patientsikkerheds kulturen.

Beskriv venligst projektet.

I sikre Hænder Tryksårspakken og Medicinpakken – Plejhjem og påbegyndt for hjemmeplejen/hjemmesygeplejen ultimo 2018.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større arbejdsglæde, større bevidsthed om at instrukser ikke forbedrer arbejdsgange. Hvor komplekst et system er – og at det derfor fordrer aktiv inddragelse i forbedringsprocessen af klinikere. At anvendelse af data til at skabe opmærksomhed og forbedre er nyttigt og virksomt. Svært at begrænse løsninger til en ad gangen – indtil man kan konstatere, om det er en forbedring

Kontaktperson

Lene Nilson
Ældre og Omsorg
lno@brondby.dk
23729219

Kommunen overordnet, Frederiksberg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Kommunen har siden 2013 arbejdet med de 4 pakker fra I Sikre Hænder: Tryksårspakken, Medicinpakken, Faldpakken, Infektionspakken. Pakkerne beskriver systematiske ensartede, validerede indsatser, der via korrekt brug forebygger de mest almindelige utilsigtede hændelser

Beskriv venligst projektet.

<http://www.isikrehænder.dk/>

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet, der nu er omsat til et egentligt kvalitetsprogram på Sundheds- og Omsorgsområdet, højner den faglige standard og arbejdsglæden. Alle medarbejdere kan være forbedringsmedarbejdere, da de kender arbejdsgangene. Herved kan de ved det daglige tavlemøde bidrage med observationer og tidlig opsporing af begyndende sygdom. Forbedringsarbejde skal logges, og det kan være vanskeligt i en travl tid at få indsamlet alle data i det daglige. Herved kan teamet få svært ved at vise evt. forbedringer i indsatsen.

Kontaktperson

Merete Larsen
Frederiksberg Kommune
mela03@frederiksberg.dk
28985204

Plejehjem, Glostrup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Beboerkonferencer startede i 2018 efter analyse af 2 skærmede enheder på Hvissinge ældrecenter. Der blev fokuseret på personalets kompetencer ift. forebyggelse, kommunikation og socialpædagogiske tiltag samt fælles sprog og faglighed. Ønsket er at forbedre omsorgen/plejen og trivslen hos beboerne samt at skabe større grad af arbejdsglæde og fællesskab.

Beskriv venligst projektet.

En af kommunens demenskonsulenter har i sin tidligere ansættelse været en del af det praksisnære kompetenceudviklingsprojekt Demensrejseholdet. Det er beboerkonferencer ud fra Demensrejseholdets metode, som er indført. Hver afdeling på kommunens ældrecentre skal på sigt afholde en konference af 1,5 times varighed pr. måned. De medarbejdere, der skal være facilitatorer ved konferencerne, vil blive undervist i dette. Metoden har fokus på faglig ledelse i

forhold til opfølgning og forankring. Konferencen anvender teorier og redskaber til håndtering af udfordringer i personalets hverdag på afdelingerne samt til at styrke personalets kompetencer i at analysere og reflektere over omsorgen/plejen. Ligeledes vil den kvalitet, som ydes i omsorgen/plejen, forbedres. Effekt vil kunne måles i forhold til anvendelsen af konkret teori i hverdagen, oplevelsen af fællesskab blandt medarbejderne, større arbejdsglæde og bedre trivsel blandt beboerne.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Tiltaget er lige påbegyndt og ikke fuldt implementeret. Ændring ses ift. dagligt arbejde med socialpædagogiske handleplaner/beboernes psykologiske behov samt ved læring og kompetenceudvikling, da der reflekteres, argumenteres og handles ensartet ud fra fælles sprog og faglighed. Der ses større tro på egne evner, større arbejdsglæde og mindre afmagt hos personalet.

Kontaktperson

Kathrine Davidsen
Center for Sundhed og Velfærd, Glostrup Kommune
Kathrine.Davidsen@glostrup.dk
9116 5616

5.3 Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.

5.3.1 Regionale projekter

Regionshospital Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Optimering af akut højrisiko abdominal-patientforløb. Kirurg indstillede til lokalt forbedringsprojekt omkring optimering af det peri-operative patientforløb på baggrund af erfaringer fra andet hospital og et ønske om at optimere hele forløbet for patienter med akut abdominal diagnose.

Beskriv venligst projektet.

I projektet blev der sammensat et tværfagligt forbedringsteam på tværs af 3 forskellige klinikker. Forbedringsteamet udarbejdede et detaljeret forløbsdiagram for AHA-patienter og definerede overordnede mål, samt primære og sekundære drivere i driverdiagram. Flere PDSA'er blev gennemført, data blev løbende indsamlet via audits, PDSA på udarbejdede action-cards og lommekort, opslag til OP-stuer og informationsbreve til personale. Personale blev undervist omkring det optimale AHA-patientforløb og om sundhedspersonalets roller og ansvar i AHA-forløbet. I hele implementeringsperioden blev der løbende holdt audits.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Flere forbedringer blev gennemført: OP-gangen fik indførte et ekstra akut-leje til prioritering af akutte patienter/AHA patienter.

Ændringer og implementering af procedurer:

1. Klar rollefordeling omkring, hvem der definerer, om det er en AHA-patient.
2. Systematiske procedurer og klar ansvarsfordeling, når pt. er bekræftet AHA-patient, hvor anæstesi overtager ansvar for patient og sikre pre-operativ optimering samt klargøring til OP
3. Optimering af peri-op-procedurer (væskeoptimering, operation inden 4 timer, antibiotika-profylakse, epidural-anlæggelse, ventrikelsonde, risiko-score ift. blødning under OP)
4. Optimering af post-op-procedurer (24 timer på intensiv/opvågning efter operation alt efter risikoscore)
5. Optimering af AHA-patientforløb på sengeafsnit ift. hyppig monitorering af vitale værdier, tidlig mobilisering, lejrning og ernæring.

Det tværgående OP-personale har via et tidligere forbedringsprojekt idriftsat ugentlige tavlemøder omkring operationsprogrammet og ugens udfordringer, hvor nogle løses med "just do it", nogle løses ved italesættelse på personalemøder, nogle igangsætter flere PDSA'er og

forbedringsprojekter, og andre løses på ledelsesniveau. Disse tavlemøder har også haft indflydelse på AHA-patientforløbs-projektets succes.

Kontaktperson

Vivi Pedersen

vip@rn.dk

97640024

5.4 Infektioner

5.4.1 Kommunale projekter

Plejhjem, Mariagerfjord Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Infektioner har store omkostninger for både borgeren, sundhedspersonalet og samfundet. Borgeren får mange gener og nedsat livskvalitet, sundhedspersonalet skal bruge ekstra ressourcer samtidig med, at når vi har et stort antibiotikaforbrug, er vi i stor risiko for antibiotikaresistens. Ved at sætte fokus på infektioner og dermed uhensigtsmæssigt antibiotikaforbrug kan vi forebygge indlæggelser samt det fald i borgerens livskvalitet og funktionsniveau, som en infektion giver ældre, svækkede og kronisk syge borgere.

Beskriv venligst projektet.

Som opstart til projektet omkring forebyggelse af behandlingskrævende urinvejsinfektioner lavede vi et års baselinemålinger for hvert plejecenter. Dette for at se, hvor stort et problem vi havde med at gøre. Derefter blev alt personalet undervist i de generelle infektionshygiejniske retningslinjer. Der blev ændret arbejdsgange i forhold til rengøring, desinfektion, generel hygiejne osv. Dette så det blev mere hensigtsmæssigt. Allerede eksisterende viden blev genopfrisket og forenet i en ny fokuseret indsats. Alle beboere blev inddraget i processen og vigtigheden i denne. For de beboere, som ikke var relevante at inddrage, blev nærmeste pårørende inddraget. Under hele projektperioden, som varede i et år, blev antallet af urinvejsinfektioner fulgt tæt. Hver gang der blev givet en antibiotikakur, blev det vendt blandt personalet, om dette kunne være forebygget.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi fandt hurtigt ud af, at behandlingskrævende urinvejsinfektioner kan forebygges. Dette projekt viser, hvor let det er at gøre det rigtigt. Vores holdning er blevet ændret fra, at urinvejsinfektioner er uundgåelige, til at de rent faktisk kan undgås. Vi har fuldført projektet på 6 ud af 8 plejecentre. Alle 6 steder viser resultatet det samme, Urinvejsinfektioner kan undgås. Vi har derfor reduceret behandlingskrævende urinvejsinfektioner med 70-86%.

Kontaktperson

Charlotte Andersen
Mariagerfjord Kommune, Sundhedscenter Hadsund
cande@mariagerfjord.dk
97115757 / 29114158

Plejhjem, Kalundborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der var et øget antal urinvejsinfektioner på plejecenteret.

Beskriv venligst projektet.

Projektet startede med en gennemgang af alle borgere på plejecenteret, hvor antal behandlingskrævende urinvejsinfektioner blev noteret for et år tilbage. Desuden blev det undersøgt om beboeren var kateterbruger eller blebruger. Efterfølgende fik personalet mulighed for via mindmap at notere mulige årsager til urinvejsinfektion. Undervisningen til personalet tog udgangspunkt i et spørgeskema, udformet som tip en 13'er. Svarene på spørgsmålene dannede grundlag for den teoretiske undervisning. Undervejs i undervisningen blev relevante emner tilføjet personale mind map. Efterfølgende blev personalet opdelt i grupper på to-tre personer, som fik til ansvar at sørge for implementering af diverse tiltag fra mind mappen. Der blev udarbejdet individuelle handleplaner for de berørte borgere med flere infektioner i samarbejde med kontinenssygeplejersken. Der blev dagligt påført på en plakat, om der var patienter med infektion, grøn, gul og rød. Grøn angav ingen infektioner. Efter 3. mdr. blev der foretaget en status i forhold til, hvor langt man var med handleplaner på det individuelle plan og i forhold til kultur og organisation. Efter et halvår blev antal af urinvejsinfektioner opgjort, og der sås et tydeligt fald. Igen et år efter blev der evalueret på antal urinvejsinfektioner. Modellen er nu været afprøvet på tre plejhjem med god effekt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget fokus på årsag til urinvejsinfektioner og dermed forebyggelse af urinvejsinfektioner. Antallet af urinvejsinfektioner er faldet. Det kræver ledelsesfokus at få skabt tid og rum til at medarbejderne kan arbejde med forbedringsforslag, hvis initiativet skal have succes.

Kontaktperson

Inge Jekes
Inge.jekes@kalundborg.dk
30341553

Plejhjem, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Stigning i antallet af borgere med resistente bakterier.

Beskriv venligst projektet.

Projektet ledes af mikrobiologisk afdeling Nordsjællandsk Sygehus. Projektet har fokus på at forebygge urinvejsinfektioner og unødvendigt antibiotikaforbrug.

Formål: at øge viden om infektioner og antibiotika blandt ansatte på plejehjem og derved gennem reducere forekomsten af urinvejsinfektioner og forbruget af antibiotika blandt disse borgere.

Ekspertter fra mikrobiologisk afdeling Nordsjællandsk Sygehus, har undervist ansatte på plejecentre på et 2 timers seminar. 500 ansatte har deltaget fordelt på 24 seminarer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet blev afsluttet i december 2018. Det foreløbige resultat viser signifikant stigning i vidensniveauet hos de ansatte, der deltog i seminaret, ligesom der også ses en reduktion i antallet af urinvejsinfektioner (fra 10,57 ordination pr. 100 beboere pr. måned til 5,99 ordinationer pr. 100 beboere pr. måned).

Kontaktperson

Anita Schlippe Rasmussen
Voksenstøtte og Rehabilitering
ansra@frederikssund.dk
21 51 01 15

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Resistente bakterier.

Beskriv venligst projektet.

Frederikssund Kommune besluttede, at alle medarbejdere i Døgnplejen og på plejecentrene skal have mulighed for at iføre sig en ren arbejdsbeklædning hver dag. Dette blev muligt 01.02.2018. Et system med ind- og ud-scanning og med alarm, som sikrer styring af adfærden, blev valgt.

- Tøj, der ikke er personligt mærket, er ressourcestyret med chip, og hver del har et id-nummer, så tøjet kan følges, når det scannes ind og ud med et personligt kort.
- Opbevares i et "rent" rum på hylder eller på hylder i vogne, lægges til vask i et andet rum.
- Sikre at renhedsgraden af tøjet bevares bedst muligt og at der foregår en regelmæssig udskiftning. Alle omklædningsrum og faciliteter er blevet renoveret i samtidig.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Alle medarbejdere i plejeområdet har mulighed for at iklæde sig ren arbejdsbeklædning. Der er ikke foretaget målinger i forhold til infektioner.

Kontaktperson

Anita Schlippe Rasmussen
Voksenstøtte og Rehabilitering
ansra@frederikssund.dk
21 51 01 15

Plejhjem, Gentofte Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Forebyggelse af urinvejsinfektioner i plejeboligerne. Tidligere undersøgelser har vist, at forbruget af antibiotika til behandling af urinvejsinfektioner blandt ældre over 65 år er stigende. Næsten hver 10. borger på plejecentre i Danmark er i behandling for urinvejsinfektion. Urinvejsinfektion er den hyppigst forekommende bakterielle infektion hos plejehjemsbeboere i Danmark. Det er estimeret, at blandt borgere på plejhjem, som bliver indlagt på hospitaler, udgør urinvejsinfektioner 7% af de forebyggelige indlæggelser.

Beskriv venligst projektet.

Forskningsenheden og Mikrobiologisk afdeling Herlev Gentofte hospital har sammen med Gentofte og Frederikssund Kommune gennemført et interventionsprojekt i 2018. I Gentofte Kommune deltog to plejeboliger med i alt 185 beboere. Formålet med projektet var

- At øge viden om infektioner, antibiotika og hygiejne blandt ansatte på plejhjem
- Reducere uhensigtsmæssig brug af antibiotika
- Reducere forekomsten af urinvejsinfektioner
- Reducere antallet af indlæggelser.

Interventionen bestod i

- Registrering af alle infektioner samt antibiotikaordinationer i perioden 1. maj 2017 til 30. september 2018.
- Baseline spørgeskema med registrering af personalets viden om antibiotika og infektioner
- To timers undervisning af alt plejepersonale samt ledere i antibiotika og urinvejsinfektioner
- Follow up-spørgeskema med registrering af personalets viden om antibiotika og infektioner.

Effektmåling

- Analyse af spørgeskemaer før og efter interventionen
- Målinger på forbrug af antibiotika til urinvejsinfektioner gennem hele projektperioden.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Resultaterne af projektet er endnu ikke offentliggjort. Offentliggøres 13. marts 2019. Hvis de viser positiv effekt, implementeres interventionen til alle plejeboliger i Gentofte Kommune.

Kontaktperson

Hygiejnesygeplejerske Bettina Slott
Gentofte Kommune Pleje & Sundhed, Kvalitet & Udvikling
besl@gentofte.dk
30548927

Tværgående, Gentofte Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Værdig mundpleje. Det er velkendt, at dårlig mundhygiejne fører til nedsat livskvalitet og øget risiko for sygdom. For at opnå den bedst mulige mundhygiejne hos beboerne er der behov for kompetenceudvikling og ændrede arbejdsgange hos såvel omsorgstandplejens personale som hos plejepersonalet

Beskriv venligst projektet.

Formålet med projektet er gennem en målrettet kompetenceudvikling af det tværfaglige personale og ændring af arbejdsgange

- At forbedre ældres mundhygiejne på kommunens plejecentre
- At nedsætte risikoen for følgesygdomme
- At styrke tværfaglige relationer mellem plejecentre og omsorgstandplejen. For at vurdere effekt af interventionen måles på plak på tænder og tandkød og blødning fra tandkød ved projektstart, efter 3 uger og efter 6, 12 og 18 måneder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

- Målinger efter 12 måneder viser reduktion i plak og blødning fra tandkød
- Tandbørstning prioriteres hyppigere i deltagende plejeboliger
- Ingen magtanvendelse fra tandplejefagligt personale siden projektopstart
- Fra en af de deltagende plejeboliger har der ikke været indlæggelser pga. lungebetændelse over vinteren, hvor der tidligere har været 5-6 indlæggelser

- Forbedring af den tværfaglige dialog og gensidige forståelse for de respektive fagligheder, hvilket bl.a. har udmøntet sig i færre udeblivelser til tandundersøgelserne
- Større indsigt ved at opleve borgerne i deres eget hjemmemiljø i stedet for undersøgelser på klinikker.

Kontaktperson

Hygiejnesygeplejerske Bettina Slott
Gentofte Kommune Pleje & Sundhed, Kvalitet & Udvikling
besl@gentofte.dk
30548927

Tværgående, Gribskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Kommunen manglede en tværgående hygiejneorganisation, som kunne opbygge et netværk og sammen reducere infektioner og smitte risici.

Beskriv venligst projektet.

Ansættelse af deltids hygiejnesygeplejerske.

Indikatorer: Opbygning af en hygiejneorganisation, inklusiv tværgående netværk. Styr på arbejdsgange, instrukser, vejledninger mv. på tværs i kommunen i forhold til hygiejne.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Foreløbige resultater: Der er en netværksbaseret hygiejneorganisation på tværs af plejehjem, hjemmepleje, sociale botilbud mv. Der er fokus på hygiejne. Der er udarbejdet de første instrukser.

Negativt: Forbedringer kan koste penge, hvilket er svært politisk i sparetider.

Kontaktperson

Carina Bloch Simonsen
Gribskov Kommune
cbsim@gribskov.dk.72496192

Plejhjem, Høje-Taastrup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Medarbejdere på plejecentrene oplever, at beboerne hyppigt får urinvejsinfektioner. Formålet er at nedsætte antallet af urinvejsinfektioner forårsaget af u hensigtsmæssige hygiejnerutiner. Målet er at højne medarbejdernes viden og handlekompetencer i forhold til forebyggelse af urinvejsinfektioner.

Beskriv venligst projektet.

Projektet er et pilotprojekt gennemført på et af kommunens plejecentre. Afhængig af resultatet forventes indsatsen udbredt til kommunens øvrige plejecentre i 2019. Projektet består af:

- 1) En "før-måling" hvor der gennemføres:
 - a) Spørgeskemaundersøgelse af personalets viden om hygiejne og urinvejsinfektioner
 - b) Journalaudit med fokus på en række faktorer, bl.a. antallet af borgere behandlet for uvi, antallet af uvi'er hos den enkelte borger, borgere i forbyggende UVI-behandling, katederbruger (a demure, SIK og RIK), blebrugere (døgn/nat/ hjælp til nedre hygiejne eller selvhjulpen).
- 2) Kort intervention i form af undervisning af alle medarbejder. Undervisningen har fokus på at øge opmærksomheden på de gode rutiner samt formidling og drøftelse af faktuel viden på området.
- 3) En "efter-måling" 6.mdr. efter (som før- målingen)
 - a) Spørgeskemaundersøgelse (samme spørgsmål som inden interventionen)
 - b) Journalaudit (samme fokusområder som før interventionen).

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er endnu ikke fulgt op på indsatsen. Umiddelbart har personalet mere fokus på gode hygiejnerutiner, og de er f.eks. begyndt at anvende forklæder til personlig hygiejne (en rutine der tidligere har været svær at implementere).

Kontaktperson

Merete Müller
Høje-Taastrup Kommune
Bygaden 2, 2630 Taastrup
meretemu@htk.dk
43591323

5.5 Overlevering af information, ansvar og dokumentation

5.5.1 Regionale projekter

Århus Universitetshospital, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Overlevering af patient fra et operationsafsnit til et opvågningsafsnit: Manglende struktur og systematik. Monitorering ikke tilgængelig for opvågningsafsnittet. Overleveringer bar præg af mangler i kommunikation, ordinationer samt behandlingsplan.

Beskriv venligst projektet.

Følgende indikatorer i overleveringen er indtænkt:

- Ledelse af patientforløb og patientsikkerhed.
- Implementering af en kultur, hvor patientsikkerhed er indlejret i overgangen og overleveringen.
- Udarbejdelse af instruks for overlevering.
- At alle medarbejdere kender og anvender instruksen for overlevering.
- Sikre professionalisme og faglighed i overleveringen.
- Forventningsafstemning i henhold til den konkrete overgang.
- Teamsamarbejde.
- Tydelig ansvarsfordeling af tilknyttede anæstesiolog.
- Sikre en sikker og god kommunikationen mellem anæstesilæge og opvågningsplejerske.
- Sikre en sikker og god information om patienten – herunder anamnese, operationsprocedure og postoperativ plan.
- Dokumentation af processer i patientforløbet i EPJ – herunder medicin/ernæringsordinationer.
- En sikker infrastruktur fra OP Øst 1 & Kard.lab til FO Øst 1 & 2.
- Anvendelse af eksisterende monitorerede data fra OP Øst 1 & Kard.lab. i overleveringen af den enkelte patient.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er i opstartsfasen.

Kontaktperson

Marianne Mikkelsen
marmil@rm.dk
30911096

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Medarbejderdrevet patientsikkerhed i samarbejde med patienter og pårørende på Neurologisk afdeling BFH. På baggrund af "Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet" ønskes at skabe en god anerkendende læringskultur.

Neurologisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er blevet projektafdeling for handleplan 5, i Læringskulturanalysen som har til formål: "Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten, drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende"

Handleplan 5 tager særligt udgangspunkt i tre af indsatserne:

- Medarbejderdrevet patientsikkerhed
- Involvering af patienter og pårørende
- Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

Formålet med projektet er at bygge videre på patientsikkerhedskulturen og yderligere fremme den medarbejderdrevne læringskultur med inddragelse af patienter.

Beskriv venligst projektet.

Ovenstående indsatser skal gøres systematisk med re- og proaktive metoder. Dermed vil vi på Neurologisk Afdeling iværksætte systematiske medarbejderdrevne metoder, med inddragelse af patienter og pårørende, hvor formålet er at skabe læring både re- og proaktivt.

Der er i afdelingen allerede velfungerende tiltag i form af "postkort", hvilket er en metode, der anbefales i "Patientsikkerhedsguiden". Denne metode fortsættes som én af de patientinddragende metoder i patientsikkerhedsarbejdet. For at øge patientsikkerheden skal der skabes en lærende kultur, hvor der arbejdes proaktivt med at forebygge de utilsigtede hændelser. Studier har vist, at patientsikkerhedsrunder og patientsikkerhedsmøder med medarbejderne har øget deres oplevelse af, at ledelsen prioriterer patientsikkerheden. Derudover viser andre studier, at ved at empower medarbejderen kan det øge præmissen for en lærende patientsikkerhedskultur. Dette kan gøres ved at etablere trygge fora, hvor man kan

ytre sine ideer. Derfor vil vi udvikle metoder, der netop understøtter en aktiv medarbejderinvolvering.

Denne implementering vil foregå i mono- og tværfaglige teams, som består af sygeplejersker, læger, terapeuter, neuropsykologer, logopæder og portører.

Hvilke ændringer har projektet medført?

De tiltag, vi har iværksat, er mono- og tværfaglige møder, hvor vi drøfter udvalgte UTH'er på hvert afsnit. Dette gør vi for at komme dybere i analysen af pågældende UTH'er samt skabe fælles læring. Derudover har vi iværksat patientsikkerhedsrunder, hvor patienterne, via en struktureret guide, spørges om bekymringer og ideer til forbedring af patientsikkerheden. I marts 2019 får læger og plejepersonale tilsendt en PLUS-måling (Patient, Læring, Udvikling og Sikkerhed), der undersøger patientsikkerhedskulturen i afdelingen.

Kontaktperson

Johanne Laursen Lykke
johanne.laursen.lykke@regionh.dk
51436311

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Involvering af patienter og pårørende samt integration af patientoplevelser i afdelingens kliniske forbedringsarbejde. Projektet er også en udløber af Læringskulturanalysen. Abdominalcenter K får viden om patientoplevelser via indberetninger af UTH, via erstatningssager og henvendelser gennem afdelingens digitale postkasse. Disse indberetninger, sager og henvendelser behandles aktuelt som enkeltsager med tre forskellige administrative procedurer, og kun UTH inddrages systematisk i forbedringsarbejdet.

Afdelingen har projekter og tiltag, her benævnt projekter under et, med afsæt i problematikker ift. SP, organisering, uddannelse og faglig udvikling, ligesom den har ideer til projekter, som venter på en anledning til at blive iværksat. Nogle projekter kommer som fordringer udefra, mens andre etableres på baggrund af interne behov og af ildsjæle. Ofte vedrører flere projekter de samme områder af afdelingens drift, men det er ikke altid, at de koordineres til en samlet indsats, da de foregår i forskelligt regi qua deres forskellige afsæt. De berørte områder indeholder ofte aspekter af betydning for behandlingskvaliteten.

Beskriv venligst projektet.

Projektets mål er at udvikle et styringsredskab indeholdende afdelingens projekter og ideer, så der skabes et overblik med mulighed for koordinering til regelrette indsatser ift. problematikker og driftsområder i afdelingen. Styringsredskabet skal også indeholde UTH, patienterstatningssager og henvendelser, så erfaringer fra patientforløb kan inddrages direkte i

forbedringsarbejdet med mulighed for indkaldelse af patienter og pårørende med relevante patientoplevelser. Formålet er:

- At skabe et styringsredskab, hvor afdelingens indsatsområder kan kobles med patientoplevelser og bidrage direkte og målrettet i forbedringsarbejdet
- At skabe synergi mellem afdelingens projekter, så den samlede effekt forøges i regelrette indsatser
- At skabe rum for at ideer født i afdelingen kan omsættes til projekter

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu i sin opstartsfasen og har ikke medført ændringer endnu.

Kontaktperson

Marie Phillipson Parslov
marie.fillipson.parslov@regionh.dk
29446605

Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Som en del af den regionale Tværgående analyse af meningitis og meningokoksygdom, udgivet i efteråret 2017, skulle Herlev og Gentofte Hospital via et forbedringsprojekt arbejde med at udvikle og afprøve metoder til at etablere et godt teamarbejde.

Beskriv venligst projektet.

Projektet er forankret i Akutmodtagelsen og i Børnemodtagelsen. Projektet har fokuseret på at styrke det tværfaglige samarbejde omkring akutte patienter med en kultur præget af åbenhed og tillid (speak up) gennem følgende tiltag:

- Projektet har udviklet et tværfagligt lederkursus for flowmaster og koordinerende/ansvarshavende sygeplejersker
- Organisering af små tværfaglige teams (læger og sygeplejersker) omkring et mindre antal patienter
- Standardiseret tilgang til tavlemøder
- Træning af psykologisk sikkerhed og speak up for alle medarbejdere i akutmodtagelserne.

Projektet er løbende blevet evalueret gennem interviews, observationer og spørgeskemaer ud fra følgende indikatorer:

- Deltagere på kurset vil anbefale en kollega at deltage
- Deltagere på kurset er blevet klogere på rollen som flowmaster/koordinerende sygeplejerske
- Antallet af afbrydelser er formindsket
- Gennemgang af patienter går hurtigere
- Fokus på psykologisk sikkerhed og speak up-kultur giver plads til bekymring.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er uddannet 16 læger og 16 sygeplejerske i projektet. Direktionen på HGH har godkendt, at kurset udbydes i 2019 til samtlige læger og sygeplejersker i Børne- og Ungeafdelingen og Akutmodtagelsen, som skal have funktion som flowmaster eller koordinerende/ansvarshavende sygeplejerske. Der arbejdes videre med psykologisk sikkerhed i flere spor på HGH på baggrund af projekt.

Kontaktperson

Kirsten Varming
kirsten.varming@regionh.dk
38674012

Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

For at understøtte personalet i at indgå i en dialog med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser for at fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende i arbejdet om patientsikkerhed samt at motivere patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet.

Dialogpakken til medarbejdere i sundhedsvæsenet blev udarbejdet som understøttende materiale som følge af Styrelsen for Patientsikkerheds kampagne til patienter og pårørende om rapportering af utilsigtede hændelser. For at klæde personalet på til at honorere det fokus, kampagnen havde, blev dialogpakken udviklet. Dialogpakken består af en film samt dialogkort, der skal give personalet mulighed for at reflektere samt konkret give dem redskaber til at indgå i dialogen med patienter og deres pårørende vedr. patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

Materialet er udarbejdet efter interview i to afdelinger og er herefter brugertestet. Projektet er en ud af flere handlinger i Region Hovedstadens læringskulturanalyse, hvor der er en overordnet

indsats der måler på patientsikkerhedskulturen. Mere info om dialogpakken kan ses her:
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/Rapporteringer-fra-patienter-og-paerørende-om-utilsigtede-hændelser.aspx>

Hvilke ændringer har projektet medført?

- Generelt positive tilbagemeldinger fra afdelinger
- Spredning af dialogpakken er blevet spredt til bl.a. Region Midt
- Antallet af rapporteringer fra patienter og pårørende i regionen er steget og fastholdt i 2019. Der herskede en smule forvirring om to kampagner på én gang, dette kan koordineres bedre i fremtiden.

Kontaktperson

Sara Haurum Rasmussen
sara.haurum.rasmussen.01@regionh.dk
38666071

5.5.2 Kommunale projekter

Bosteder, Handicap- og psykiatrienheder, Hedensted Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Igangsættelse af risikobaserede tilsyn på bosteder.

Beskriv venligst projektet.

Der blev nedsat en gruppe bestående af relevante medarbejdere, ledere og konsulenter, som sammen fik udarbejdet rammen for den sundhedsfaglige dokumentation i borgerjournalen, herunder instrukser. Gruppen fik, ved workshops og audit gennemgange af journaler, ekspertise i det sundhedsfaglige modul. Ledelsen og gruppens deltagere implementerede derefter det sundhedsfaglige modul til kolleger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Større forståelse hos pædagoger for det sundhedsfaglige felt og større fokus.

Kontaktperson

Gunnel Pedersen
Social Omsorg, Hedensted Kommune
Gunnel.Pedersen@Hedensted.dk
30361402

Bosteder, handicap og psykiatrienheder, Ikast-Brande Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der bliver på bostedet igangsat mange lægeordnede behandlinger til borgerne. Det opleves, at der ikke altid er blevet evalueret på handlingerne, når de var med ønsket virkning modsat dårlig virkning. Der mangler altså samlet fokus på at få afsluttet og dokumenteret effekt af de lægeordnede behandlinger, samt der var et ønske om at kunne dokumentere et samlet sted i dokumentationssystemet omkring en specifik problemstilling og/eller behandling.

Beskriv venligst projektet.

Vi har på bostedet igangsat brug af "plejeplaner" i vores dokumentationssystem. Der oprettes en "plejeplan" til alle lægeordnede behandlinger. "Plejeplanen" oprettes således, at der føres en beskrivelse af problemet, evt. årsagsforklaring samt behandlingsplan og evalueringsmål. Dertil kommer beskrivelse af handling, fx hvornår der er taget lægekontakt samt lægens tilkendegivelser. Der påføres dato for, hvornår "plejeplanen" skal vurderes/revurderes. Således skabes der synlighed overfor igangsatte/igangværende behandlinger, som der skal være ekstra opmærksomhed på. Redskabet "plejeplan" er indtil videre et redskab til brug i den

sundhedsfaglige gruppe, men planen er, at man på sigt kan bruge "værktøjet" til andre aktuelle og potentielle problemområder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

På bostedet er vi fortsat i gang med projektet. Projektet har medført en større opmærksomhed på at få kontinuerligt evalueret på lægeordnede behandlinger, således at alle behandlinger afsluttes med en endelig evaluering af virkningen/effekten af en medicinsk behandling. Tidligere blev der næsten kun evalueret, hvis behandlingerne ikke havde den ønskede effekt.

Kontaktperson

Anna-Karina Skovgaard Lauritsen
Brande Åcenter, Ikast-Brande Kommune
akmad@ikast-brande.dk
99603769

Hjemmesygepleje, Samsø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der var mangler i den sygeplejefaglige dokumentation.

Beskriv venligst projektet.

Alle relevante medarbejdere har modtaget undervisning i dokumentation efter FSIII-metoden i kommunens elektroniske patientjournal. Der er blevet afholdt løbende journalaudits, som fortsat viser mangler i dokumentationen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er truffet beslutning om at udarbejde e-learning sekvenser om dokumentation efter FSIII-metoden i den elektroniske omsorgsjournal, således at alle medarbejdere har mulighed for at få vejledning i dokumentation her og nu, når behovet er opstår.

Kontaktperson

Lise Beyer Gommesen
aulg@samsoe.dk
87922422

Misbrugsbehandling, Billund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Krav indenfor misbrugsbehandling jf. diverse vejledninger var ikke opfyldt.

Beskriv venligst projektet.

Der blev arbejdet ad flere spor:

- Sikre den sundhedsfaglig dokumentation ved indkøb og implementering af et lægefagligt dokumentationssystem samt implementeret KMD Nexus samt FMK som journalføringssystem for udførende personale i misbrugsområdet.
- Lagerstyringsmodul er indkøbt og koblet til FMK.
- Sikre den lægefaglige opgaveoverdragelse til medhjælp via udarbejdelse af diverse instrukser og rammedelegationer samt arbejdsgangsbeskrivelser.
- Implementering af organisatorisk gældende sundhedsfaglige instrukser indenfor medicinhåndtering, sundhedsfaglig dokumentation og indhentelse af samtykke mm.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Alle spor er implementeret, og de kører nu som sikker drift. Der følges op hver 3. måned gennem stikprøver, medarbejderinterview og audits på borgerforløb.

Kontaktperson

Gitte Hampenberg
gni@billund.dk
72131668

Tværgående, Faaborg-Midtfyn Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Øget behov for procedurekendskab indenfor sundhedslovens indsatser.

Beskriv venligst projektet.

Database med beskrivelser benævnt VAR.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Foreløbige ændringer – øget opdatering blandt det sundhedsfaglige personale i relation til korrekt håndtering/procedure af sundhedsfaglige indsatser.

Kontaktperson

Betina Bendix
bebe@fmk.dk
72535063

Hjemmesygepleje, Langeland Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Efter det risikobaserede tilsyn blev der fundet fejl i medicinhåndteringen og i journalføringen hos udvalgte borgere. Fejlene blev tolket som systematiske på trods af et lille antal stikprøver. Tilsynet anmodede om stikprøver igennem 3 mdr. og medfølgende indrapportering en gang om ugen.

Beskriv venligst projektet.

Med henblik på at styrke den sygeplejefaglige kvalitet iværksættes et udviklingsprojekt, der tager sigte på den rette kompetence til rette opgave. Det konstateres under journalaudits, at det sundhedsfaglige ansvar ikke er placeret entydigt og dermed ej heller opfølgningen af igangsatte indsatser. Det giver øget fokus på den ledende, planlæggende og koordinerende opgave som sygeplejersken har – og der udarbejdes en beskrivelse af "tovholderfunktionen". Sideløbende justeres den skematiske oversigt over sammenhæng mellem opgaver og kompetencer. Den udekørende hjemmesygeplejerske er organiseret i et tæt samarbejde med social- og sundhedsassistenterne (SSA) (de har samme leder), og dermed kan faggruppernes afgrænsning i den travle hverdag være uklar. For at sikre implementering af tovholderfunktionen afholdes integrerede gruppemøder med sygeplejerskerne og SSA. Der foretages fremadrettet stikprøver i forhold til ovennævnte baggrund – det betegnes dog nu som kvalitetskontrol.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget struktur og systematik i forhold til opfølgning af de iværksatte indsatser hos borgeren. Samarbejdspartnere kan efterspørge en specifik person med et særligt kendskab til borgeren i en kompleks situation. Revideringen af "Den skematiske oversigt over sammenhæng mellem opgaver og kompetencer" skaber opmærksomhed og udfordringer mhp. de rekrutteringsvanskeligheder, den kommunale sektor har.

Kontaktperson

Inger Stenstrøm
isra@langelandkommune.dk
63516252

Tværgående, Nordfyns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Implementering af KMD Nexus som dokumentationssystem.

Beskriv venligst projektet.

I forbindelse med implementering af KMD Nexus og FSIII har det været nødvendigt at lave en omfattende gennemgang af vores dokumentationspraksis. Ligeledes har det været nødvendigt at gennemgå og revidere en del procedurer og arbejdsgange for at koordinere med Nexus' muligheder og begrænsninger. Specielt har vi i undervisningen haft stort fokus på medicinmodulets begrænsninger, som nu heldigvis er blevet løst.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er set underdokumentation, og der er set utilsigtede hændelser pga. usikkerhed i brug af systemet og manglende kendskab til systemets struktur. Der vil i lang tid fremover være behov for fokus på dokumentation og kommunikation.

Kontaktperson

Karina Arndal Jensen
kaj@nordfynskommune.dk
21831697

Tværgående Odsherred Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Brug for en mere og bedre sammenarbejdet tilgang til opgaveløsningen i fagcenteret.

Beskriv venligst projektet.

Forbedringstiltaget, som er påbegyndt, omhandler kompetencer, kompetencefordelingsnøgle i afdelingerne, opgaveoverdragelse og opgaver/arbejdsgange i forbindelse med dette.

Metoden er PDSA-cirklen. Forbedringstiltaget har været initieret flere forskellige steder. Produktet herfra er samlet og sendt ud i organisationen igen, for at enhederne skal begynde at arbejde med det. Herefter kommer det tilbage med deres kommentar, og der bygges videre i en arbejdsgruppe.

Planen er, at organisationen skal ændres i denne kontinuerlige proces, og at det skal driftes på denne måde, når projektet når dertil.

Indikatorer er i denne del af projektet proces indikatorer. F.eks.:

- Er alle SSA screenet?
- Er der sendt en vurdering af behovet for det samlet kompetenceudviklingsbehov tilbage i relation til opgaveoverdragelse tilbage til staben?

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er meget nyt og har endnu ikke medført ændringer. Forventningen er, at der på sigt vil være justeringer på kompetencefordelingsnøglen i de specifikke afdelinger og derfor også i hele fagcenteret

Kontaktperson

Christine Vammen
Odsherred Kommune
Nyvej 22, 4573 Højby
chvpe@odsherred.dk
23351802

5.5.3 Private projekter

Svedklinikken Hidros ApS

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Ved journalaudit konstateredes et tilbagevendende problem med, at kvaliteten af klinikens journaler ikke er tilfredsstillende. Klinikens retningslinjer for journalføring følges ikke altid eller tolkes forskelligt. Lægerne har problemer med at vælge de korrekte journalskabeloner. Det er til trods for undervisning og information ikke lykkedes at komme til rette med problemet. Klinikken ønskede derfor finde en løsning der kan sikre en bedre styring af dokumentationen i patientjournalen.

Beskriv venligst projektet.

Klinikken ønskede en bedre styring af dokumentationen, herunder opfyldelse af de lovkrav, der er til den lægelige journaloptagelse. Ledelsen besluttede derfor at udvikle en "klikjournal" med obligatoriske valgmuligheder. Når lægen laver en forundersøgelse, behandlingsjournal eller epikrise, var målet, at journalen automatisk kunne overføre relevante og udvalgte data fra patientens sundhedsattest samt fra udredning og behandling til epikrisen. I samarbejde med kvalitetssygeplejersken fik ledelsen iværksat et forbedringsprojekt, hvor implementering af klikjournaler er med til at understøtte lægens journalføring. Som et pilotprojekt besluttede ledelsen at udvikle klikjournaler til behandling med miraDry, især da klinikken ikke har så mange patienter, som får denne behandling. I samarbejde med klinikens læger blev indholdet i journalen fastlagt. Efterfølgende programmering og udarbejdelse af journalskabeloner blev udført i tæt samarbejde med lægegruppen. Efter afprøvning, implementering og efterfølgende evaluering er der lavet en del småjusteringer. Da resultatet fra pilotprojektet var tilfredsstillende, besluttede klinikens ledelse, at alle journaler skulle konverteres til klikjournaler. Arbejdet med at konvertere alle klinikens journaler til klikjournaler har fulgt den samme opbygning som pilotprojektet og er snart færdig til afprøvning, implementering og evaluering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Arbejdet med at udvikle klikjournaler har været meget tidskrævende, men da resultatet har været yderst tilfredsstillende i relation til de opstillede mål, er der enighed om, at investeringen i tid er lønsom i det lange løb, med højere kvalitet, patientsikkerhed og nemmere arbejdsgange for lægerne. Det har yderligere været meget positivt at få drøftet opbygningen af patientjournalen på et tværfagligt plan. Det er tydeligt, at de faglige diskussioner i forbindelse med dette projekt har været med til at sætte fokus på at opnå konsensus og enighed om, hvordan lægerne, som arbejder meget individuelt, kan give klinikens patienter den samme oplevelse af kvalitet, uanset hvilken læge patienten møder. En positiv konsekvens har også været den læring, som er udsprunget af de faglige diskussioner.

Kontaktperson

Maria Christensen
Svedklinikken Hidros ApS
2300 København S
maria.christensen@svedklinikken.dk
70145411

Printzlau Privathospital

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Kvalitetsrådsmøde dec. 2018. Der ses en divergens mellem den elektroniske og den håndskrevne patientjournal.

Beskriv venligst projektet.

Journalaudit (intern audit) på samtlige journaler efter 3 mdr.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Mail til samtlige læger (plastik og anæstesi) om tiltaget.

Kontaktperson

Heidi Amnitzbøll
Ha@printzlau.com
50940307

5.6 Medicinering, herunder væsker

5.6.1 Regionale projekter

Regionshospital Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Hjørring Kommune ønsker kompetenceudvikling af 111 sygeplejersker, så de kan hjemtage patienter til intravenøs behandling i eget hjem.

Beskriv venligst projektet.

Projektet blev igangsat sammen med Hjørring Kommune ud fra det behov for undervisning, ledergruppen fra begge sektorer i fællesskab nåede frem til, at det kliniske frontpersonale i kommunen kunne have behov for. Patientens forløb skulle være i fokus, og samarbejdsaftaler skulle italesættes. De 111 sygeplejersker kom i september 2018 igennem et tre timers forløb med undervisning af intravenøse adgange, farmakologi, subkutan adgang og samarbejdsaftaler om udskrivelse til intravenøs behandling i eget hjem. Effektmåling af, om det rigtige behov for undervisning er fundet, kan først ses, når vi ved, om der opstår yderligere behov for undervisning, når første halvdel af 2019 er gået.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Undervisningsforløbene har været positive, og et evalueringsmøde i december 2018 viste, at det også var de kommunale sygeplejerskers oplevelser. Det negative aspekt var tidspres, og en bedre kvalitet i projektet kunne have været tiden til at gå ud og spørge det kliniske frontpersonale om deres behov for undervisning.

Kontaktperson

Kerstin Mariegaard
kemh@rn.dk
25488898

Hospitalsapoteket Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Medicinanamneser: For at øge patientsikkerheden arbejdes der kontinuerligt på at farmakonomer og farmaceuter skal optage medicinanamneser på flere afdelinger i Region Midtjylland.

Beskriv venligst projektet.

Farmakonovers og farmaceuters optagelse af medicinanamneser praktiseres i et samarbejde mellem apotek og afdeling med gode erfaringer i forhold til bl.a. at mindske doserings- og medicineringsfejl. Optagelse af medicinanamnese kan desuden være ressourcerkrævende for læger. Hvis de forhåndenværende kilder ikke er opdateret eller er mangelfulde, kan det ofte tage et stykke tid at indhente opdaterede og gyldige oplysninger gennem f.eks. FMK, medicinliste fra hjemmeplejen, dosispakkeliste fra privat apotek, samtale med patient eller pårørende, telefonsamtale med egen læge osv. Derfor er den anamnese, farmakonover og farmaceuter laver, ofte grundigere og mere fyldestgørende, end den lægerne kan nå at lave. Derudover har farmakonover og farmaceuter et bredt kendskab til medicin, standardsortimenter og rekommandationslisten. Når farmakonover og farmaceuter laver medicinanamnesen, skal lægen udelukkende forholde sig til patientens medicinering og herefter godkende den, hvorved lægen sparer en del tid.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der arbejdes på fortsat implementering.

Kontaktperson

Anni Mark
annimk@auh.rm.dk
78435100

Hospitalsapoteket, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Standardordinationer (SO) og standardordinationspakker (SOP) Hospitalsapoteket opretter og vedligeholder standardordinationer (SO) og standardordinationspakker (SOP) på alle hospitaler i Region Midtjylland, bl.a. for at skabe større ensretning.

Beskriv venligst projektet.

Hospitalsapoteket arbejder med regionale SO/SOP i samarbejde med relevante specialeråd. Præparater eller behandlingsregimer, der er svære at finde/ordinere i EPJ, kan medføre brist i patientsikkerhed ved ordination. Dette kan afhjælpes ved oprettelse af SO/SOP. Arbejdet varetages af 14 nøglepersoner i klinisk farmaci, fordelt på alle hospitaler. Regionale SOP kan sikre større ensretning i behandling og styring af lægemiddelforbruget, idet lægerne ordinerer de samme SOP på alle sygehuse i regionen. Ønsker til nye SO/SOP fremsættes som oftest af klinikerne. For at sikre kvaliteten og patientsikkerheden foretages faglig kvalificering ved en farmaceut, så der tages hensyn til: Regionale rekommandationer, gældende behandlingsvejledninger, relevant dosis, relevant administrationsvej, interaktioner og evt.

særlige hensyn til følsomme patientgrupper, f.eks. børn eller patienter med nedsat nyrefunktion. Det sikres, at de lægemidler, der indgår i SO/SOP, også findes på den pågældende afdeling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Hospitalsapotekets arbejde med SO/SOP er med til at øge patientsikkerheden ved ordination. Opgaven vokser i takt med, at flere klinikere ser fordelene og mulighederne med SO/SOP på deres behandlingsregimer.

Kontaktperson

Linda Jeffrey
linjef@auh.rm.dk
24878134

Hospitalsapoteket, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Cato og kompleks medicinering: I slutningen af 2018 har man gjort klar til at implementere "Kompleks Medicinering", som er den del af Den Elektroniske Patientjournal (EPJ), der skal bruges til ordination af komplekse behandlinger som cytostatika.

Beskriv venligst projektet.

I løbet af de seneste år er det elektroniske produktionssystem Cato blevet implementeret i cytotatikaproduktionen på Hospitalsapoteket. Elektronisk lagerstyring, hvor alle varer bliver identificeret ved hjælp af strejkode, har nedsat risikoen for menneskelige fejl og forvekslinger. Et elektronisk system er dog ikke bedre end de data det bliver "fodret" med. Det forventes at mindske antallet af henvendelser til afdelingerne for at få afklaret ulæselig håndskrift og fejl i beregningerne, som ofte blev set på de gamle flowsheets. Hvis der kommer en dag, hvor EPJ og Cato kan snakke sammen, vil man også kunne nedsætte risikoen for fejl ved manuel overførsel af data. Men allerede nu er man kommet langt, idet de elektroniske systemer selv beregner dosis ud fra patientens data. I HEV erstattede det elektroniske system de gamle batchjournaler i papir, så her var forskellen markant. I AUH havde man i forvejen to andre elektroniske systemer, som blev erstattet af Cato.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Implementering af det elektroniske produktionssystem Cato nedsætter risikoen for menneskelige fejl og forvekslinger.

Kontaktperson

Lisbeth Lund Røndbjerg
lisbca@auh.rm.dk
78435123

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Medicin indgår i næsten alle behandlingsforløb, og der er derfor behov for at holde fokus på og forbedre medicinsikkerheden. Blandt de indrapporterede UTH'er på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er mange hændelser relateret til medicineringsprocesser. Derudover er der en andel af patienter, der ikke føler sig tilstrækkeligt informeret om medicinbivirkninger ved udskrivelsen. Etableringen af projekt Medicinsikkert Hospital udspringer af et ønske om at forbedre kvaliteten generelt indenfor medicinsikkerhed på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Beskriv venligst projektet.

Projektet skal over en 2,5-årig periode beskrive, udvikle, afprøve og udbrede konkrete metoder og modeller, der støtter og fremmer et medicinsikkert fokus på hospitalet. Projektet er overordnet inddelt i fire spor, hvor hvert spor indeholder flere delprojekter og underliggende indsatser.

- Tværsektorielt samarbejde
- Sikkermedicinering (Bivirkninger og risikolægemidler)
- Polyfarmaci
- Kompetenceudvikling/Uddannelse (tværgående spor).

Projektet tager udgangspunkt i forbedringsmodellen, og indenfor hvert spor vil der i starten af 2019 blive opstillet mål og indikatorer samt identificeret mulige forbedringstiltag baseret på erfaringer fra eksisterende projekter og viden om bedste praksis. Projektet skal også optimere nuværende kompetencer, skabe nye uddannelseskoncepter samt understøtte en identitet som 'Medicinsikkert Hospital'

Hvilke ændringer har projektet medført?

De første resultater forventes omkring juni 2019.

Kontaktperson

Rie L. R. Johansen

rie.laurine.rosenthal.johansen@regionh.dk

92436364

5.6.2 Kommunale projekter

Sted: Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Mariagerfjord kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet er et nyetableret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og kommunes bosteder. Der er igangsat en række indsatser lokalt på det enkelte botilbud. Projektets indsatser har til formål at opfylde følgende tre målsætninger:

- At det tværfaglige samarbejde mellem social- og sundhedsområdet øges
- At styrke og udvikle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag
- At borgerne oplever en øget helhedsorienteret indsats.

Beskriv venligst projektet.

I projektperioden har de sociale bosteder "købt" hjemmesygepleje. Formålet har været at:

- Integrere en sundhedsfaglig praksis i en socialfaglig kontekst via tværfagligt samarbejde
- Sikre nye arbejdsgange, med fokus på opfyldelse af målepunkter og temaer, der er fastsat af Styrelsen for Patientsikkerhed
- Udarbejde, revidere og implementere sundhedsfaglige instrukser til styrkelse af en helhedsorienteret indsats
- Sikre sundhedsfaglig fokus på medicinadministration

Hvilke ændringer har projektet medført?

Medicinhåndtering: Sygeplejen doserer medicin. Det socialfaglige personale har fortsat ansvaret for udlevering af borgerens medicin. For at sikre at personalet kan få oplæring og holde sig ajour i forhold til medicinadministration, er der sket en øget faglig sparring omkring borgernes medicin, som øger kvalitet og faglighed.

Utilsigtede hændelser: Der er øget fokus på indberetning af UTH – så disse kan anvendes til læring.

Korrespondancer anvendes til ikke-akut læge kontrakt. Dette vurderes at have øget patientsikkerheden.

ISBAR anvendes ved kommunikation.

På de sociale botilbud er der i projektperioden arbejdet med implementering af nye sundhedsfaglige instrukser. Eksempelvis er der udarbejdet fælles instrukser for medicinadministration og sundhedsfaglig dokumentation. Instrukserne skal sikre, at de nye lokale arbejdsgange på de enkelte botilbud efterlever krav fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Kontaktperson

Susanne Eidorff Rasmussen
Mariagerfjord Kommune, sygeplejen
suera@mariagerfjord.dk
51276106

Hjemmesygeplejen, Hjørring Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Det findes ingen reelle data på antallet af fejldoseringer – hverken i sygeplejen generelt eller i klinikkerne. Situationen er den, at indberetninger af utilsigtede hændelser til og fra sygeplejen er sparsomme. I forbindelse med analyse af en række utilsigtede hændelser, er der vurderet behov for en øget ensartet faglig systematik i forbindelse med medicindosering.

Beskriv venligst projektet.

Projektet tager afsæt i forbedringsmodellen og er målrettet sygeplejeklinikkerne med etapevis udbredelse i den øvrige del af organisationen på Sundheds, Ældre og Handicapområdet. Målet er: 100 dage uden medicinfejl i udleveret medicin fra sygeplejeklinikkerne inden den 30.06. 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet har - ind til videre, medført en øget faglig systematik ved dispensering af medicin i de involverede klinikker. Det har betydet fokus på:

- interval imellem dosering, skal afhænge af borgerens status og af, hvilke præparater der er ordineret.
- efterdosering – grundet for lidt medicin eller ordinationsændringer
- behov for muligheden for at samarbejde med lægerne om ordination af dosispakket medicin hos borgere i stabile forløb.

Kontaktperson

Birgitte Schøn
Hjørring Kommune
birgitte.schoen@hjoerring.dk
72335053

Plejehjem, Aalborg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Formålet var at adressere patientsikkerhedsudfordringer i forbindelse med medicinhandling, særligt de mange utilsigtede hændelser omhandlende glemt medicin.

Beskriv venligst projektet.

Aalborg Kommune arbejdede i 2016-2017 sammen med Designskolen Kolding om projektet Design af Sikker Medicinadministration. Der blev udarbejdet fire prototyper, der kunne understøtte mere sikre arbejdsgange i forbindelse med medicinhandling. Projektet viste positive resultater, og derfor blev der startet nyt innovationsprojekt om udbredelse og tilpasning af prototyperne på fem plejehjem i Aalborg Kommune. Erfaringerne fra de fem nye plejehjem kan bruges ved udbredelse af metoderne til andre tilbud.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Ændrede arbejdsgange og rammer for medicinhandling.

Kontaktperson

Lea Mortensen
Aalborg Kommune, Kvalitet- og Innovationsenheden
lesm-aeh@aalborg.dk
99315426

Bosteder, handicap- og psykiatrienheder, Ikast-Brande Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

1. Ønsket/mål om at nedbringe UTH'er i forhold til medicinadministration
2. skabe kontinuerlig læring.

Beskriv venligst projektet.

- At de 3 sundhedsfaglige medarbejdere fra medicingruppen varetager specielle funktioner i "Sikker medicinhandling" i dagvagter mandag til fredag.
- At de 3 sundhedsfaglige medarbejdere indgår i en speciel delegationsaftale ift. ansvar og kompetence.
- At medicinpædagogik implementeres og arbejdes med som et mål i alle beboeres handleplaner

- At beboerne bliver aktive aktører i eget liv.
- At beboerne oplever, det giver mening og udvikling at kende og tage ansvar for egen medicin.
- Medicingruppen udarbejder et færdigt udkast for projekt "Ansvar for egen medicin".
- Medlemmer i medicingruppen modtager undervisning i psykofarmaka – FOA
- Ledelsesteamet kvalificerer og godkender projekt
- Brugerrådet gennemgår og godkender projektet
- Møde med tjenesteplanlægger for arbejdsplan for medicingruppens arbejde pr. 1.6.
- Der skal udarbejdes procedure vedr. arbejdsopgaver for de 3 i medicingruppen.
- Beboeren "afleverer" direkte ydelsestimer til de/de medarbejdere, der varetager specialopgave i medicinrummet samt ved individuelle tilbud i medicinpædagogik.
- Der udarbejdes en plan med navne på de 3 medarbejdere, der skal varetage opgaven i medicinrummet mandag – fredag, dagtimer.
- Stormøde med beboerne og medarbejderne – fremlæggelse og godkendelse af projektet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er opstartet og fuldt implementeret i planlægningen. Positiv effekt → fald på 41% i UTH'er fra 2017 til 2018.

Kontaktperson

Birte Thuesen
Socialpsykiatrisk Center Syd, Ikast-Brande Kommune
bithu@ikast-brande.dk
99603711

Tværgående, Odder Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

På baggrund af læring af de indrapporterede UTH'er blev det besluttet, at det var nødvendigt at arbejde med korrekt medicin håndtering for at forbygge medicin håndteringsfejl.

Beskriv venligst projektet.

Vi besluttede at få udarbejdet et doseringsunderlag, som havde til formål at sikre, at medarbejdere under doseringen har plads, struktur, en tilgængelig tjekliste i underlages venstre side, felter til aktuelt medicin, iPad og medicin, som skal genbestilles.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er set et fald i UTH vedr. doseringsfejl. Medarbejdere giver udtryk for tryghed i at anvende underlaget. Enkelte medarbejder har fundet underlaget overflødigt, da de mente, at de altid doserede medicinen korrekt. Vi har dog valgt at det skal anvendes af alle hver gang

Kontaktperson

Louise Nyholm
Hjemmesygeplejen
louise.nyholm@odder.dk
21195404

Plejehjem, Samsø Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Flertallet af indberettede hændelser omfattede "Medicin ikke givet" og "Fejldosering", ikke kun på plejecenter, men også i udekørende grupper

Beskriv venligst projektet.

Der blev derfor i 2018 arbejdet med at nedbringe antallet af fejldoseringer og "Medicin ikke givet" i kommunen. Det har resulteret i ændrede arbejdsgange for medicindosering, hvilket tilsyneladende har nedbragt antallet af medicindoseringsfejl. Der har også været arbejdet med tiltag i forhold til "Medicin ikke givet" uden helt samme effekt.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det kan være svært for rapportører at skelne mellem forskellen på medicinudlevering, medicingivning og om patienten selv tager sin medicin, og som en følge deraf, om der har været en utilsigtet hændelse eller ej. Der er derfor behov for mere klare delegeringsindsatser fra

sygeplejen. Implementering af mobil løsning har vist sig at have en forebyggende effekt på antallet af hændelser relateret til "Glemte Medicin". Der vil fortsat være fokus på dette i 2019.

Kontaktperson

Lise Beyer Gommesen
aulg@samsoe.dk
87922422

Plejehjem, Struer Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der opleves stadig udfordringer i forhold til forglemmelse af givning af medicin til borgere på plejebolig. Ca. 60 procent af de indrapporterede medicinhændelser omhandler medicin, der ikke er blevet givet.

Beskriv venligst projektet.

På plejebolig er indført journalføring på mobiltelefoner og herunder elektronisk registrering af givet medicin via mobiltelefon, samt advisering om manglende givning af medicin. Vi forventer at nedbringe antallet af medicinforglemmelser, således at disse hændelser slet ikke forekommer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi har endnu ikke set negative konsekvenser. De positive konsekvenser er også at alt registrering af medicingivning på papir, fx øjendrypning, ikke længere er nødvendigt.

Kontaktperson

Aniette Weibrecht
awe@struer.dk
51291340

Plejehjem, Syddjurs Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Syddjurs Kommune er en del af programmet I sikre hænder, hvor målet er at få etableret en varig forbedringsplatform, fremme en patientsikkerhedskultur og nedbringe antallet af tryksår og medicinfejl i plejecentre, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og rehabiliteringsafd.

Beskriv venligst projektet.

Vi har startet forbedringsarbejdet i 3 pilotenheder, og herfra har vi spredt arbejdet til øvrige enheder.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi har nedbragt antallet af tryksår, vi fået etableret systematiske arbejdsgange, og vi har fået skabt en åbenhed om nyopdagede tryksår og medicinfejl. Vi får lært af vores fejl og har også fået lært at fejre vores succeser. Vi har fået en større forståelse for, hvorfor forandringer tager tid, og hvordan strukturelle forhold kan gøre forbedringsarbejde vanskeligt. Vi har stor succes med tavlemøder i plejecentre, der er med til at sikre en god koordinering og platform for situeret læring.

Kontaktperson

Lene Vesterager
lve@syddjurs.dk
21702123

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Billund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Øge patientsikkerheden ved det pædagogiske personales håndtering af ikke-doserbar fast og PN-medicin.

Beskriv venligst projektet.

Alle borgere med ikke-doserbar medicin blev identificeret, og der blev taget stilling til, om kompetencer var til stede jf. kommunens generelle undervisning i medicin håndtering, herunder medicinadministration. Risikoområder blev identificeret, og der blev udarbejdet og iværksat en indsatsplan, hvor behandlingsansvarlig læge blev kontaktet vedr. delegation af behandlingen, og hvor sygeplejen forestod udarbejdelse af borgerrettet instruks, herunder undervisning på vegne af den delegerende læge. I undervisningen indgik også journalføringspligten. Sikker medicin håndtering blev formidlet til familie og pårørende på en fælles temaaften.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det pædagogiske personale er meget bevidste om deres ansvar og kompetencer indenfor sundhedsfaglig virksomhed og kontakter en sundhedsperson, inden de handler. Der er ansat eller tilknyttet faste social- og sundhedsassistenter til Handicapområdet, og den kommunale sygepleje er ligeledes tilknyttet området. Ved personaleudskiftning ligger ansvaret ved den enkelte leder i samarbejde med Sygeplejen at sikre personalet har de rettet kompetencer fremadrettet

Kontaktperson

Gitte Hampenberg

gni@billund.dk

72131668

Kommunen overordnet, Billund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet blev igangsat på baggrund af mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser opstået under medicin håndteringsprocessen. Metoden, der anvendes, er "I sikre hænder", hvor Ældreområdet i Billund Kommune har deltaget siden efteråret 2016. Projektet har til formål at nytænke arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed i kommunerne. Man arbejder med metoder, arbejdsgange og standarder til at forbedre kvalitet og patientsikkerhed indenfor områderne medicin håndtering, tryksår, fald og infektion.

En succes med "I sikre hænder" tilskrives mere systematiske arbejdsgange samt en løbende måling af, om ændrede arbejdsgange giver bedre behandling af borgere. Det øgede fokus på målinger og resultater bringer ledelsen tættere på den kliniske hverdag og øge medarbejdernes arbejdsglæde og faglige stolthed ved at præstere gode og sikre indsatser i samarbejde med borgerne. Deltagelse i projektet indebærer betydelig udvikling og løft af personalets kompetencer, og samtidig indgår Billund Kommune i et kommunalt netværk for sparring og deling af viden.

Beskriv venligst projektet.

Metoden "I sikre hænder" har vist resultater på pilotenhederne. Der er arbejdet med udvikling af sikre arbejdsgange til forebyggelse og tidlig opsporing af begyndende tryksår. Det betyder, at alle nye borgere bliver risikovurderet indenfor et døgn, og der laves revurderinger ved udskrivelse fra sygehus. Derudover risikovurderes borgere ved ændringer i almentilstanden eller ved akut sygdom samt ved ændringer i ernæringstilstand eller funktionsniveau (Triage).

Borgere tilhørende risikogruppen screenes dagligt, og personalet sparrer om iværksættelse af handlingstiltag. Der er arbejdet med medicinadministration i form af glemt medicingivning. Personalet har arbejdet med udvikling af arbejdsgange, der sikrer, at borgerne får deres medicin på det rigtige tidspunkt og rette dosis. Eksisterende arbejdsgange er analyseret og med

afsæt i analyseresultater er arbejdsgangene tilrettet. Personalet koordinerer medicingivning til borgere en gang i hver vagt for at sikre, at tidspunkter for medicinadministration overholdes; ligeledes i overleveringen mellem vagtskift. Derudover er metoder til sikker medicindispensering afprøvet, og sikre arbejdsgange vedrørende forebyggelse og tidlig opsporing af tryksår er implementeret.

Da mønstre og tendenser indenfor fejlmedicinering er steget betydeligt i 2017, har ledergruppen besluttet, at materiale fra medicinpakken fra metoden "I sikre hænder" i 2018 skal afprøves og tilrettes Billund Kommunes kontekst med henblik på implementering, således at fejlmedicinering og fejdosering m.m. reduceres gennem etablering af sikre arbejdsgange.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Fremdrift følges løbende, og der ses gode resultater, og spredning af metoderne i den øvrige del af Ældreområdet er påbegyndt.

Kontaktperson

Catharina Tander
CJT@billund.dk
29638334

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Esbjerg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Formålet var at nedbringe antallet af UTH i forbindelse med medicinhåndtering.

Beskriv venligst projektet.

Der er indrettet nyt medicinrum med nye aflåste skabe. Desuden er rummet uforstyrret, så der er ro til medicinhåndteringen. Lokal medicininstruks er revideret. Der er købt konsulenttimer fra sygeplejerske for at kompetenceudvikle medarbejderne, og der har været afholdt kurser omkring medicinhåndtering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er fokus på medicinhåndteringen, og medarbejdernes kompetencer er øget.

Kontaktperson

Jeannett Moesgaard
Center for Misbrug og udsatte
jea@esbjergkommune.dk

Hjemmepleje, Kolding Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Vi havde en del UTH på, at der blev taget fra ugeæske nr. 2 inden ugeæske nr.1 var tømt, selv om vi havde talt og læst retningslinjen sammen i gruppen.

Beskriv venligst projektet.

Vi anvender elastikker rundt om ugeæskerne, så det er tydeligt, hvilken æske der er i brug.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der har været en virkelig god effekt med fald i antal UTH.

Kontaktperson

Esther Elisabeth Toft Damgaard
estd@kolding.dk
29226075

Hjemmesygeplejen, Aabenraa Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Ønske om øget patientsikkerhed.

Beskriv venligst projektet.

I sikre hænder, Medicinpakken er i gang med at blive spredt til alle enheder i hjemmeplejen, plejehjem og på special- og rehabiliteringscenter. Tryksårspakken er påbegyndt i pilotenheder. Projektet er bygget op med 4 pilotenheder og derefter spredning til øvrige enheder. Indikatorer fremgår af pakkerne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektet er overgået til drift pr 1/1-19

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er skabt stor opmærksomhed på skabe og fastholde sikre arbejdsgange omkring lægemiddelhåndtering. Alle pilotenheder har opnået stabile processer og én enhed har netop fejret 400 dage uden alvorlige medicinfejl, der medførte lægehenvendelse.

Kontaktperson

Lone Germansen
Aabenraa Kommune
lge@aabenraa.dk
20559237

Tværgående, Køge Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Utilsigtede hændelser ved medicindosering fortsat problem.

Beskriv venligst projektet.

Afprøvning af brug af farvede medicinposer (rød, gul, grøn, blå) på ældre- og specialområdet. I hjemmeplejen bruges foruden poserne også en sygeplejekasse, hvor al medicin opbevares, såfremt det ikke kræver aflåsning. Evaluering fra pilotenheder om anvendeligheden af materialet samt erfaringer fra implementering. Vedtaget af driftsledelse til implementering på hele ældre- og specialområdet, implementering fortsat i gang.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Evaluering påpeger meget bedre struktur og overblik i medicindoseringsprocessen, enkelte rapporter fra borgere om færre udgifter til medicin. Kan anvendes uden større introduktion af alle faggrupper.

Kontaktperson

Stine Elisabeth Schiermer
Køge Kommune
Torvet 1, 4600 Køge
stine.elisabeth.schiermer@koege.dk
40125810

Tværgående, Køge Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Stadige fejl i medicindoseringsprocessen.

Beskriv venligst projektet.

Anvendelse af medicindoseringsmåtter på ældre- og specialområdet. Doseringsmåtterne er afprøvet og tilrettet i pilotenheder i hjemmepleje, plejehjem og bosteder. Positive tilbagemeldinger, afventer endelig evaluering fra hjemmepleje før stillingtagen til implementering i hele kommunen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Evaluering færdiggøres i 2019.

Kontaktperson

Stine Elisabeth Schiermer
Køge Kommune
Torvet 1, 4600 Køge
stine.elisabeth.schiermer@koege.dk
40125810

Tværgående, Frederikssund Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Kortlægning af udvalgte risikoområder og de risikobaserede tilsyn har medført at hele pleje- og socialområdet arbejder med at kvalificere håndtering af og kommunikation om medicin, herunder anvendelsen af kompetencegivende e-learningprogrammer.

Beskriv venligst projektet.

Kortlægningen blev etableret efter en medicin-UTH. RM besøgte alle bosteder og plejecentre. Interview og tilsyn.

Hvilke ændringer har projektet medført?

At der er sket tiltag for at sikre arbejdsgange i forhold til medicinopbevaring og administration. At der er udarbejdet medicin-auditskemaer. Auditskemaer samt tjeklister er lagt frem på intranettet. At der sker mange refleksioner .

Kontaktperson

Bente Groth
Voksenstøtte og Rehabilitering, Stab
bgrot@frederikssund.dk
29605896

Plejehjem, Høje-Taastrup Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet er igangsat på baggrund af utilsigtede hændelser på medicinområdet, blandt andet fejl dosering og medicin ikke givet. Målet er at forebygge medicineringsfejl, ved gennem en systematisk og kontinuerlig proces at fastholde fokus på medicinområdet, samtidig med at refleksionen hos den enkelte medarbejder understøttes.

Beskriv venligst projektet.

Der er udvalgt kvalitetsambassadører, der har fået særlig introduktion til de krav, der stilles til medicinrådet, og til de redskaber, der indgår i projektet, og der er udviklet tjekliste på medicinrådet, der skal anvendes af kvalitetsambassadørerne. Processen er, at en kvalitetsambassadør foretager egenkontrol i en anden afdeling, end den hun vanligt arbejder i. Der kontrolleres ud fra punkterne i tjeklisten, der er inspireret af målepunkter fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Efter egenkontrol får afdelingen en tilbagemelding på de områder, der fungerer og udviklingspunkter. Overordnet måles der på antal fejl, og der planlægges månedlig undervisning, der supplerer dette område. Formål med målingerne er at monitorere, om projektet medfører færre fejl og opsporing af nye udfordringer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

De positive konsekvenser er en større grad af struktur og systematik. Medarbejderne udtrykker begejstring for projektet, da deltagelse af egenkontrol i andre afdelinger skaber stor refleksion i egen praksis og stort kendskab til de andre afdelinger.

Kontaktperson

Merete Müller
Høje-Taastrup Kommune
Bygaden 2, 2630 Taastrup
meretemu@htk.dk
43591323

Kommunen overordnet, Lyngby-Taarbæk Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Fokus på medicinhændelser, hvor kommunen har et ønske om at reducere antallet af medicinhændelser generelt og hændelser, der medfører kontakt til læge i særdeleshed. Det indgår ligeledes som opgave i Forbedringsagentuddannelsen. Fokus er forstyrrelser under dispenseringer og de UTH'er, der kan opstå som følge heraf.

Beskriv venligst projektet.

2 enheder, en hjemmesygeplejegruppe, samt en afdeling på et plejecenter deltager. Der rapporteres alle forstyrrelser under dispenseringerne og kontroloptælling, samt dokumentation af fejldispenseringer. Der igangsættes forskellige tiltag, herunder skilt på dør, kulturændringer blandt plejepersonale mm. Projektet afsluttes sommeren 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Foreløbigt har indsatsen medført fokus på forstyrrelser generelt, opmærksomhed på faglig kultur og risici, samt etablering af fælles medicinrum på plejecenter frem for medicinskab i egen bolig.

Kontaktperson

Risikomanager Charlotte Dorph Lyng
Center for Sundhed og Omsorg, Lyngby-Taarbæk Kommune
cdly@ltk.dk
45973375/ 23358077

Hjemmesygepleje, Rudersdal Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Som led i forbedringsagentuddannelsen er der i efteråret 2018 igangsat et forbedringsprojekt med fokus på medicin håndtering i et af kommunens hjemmeplejedistrikter. Medicinering var et særligt fokusområde i de sundhedsfaglige (risikobaserede) tilsyn i 2017-18, og i erfaringsopsamlingen fra de sundhedsfaglige tilsyn i 2017 blev særligt medicin håndtering påpeget som kilde til anmærkninger. Som følge heraf ønsker kommunen et skærpet fokus på korrekt medicin håndtering, således, at medicineringsfejl kan forebygges/minimeres.

Medicineringsfejl kan have store personlige og helbredsmæssige konsekvenser for borgeren og dennes pårørende, ligesom der kan være store samfundsøkonomiske omkostninger forbundet hertil. Forkert medicin håndtering er samtidig ressourcekrævende for medarbejderne, og rent organisatorisk har kvaliteten af medicin håndtering betydning for kommunens renommé, fastholdelse og rekruttering. De sundhedsfaglige tilsyn bidrager til refleksion og læring og et skærpet fokus på arbejdsgange, ikke mindst i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation, instrukser og vejledninger. Forbedringsprojektet for medicin håndtering skal ligeledes bidrage til opfyldelse af målepunkterne ved det sundhedsfaglige tilsyn.

Beskriv venligst projektet.

Resultatmål:

- 120 dage uden medicineringsfejl, der kræver lægekontakt i hjemmeplejedistriktet inden 1.5.2019
- 60 dage uden medicineringsfejl i hjemmeplejedistriktet.

Resultatindikatorer

- Antal dage mellem medicin håndteringsfejl, der kræver lægekontakt- Antal dage mellem medicineringsfejl.

Der arbejdes efter forbedringsmodellen med afprøvning af forbedringstiltag inden for:

- Sikker medicin håndtering, f.eks. systematisk opbevaring af medicin, systematisk arbejdsgang for medicindispensering/medicinadministration
- Sikker overlevering af medicin oplysninger, f.eks. systematisk medicinlistegennemgang, medicingennemgang

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er først igangsat ultimo 2018

- Systematisk opbevaring af medicin i farvede poser er afprøvet og implementeret
- Tjekliste til systematisk arbejdsgang for medicindispensering, herunder gennemgang af medicinliste er under afprøvning.

Kontaktperson

Mette Pontoppidan
Social og Sundhed - Enhed for Kvalitet og Udvikling
mpo@rudersdal.dk
46115022

5.6.3 Private projekter

Kysthospitalet Skodsborg

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Da vi behandler både danske og svenske patienter, havde vi 2 typer medicinskemaer for at tilgodese de svenske patienter, idet præparaterne har forskellige handelsnavne i DK og Sverige. Pga. medicineringsfejl hos en svensk patient, der ikke fik 1 af 2 doser postoperativ iv antibiotika.

Beskriv venligst projektet.

Under indlæggelse at anvende 1 medicinskema til alle uanset nationalitet. Ved udskrivelse udfærdiges et skema til udenlandske patienter.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Denne type medicineringsfejl er ikke oplevet siden.

Kontaktperson

Jørgen Lund
Kysthospitalet Skodsborg
jl@kysthospitalet.dk
88774000

5.7 Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader

5.7.1 Regionale projekter

Århus Universitetshospital, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Afdelingen for Ældrepsykiatri har altid haft mange faldulykker. Ved indflytning i nye enestuer, havde vi 3 alvorlige faldulykker og lavede en kerneårsagsanalyse, der viste, at de fleste ulykker skete i forbindelse med vagtskiftet eftermiddag og aften.

Beskriv venligst projektet.

Indsatsen omfattede organisatoriske ændringer, undervisning, adfærd og kultur.

Organisatoriske ændringer:

- Vagtskiftet eftermiddag/aften blev mere glidende med flere i fremmøde i skiftet. Klar opgavefordeling i vagtskiftet sikrer bedre observation. Hvis patienterne screenes positive for delir, markeres det på Klinisk Logistik (elektronisk overblik over patienterne).

Kultur/adfærd:

- Sygeplejersken med ansvar for patienten i løbet af dagen tjekker ud hos patienten og sikrer, at patienten har været på toilettet og ikke umiddelbart har udækkede behov.
- Lade dørene til sengestuerne stå åbne ud til gangen – under passende hensyntagen til behov for privatliv og skærmning af delirøse patienter.
- Slå sengehesten ned.
- Klokkesor i tøjet.

Undervisning:

- Alt nyt personale undervises i delir, CAM-screening og tilgang til delirøse patienter samt 'Olympiadesyndromet', som forståelsesramme for behandling og pleje af geriatriske patienter. Løbende brush up i forbindelse med tværfaglige konferencer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er vanskeligt at vurdere effekten af handleplanen på nuværende tidspunkt. Der ses en reduktion af fald over en længere periode. Handleplan kan reducere faldulykker, men afdelingen behandler meget svækkede patienter med kognitive udfordringer.

Kontaktperson

Kirsten Rahbek

kirrah@rm.dk

30922449

Psykiatrien, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Psykiatrien i Region Syddanmark oplevede i 2017 en stigning i indrapporteringen af faldhændelser blandt indlagte ældrepsykiatriske patienter. Der blev derfor igangsat et forbedringsprojekt, hvis formål var at forebygge faldhændelser blandt indlagte patienter.

Beskriv venligst projektet.

Primo 2018 blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra psykiatrisygehusets ældrepsykiatriske afsnit og psykiatrisygehusets riskmanager som tovholder. Gruppen havde til formål at udarbejde anbefalinger, blandt andet ud fra deltagernes praksiserfaring, til forebyggelse af fald.

Der blev desuden, for at bidrage til mulig læring og forebyggelse af faldhændelser, udarbejdet en aggregeret analyse af faldhændelserne fra 2017. På baggrund af analysen blev følgende forbedringstiltag anbefalet:

- Der skal foretages klinisk individuel faldrisikovurdering ved indlæggelse i henhold til anbefalinger fra tværregional MTV-analyse
- Der skal iværksættes relevante forebyggende indsatser på baggrund af risikovurderingen
- Dokumentation af faldrisiko og dokumentation af brug af hjælpemidler skal foretages ensartet på afdelingerne, således at alle faggrupper har mulighed for at se dette
- Forflytningsvejledere skal anvendes proaktivt og systematisk for at forebygge både faldhændelser og mulige arbejdsskader for personale
- Der skal foretages lokale sikkerhedsrunder med henblik på identificering af mulige risikofaktorer, herunder faldrisici.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Arbejdsgruppen har udarbejdet en retningslinje med baggrund i anbefalingerne, der er under implementering. Arbejdet med at implementere den nye retningslinje fortsætter i 2019. Der kan i 2018 identificeres et lille fald af indrapporterede utilsigtede hændelser omhandlende fald.

Kontaktperson

Stinne Larsen
stinne.larsen@rsyd.dk
21286480

5.7.2 Kommunale projekter

Tværgående, Herning Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet blev igangsat, da der blev registreret mange faldepisoder blandt hjemmeboende borgere, som var tilknyttet hjemmeplejen. I mange tilfælde oplevedes gentagne fald hos samme borgere, hvilket indikerede at der var mulighed for at lave en forebyggende indsats.

Beskriv venligst projektet.

Formålet med projektet var at få intensiveret den tidlige opsporing af faldrisici og skabe et fælles tværfagligt mind-set hos personalet for mulige indsatser. I forlængelse heraf at få udviklet procedurer og arbejdsgange for en tidlig opsporing og indsats for at forebygge fald hos borgere tilknyttet hjemmeplejen og sygeplejen. Indsatsen skulle ligge op ad allerede eksisterende procedurer og handlinger. Indsatsen blev opstartet i et område i hjemmeplejen i Herning Kommune og skal sidst i projektperioden udrulles i hele kommunen som en del af projektet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke evalueret.

Kontaktperson

Inge Just Porse
Herning Kommune, Hjemmesygeplejen
psgip@herning.dk
96284535

Kommunen overordnet, Holstebro Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Holstebro Kommune ligger højt i antallet af forebyggelige indlæggelser, heriblandt indlæggelser med brud. Der er igangsat et arbejde med at lave faldregistrering og faldudredning med det formål at reducere antallet af fald, der medfører skade, blandt borgere. Udfordringen er, at det bliver implementeret og systematiseret; og at relevante indsatser bliver afprøvet, justeret og implementeret undervejs.

Hvorfor er dette vigtigt for:

- Patient og pårørende: Fald blandt ældre medfører øget risiko for brud, nedsat funktionsevne og øget mortalitet. Utryghed og angst for at falde påvirker både borgeren og de pårørende og kan i sig selv nedsætte borgere og pårørendes aktivitetsniveau og medføre isolation og nedsat funktionsevne.

- **Ansatte:** Ansatte vil opleve faglig tilfredshed og stolthed ved at se, at en systematisk registrering og udredning kan forebygge og reducere antallet af fald blandt borgere. Det kan også betyde, at der ikke er så mange borgere der får brug for en øget pleje-indsats på grund af fald.
- **Virksomheden:** Vil leve op til ønsket om at have fokus på kerneopgaven og løse denne med høj faglighed og mest effektivt. Der er et økonomisk potentiale både for virksomheden og på samfundsniveau i form af reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser og reduktion i behov for behandling, rehabilitering og pleje i forbindelse med fald, der medfører brud eller andre skader.

Beskriv venligst projektet.

I Holstebro Kommune er der nedsat en tværfaglig gruppe i Sundhedsafdelingen. Gruppen skal understøtte at:

- der i Holstebro Kommune laves systematisk faldregistrering og faldudredning.
- at der skabes grundlag for videndeling og læring i organisationen vedrørende fald.
- der iværksættes indsatser til forebyggelse af fald, og at der dermed sker en reduktion i antallet af fald.

I gruppen er der udarbejdet instruks om faldregistrering og faldforebyggelse, og der arbejdes med erfaringsopsamling. Implementering af i gang i Plejeboliger og nogle distrikter, og der forventes fuld implementering i løbet af 2019. Vi følger antallet af registrerede fald løbende. I en af plejeboligerne arbejdes der med et konkret forbedringsprojekt, hvor målet er at implementere faldforebyggelse og reducere antallet af fald med 25%. Her arbejdes der med forbedringsmodellens redskaber, og der begynder at vise sig tendenser af, at målet kan nås.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det positive i projektet er, at det at arbejde med faldforebyggelse giver mening og taler godt ind i alle fagligheder. Så det at sætte fokus på faldforebyggelse sætter spor i praksis. Det svære er, at det bliver fuldt implementeret og en naturlig del af daglig praksis – også når der ikke er et særligt fokus på det. De foreløbige ændringer består således af en beskrevet systematik omkring faldforebyggelse og begyndende implementering samt en dataregistrering, der giver mulighed for at følge udviklingen. Vi kan endnu ikke se en reduktion i antallet af brud blandt forebyggelige indlæggelser.

Kontaktperson

Pia Hingebjerg, Chefkonsulent kvalitet, patientsikkerhed og arbejdsmiljø
Social, sundhed og arbejdsmarkedsafd. Holstebro Kommune
pia.hingebjerg@holstebro.dk
22113492

Hjemmepleje, Stevns Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Pilotprojekt omkring hjemmetræning med hjemmeplejemodtagere for at optimere og udvikle på deres funktioner. Formålet var at skabe mere frihed for borgere og at nedsætte hjemmeplejeydelser. I udvælgelsen af deltagere er der set på fald, faldrisiko og hjælpemiddeludvikling. Nedsættelse af faldrisiko er en bonus.

Beskriv venligst projektet.

Udvælgelse af borgere af hjemmeplejen, ydelse visiteres og træning pågår ved hjælp af medarbejdere og brug af iPad og digital platform, som er tilkøbt af et firma. Styring og administration understøttes af systemet, som leveres af firma. Løbende opfølgning foregår tværfagligt hver 14. dag. Nedsættelse af fald er ikke et egentlig parameter/mål-indikator, men kan følges lokalt i UTH-sagsbehandling.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der er kun gennemført pilotprojekt i 2018 og tilbuddet er lige opstartet i drift i 2019, så det er endnu ikke til at sige særligt præcist, hvilke konsekvenser man kan forvente.

Kontaktperson

Tine Gylling
Stevns Sundheds og Frivillighedscenter
tinnyg@stevns.dk
51168075

Plejhjem, Frederiksberg Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Brand hos beboer i plejebolig.

Beskriv venligst projektet.

Hændelsen blev grundigt analyseret. Det blev afdækket, at det er vigtigt at have overblik over, i hvilke boliger der finder rygning sted, og at tilbuddet om forebyggende foranstaltninger skal tage højde for beboerens manglende indsigt i sikker rygeadfærd.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Der blev udfærdiget en tjekliste, der screener borgeres rygeadfærd ift. om den er sikker. Tjeklisten lægger op til en afdækning af, om borgerens funktionsniveau fysisk, psykisk og socialt kan have indflydelse på, om borgers rygeadfærd er sikker, eller der skal tilbydes

forebyggelse, såsom brandforklæde, rygerobot, sprinkleranlæg, brandhæmmende spray på tekstiler etc.

Kontaktperson

Merete Larsen
Frederiksberg Kommune
mela03@frederiksberg.dk
28985204

Tværgående, Gentofte Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Implementering af systematisk faldforebyggelse i Pleje & Sundhed. Næst efter medicinering er fald den hyppigste indrapporterede utilsigtede hændelse. Risikoen for at falde stiger med alderen. Hver tredje over 65 år oplever mindst ét fald om året, og er man over 80, er det ca. hver anden, der oplever et fald. Fald kan føre til alvorlige skader og død. Ud over de skader og nedsat livskvalitet, fald har for den enkelte, er skader efter fald ligeledes en stor udgiftspost i sundhedsvæsenet. Andre projekter har vist, at implementering af systematisk faldforebyggelse med faldregistrering, faldscreening og faldudredning kan reducere antallet af fald.

Beskriv venligst projektet.

Projektets fokus har været implementering af systematisk faldforebyggelse i kommunens plejeboliger og hjemmeplejen. Interventionerne har været-

- Udarbejdelse af skabeloner til faldregistrering, -screening og -udredning
- Implementering af skabelonerne i det elektroniske dokumentationssystem-
Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Organisatorisk forankring af indsatsen.

Til at måle implementeringsgraden anvendes antal udfyldte registreringsark og antal indberettede utilsigtede hændelser. På sigt måles på antal indlæggelser af borgere med hoftefraktur.

Hvilke ændringer har projektet medført?

De foreløbige opgørelser viser en stigning i udfyldte registreringsark, ligesom der har været en øget indrapportering af utilsigtede hændelser. Begge dele vurderes at være et udtryk for, at indsatsen har ført til øget opmærksomhed på borgere, der er faldet og iværksættelse af relevante handlinger. Der er endnu ikke målt på antal indlæggelser med hoftebrud.

Kontaktperson

Risikomanager Kirsten Hvid
Gentofte Kommune Pleje og Sundhed
khv@gentofte.dk
40388766

Tværgående, Gribskov Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

En hændelsesanalyse, hvor en borger havde tiltagende mange fald.

Beskriv venligst projektet.

Fokus på flere parametre inden for fald, faldudredning, forebyggelse af fald, arbejdsgange omkring registrering af fald samt materiale til borgere omkring faldforebyggelse.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Virkninger:

- Et øget antal faldudredninger og registreringer af fald i vores dokumentationssystem.
- Redigering og nytænkning af faldforebyggelsesmateriale.

Vi mangler endnu:

- At udredninger altid fører til relevante handlinger
- At endnu flere fald registreres, udredes og forsøges forebygget tværfagligt.

Kontaktperson

Lise Bernhard
Gribskov Kommune
lhber@gribskov.dk
72497438

5.8 Selvskade og selvmord

5.8.1 Regionale projekter

Psykiatriledelsen, sygehus, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Psykiatriledelsen besluttede i 2016, efter aftale med Regionsrådet, at gennemføre en systematisk analyse af alle selvmord i Psykiatrien 2013-2016. Dette på baggrund af større variation i antallet af selvmord rapporteret som utilsigtet hændelse i 2015-2016.

Beskriv venligst projektet.

Der blev gennemført en systematisk, aggregeret (tværgående) analyse på alle selvmord indrapporteret som utilsigtet hændelse i psykiatrien 2013-2016. Analysen blev gennemført som en kvalitativ auditproces. Auditpanelet bestod af to repræsentanter fra Psykiatriledelsen, to ledende overlæger fra voksenpsykiatrien og lederen fra psykiatriens enhed for selvmordsforebyggelse.

Auditpanelet foretog en vurdering af hændelsesforløbet op til selvmordet på baggrund af journalgennemgang, herunder indlæggelsesforløb og/eller ambulante forløb. Auditpanelet vurderede bl.a. dokumentationen i journalen af patientens tilgrundliggende lidelse (psykopatologi), samt indhold og dokumentation af selvmordsrisikovurderinger og kliniske vurderinger. Kommunikation mellem sektorer (primær/sekundærsektor), overgange mellem afdelinger (stationær/ambulant, somatik/psykiatri) samt kommunikation med pårørende blev vurderet af auditpanelet på baggrund af epikriser, journalnotater og dokumentation i journalen vedr. inddragelse og overleveringer.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Rapporten og fokusområderne er drøftet i Psykiatriens Sundhedsfaglige Råd. Læringspunkterne blev taget til efterretning, og der er bl.a. igangsat initiativ med kompetenceudvikling vedr. selvmordsrisikovurdering. Det blev konstateret, at der for en række af de øvrige områder allerede er igangsat relevante processer herunder håndtering af alvorlige utilsigtede hændelser og differentieret deltagelse i de dybdegående analyser, patientansvarlig læge, inddragelse af pårørende og forbedret kommunikation med almen praksis med bl.a. bedre epikriser.

Kontaktperson

Jan Mainz
Jan.mainz@rn.dk
97643721

5.9 IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.

5.9.1 Regionale projekter

Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

I Region Hovedstaden har Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet samarbejdet med risikomanagerfunktionen i Sundhedsplatformen og Region Sjælland. Der har sidst i forbindelse med opgradering af LPR3/SP2018/Sundhedsplatformen været planlagt og koordineret et forhøjet patientsikkerheds fokus.

Beskriv venligst projektet.

I samarbejde med risikomanagere på hospitalerne, i Sundhedsplatformen og Center for IT og Telefoni er alle rapporterede utilsigtede hændelser gennemset og vurderet og udvalgte incidents rapporteret til Sundhedsplatformen. Der er koordineret, analyseret og fulgt op på disse i samarbejde med hospitalerne. Styrelsen for Patientsikkerhed har fortsat udvist stor interesse for regionens implementering og opgradering af Sundhedsplatformen.

Siden Sundhedsplatformens initiale implementering har administrationen, Region Sjælland og programmet bag Sundhedsplatformen udfærdiget en lang række redegørelser og statusnotater vedr. patientsikkerhed i Sundhedsplatformen. Herunder om håndteringen af konstaterede systemfejl og brugeranvendelsesproblemer relateret til den kliniske anvendelse af systemet med fokus på bl.a. medicineringsprocesser, FMK, prøver og prøvesvar. Endvidere er der sket uddannelse af personale i relation til opgradering af SP 2018 i nye opsætninger og dermed arbejdsgange i SP.

Herudover foregår løbende en monitorering af utilsigtede hændelser relateret til Sundhedsplatformen mhp. vurdering af hvilke incidents, som rapporteres videre til Sundhedsplatformen, f.eks. mhp. behov for systemændringer, øget undervisning af medarbejdere, information til brugere..

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det er endnu for tidligt at registrere konkrete ændringer.

Kontaktperson

Ina Rønberg
ina.roenberg@regionh.dk
38666072

5.9.2 Kommunale projekter

Sted: Hjemmeplejen, Frederikshavn Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

I 2018 afsluttes projekt bærbar, som skal sikre, at dokumentation sker i samarbejde med borger på rette tid og sted for at mindske fejl. Erfaringerne fra projektet danner grundlag for et implementeringsprojekt, hvor hele hjemmeplejen er omfattet.

Beskriv venligst projektet.

Et område i hjemmeplejen har anvendt minibærbar med mobiladgang. Formålet var at lette og fremme arbejdsgangen omkring hurtig tilgang til køreliste, borgerjournal osv. Planlægningsmæssigt kunne medarbejdere tilgå en opdateret køreplan hurtigere. Bærbaren er afprøvet i dag-, aften- og nattevagt, hvor i alt 66 minibærbare har været i brug. Medarbejderne har modtaget kompetenceudvikling i forhold til god anvendelse af bærbarene. Grupperum er blevet opgraderet, så det danner rammerne for et godt arbejdsmiljø. Der er udleveret relevant tilbehør til den enkelte medarbejder.

Projektet har givet gevinster både i forhold til kvalitet og effektivitet:

- Der anslås, at der dagligt kan frigives tid svarende til 15 minutter pr. medarbejder
- Reducering af rapportmøder om morgenen – 5 min pr. medarbejder
- Effektivisering af dokumentation hos borgeren – 5 min pr. medarbejder. Er delvist opnået.
- Effektivisering af planlægning
- Tryghed for borger
- Reduktion af udgifter til overarbejde.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Dokumentation hos borgeren er forbedret. Flere medarbejdere udtrykker glæde over bærbaren. Der har været modstand fra medarbejderne i forhold til at medbringe bærbaren hos borgeren. De udtrykte bekymring for, om den tog fokus fra borgeren.

Kontaktperson

Britt Bengtsen
Gruppenleder Team Hverdagsrehabilitering, Center for Sundhed og Pleje
brbe@frederikshavn.dk
9845 5448

5.9.3 Private projekter

Privathospitalet Mølholm

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

GDPR-krav fra EU og Datatilsynet.

Beskriv venligst projektet.

Vi har iværksat en række tiltag til overholdelse af GDPR-krav:

1. Indførelse af sikker mail
2. Implementering af eBoks
3. Sikker dokumentdeling internt og eksternt
4. Undervisning af medarbejdere i overholdelse af GDPR-krav
5. Gennemgået arbejdsgange så GDPR-krav er overholdt
6. Implementering af "Follow-me" print
7. Opgradering af IT tekniske sikkerhedsløsninger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Vi overholder nu GDPR-krav til håndtering af personfølsomme data. Projektet har ikke haft negative eller utilsigtede konsekvenser.

Kontaktperson

Lena Stjernholm
Privathospitalet Mølholm
lsn@molholm.dk
7643 7113

5.10 Præhospital behandling

5.10.1 Regionale projekter

Præhospitalet, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Præhospitalets årsrapporter for patientsikkerhed viser, at UTH med relation til kommunikation i overgange er en tilbagevendende tendens. Derfor er triagemodellen DEPT (Danish Emergency Proces Triage) implementeret i efteråret 2018.

Beskriv venligst projektet.

For at sikre en endnu højere kvalitet i den præhospitale behandling, og i overgangene til hospitalerne, er triagemodellen DEPT (Danish Emergency Proces Triage) blevet implementeret i efteråret 2018. 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.

Forud for implementeringen blev der udarbejdet retningslinjer, undervisningsmateriale og et e-læringsprogram, som blev anvendt til undervisningen af alt ambulancepersonale i regionen. Ligeledes tog en gruppe af repræsentanter rundt på alle akutmodtagelser i regionen til en drøftelse af samarbejdet i overgangene, herunder hvilke udfordringer der ses, og hvordan man igennem anvendelse af DEPT kan højne kvaliteten. Der er i 1. kvartal 2019 igangsat et evalueringsarbejde.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er endnu ikke langt nok til, at se effekten. Det forventes, at implementeringen af DEPT resulterer i mere smidige overgange som følge af et fælles sprog, og dermed endnu bedre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.

Kontaktperson

Anne Blenstrup Larsen
anblas@rm.dk
78414813

5.11 Anden utilsigtet hændelse

5.11.1 Regionale projekter

Tværgående, Psykiatridelelsen, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

På baggrund af medieomtale blev der gennemført en audit af alle drab efter straffelovens § 237 (manddrab), hvor der er blevet idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68-69 i Nordjyllands politikreds 2013-2018.

Beskriv venligst projektet.

Cases blev identificeret på baggrund af data fra Rigsadvokaten og på baggrund af medieomtale. Der er afholdt to møder med deltagelse fra Psykiatrien, Region Nordjylland og Nordjyllands Politi. Møderne var delt i to faser: På første del af mødet blev forløbet i psykiatrien op til hændelsen gennemgået af repræsentanterne fra psykiatrien. Deltagerne vurderede forløbet i psykiatrien på baggrund af journalmateriale, epikriser, henvisninger, korrespondancer, kerneårsagsanalyser og andet tilgængeligt materiale. Udrednings- og behandlingsforløbet blev diskuteret, og det blev vurderet om forløbet var håndteret tilfredsstillende. På anden del af mødet deltog både politi og psykiatri. På baggrund af udvalgte dele af patientjournalen og politiets døgnrapporter, blev det vurderet om forløbene var håndteret tilfredsstillende. Kommunikation mellem Psykiatrien og politiet, kommune, pårørende og andre relevante aktører op til hændelsen blev ligeledes vurderet.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er ikke afsluttet. Der er identificeret en række fokusområder internt i Psykiatrien og i samarbejdet mellem Psykiatrien, Region Nordjylland, og Nordjylland Politi. I forlængelse af denne gennemgang er der udarbejdet en særlig procedure for aktiv opfølgning på pårørende til ofre for dødelig vold (drab). Den færdige rapport og fokusområder forelægges regionens politiske ledelse og regionsdirektionen, herunder Psykiatriudvalget. Den dagsordenssættes i Psykiatriens Virksomhedsledelse og Det Sundhedsfaglige Råd til drøftelse af plan for opfølgning. Fokusområder og forslag til kvalitetsforbedringer dagsordenssættes i PSP-styregruppen. Kommunerne er en vigtig samarbejdspartner i en række af de analyserede sager. Der følges op i de enkelte sager, hvor kommunen er involveret i PSP-regi og relevante samarbejdsfora, hvor kommunen også deltager.

Kontaktperson

Jan Mainz
Jan.mainz@rn.dk
97643721

Regionshospital Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Regionshospital Nordjylland indgik i 2014 sammen med 12 akuthospitaler i DK i "Sikkert Patientflow", der nu er en del af daglig drift. Der arbejdes kontinuerligt med afdækning af flaskehalse, analyse af processer samt eliminering af hindringer mhp. sikring af patientflow.

Beskriv venligst projektet.

"Sikkert patientflow" tager udgangspunkt i at have den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt samt fakta, der viser, at ved enhver overgang fra én hospitalsenhed/én sektor til en anden tabes vigtige oplysninger, risikoen for utilsigtede hændelser øges, og en indlæggelse forlænges med ét døgn ved hver intern overgang. Perioden siden projektstart har været præget af øget fokus på patientforløb, hvorfor Regionshospital Nordjylland har highlightet sætningen "Den rigtige patient i det rigtige forløb på det rigtige tidspunkt". Herved er der sat fokus på det samlede patientforløb, og der sættes stort fokus på muligheder for større fleksibilitet via optimeret visitation, udnyttelse af primær sektors muligheder og tilbud, optimeret udskrivelsesplanlægning samt ambulante forløb frem for indlæggelse. Det ændrede fokus har skærpet opmærksomheden på tværsektoriel, tværregional samt intern styring og koordinering. I den daglige drift erkendes til stadighed nye potentialer for optimering og effektivisering.

Hvilke ændringer har projektet medført?

2018:

- regionalt webbaseret sengekapacitetsoverblik
- daglig kontakt mellem regionens 2 akutmodtagelser sikrer flow og udnyttelse af sengekapacitet

Primo 2019:

- regional samarbejdsaftale om udnyttelse af sengekapaciteten
- fælles regional visitation

Kontaktperson

Kirsten Vorre
kiv@rn.dk
97642862

Nord-KAP, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Hovedfokus er på læring ud fra rapporterede UTH'er med hændelsessted i almen praksis. I 2018 har teamet haft øget fokus på at bringe viden om mønstre og tendenser af DPSD-data i spil i blandt andet Nord-KAPs indsatser.

Beskriv venligst projektet.

Hovedfokus er på læring ud fra rapporterede UTH'er med hændelsessted i almen praksis. I 2018 har teamet haft øget fokus på at bringe viden om mønstre og tendenser af DPSD-data i spil i Nord-KAPs indsatser. Konkret arbejder teamet med aggregerede analyser på tidsbegrænsede indsatser fx til brug i udarbejdelse af materiale til det årlige fokus for Lægemiddelenhedens besøgsrunder. Der arbejdes på at formidle læring fra analyser af mønstre og tendenser fra UTH'er på Uddannelsesenhedens kurser. Analyserne forventes at indgå som forberedelse og indhold i kurserne både for underviser og kursister. Nord-KAP kommer desuden til at arbejde med et tilbud til almen praksis' nye kvalitetsklynger med udgangspunkt i data fra DPSD.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Projektet er udelukkende igangsat, men vi forventer øget brug af den viden, som ligger i DPSD-systemet.

Kontaktperson

Anne Sofie Mørk Puggaard
annpug@rn.dk
20138587

Regionshospital Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

I et partnerskab tænke nye veje i tværsektoriel kompetenceudvikling. Her definerer det kliniske frontpersonale fra begge sektorer i fællesskab fremtidens kompetencer og uddannelsesindsats, som sikrer de bedste løsninger for patientforløbene.

Beskriv venligst projektet.

Efterår 2018. Præpilottest – en regional og en kommunal sygeplejerske sættes sammen og besøger hinandens praksis en dag og tester projektets ide. I februar 2019 besøger efterfølgende 7 kommunale og 7 regionale sygeplejersker hinanden en dag hver. Gennem følgeskab i hinandens miljøer opstår der muligheder for faglig og kollegial sparring, hvorfra de i fællesskab kan identificere behov for at uddanne og udvikle sig sammen. Her lader vi den

nuværende hverdag med de mange innovative løsninger og erfaringer fortælle os, hvordan vi sammen kan gøre det endnu bedre.

Model for tilbagemelding efter besøgene:

- Hvilke muligheder og begrænsninger har du oplevet i forbindelse med udvekslingen i forhold til at opnå de helt rigtige løsninger til borgeren/patienten? Nævn og begrund 5 muligheder og 5 begrænsninger.
- Hvilke nye kompetencer har du brug for, for at kunne bidrage aktivt til et fremtidigt samarbejde på tværs af Regionshospital Nordjylland og kommunen? Nævn og begrund behovet for 3 kompetencer.

Effektmåling kan først ses, når vi ved, hvad der meldes tilbage.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Effekten af præpilottesten var positiv, det åbnede nye veje i det tværsektorielle samarbejde at få indsigt i hinandens praksis. Dataindsamlingen er i gang nu og en faldgrube er, at vi ikke får noget konkret at kompetenceudvikle ud fra.

Kontaktperson

Kerstin Mariegaard
kemh@rn.dk
25488898

Fysioterapeut, kiropraktor og fodterapeutpraksis, Nord-KAP, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Projektet skal munde ud i en kvalitativ analyse ud fra fokusgruppeinterview i fysioterapipraksis, kiropraktorpraksis og fodterapeutpraksis om hvad der er vigtigt for patienter, der kommer i praksis.

Beskriv venligst projektet.

Patientsikkerhedsteamet arbejder med et patientinddragelsesprojekt i rammen af Dansk Selskab for Patientsikkerheds kampagne "Vigtigt for dig?". Projektet skal munde ud i en kvalitativ analyse ud fra fokusgruppeinterview i fysioterapipraksis, kiropraktorpraksis og fodterapeutpraksis om, hvad der er vigtigt for patienter, der kommer i praksis. Deltagerne i fokusgruppeinterviewene er delt op i to målgrupper, herunder patienter med kroniske sygdomme og patienter med muskuloskeletale lidelser. Analysens resultater skal formidles til praksisområdet i Nordjylland og samtidig skabe nysgerrighed for at deltage i "Vigtigt for dig-dag?" 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Analysens resultater skal formidles til praksisområdet i Nordjylland og samtidig skabe nysgerrighed for at deltage i "Vigtigt for dig-dag?" 2019.

Kontaktperson

Anne Sofie Mørk Puggaard
annpug@rn.dk
20138587

Nord-KAP, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Understøttelse af rapporteringen af utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet.

Der afholdes årligt en halvdags workshop om patientsikkerhed og UTH for praksispersonale i 2018. Workshoppen har fokus på rapportering af UTH, hændelsesanalysen og forbedringsmodellen og omsorg for second victim målrettet praksispersonale hos specialydere og almen praksis.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget viden om patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Anne Sofie Mørk Puggaard
annpug@rn.dk
20138587

Praksisenheden, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Understøtte læring på baggrund af utilsigtede hændelser.

Beskriv venligst projektet.

Der udgives læringsartikler på områder almen praksis, fysioterapi og fodterapi. Hver artikel tager udgangspunkt i en eller flere rapporterede utilsigtede hændelser, og der beskrives et læringsperspektiv. Læringsartiklerne for almen praksis udsendes via Nord-KAPs nyhedsmail og for specialyderne udsendes læringsartiklerne i kvartalsmail. Alle læringsartiklerne kan tilgås på

sundhed.dk. under overskriften 'UTH i Praksis'. Læs læringsartiklerne på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/konsulenthjælp/konsulentydelse/uth/uth-artikelsamling/>.

I de senere år er der samlet læringshæfter med læringsartikler for almen praksis og fysioterapi. I 2018 er der for første gang samlet et læringshæfte for fodterapi. Fysioterapi er det område i specialydegruppen, som er længst i forhold til at rapportere utilsigtede hændelser. Læringshæfte 2 for fysioterapi er udkommet i slutningen af 2018. Læringshæfterne udsendes til samtlige klinikker. Som noget nyt i 2018 udsendes Kvartalsmail til alle specialydere med almen information om patientsikkerhed og altid indeholdende et link til to utilsigtede hændelser.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget viden om patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser samt udbredelse af læring på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser.

Kontaktperson

Mette Dyrholm Hundsholt
m.hundsholt@rn.dk
23439918

Vagtlæge, Praksisenheden, Region Nordjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Skabe læring på baggrund af utilsigtede hændelser rapporteret til vagtlægeordning.

Beskriv venligst projektet.

Samarbejde med ledelse i vagtlægeordning om analyse og læringspotentiale af de utilsigtede hændelser der er rapporteret til vagtlægeordningen. Der er fokus på at formidle læring fra UTH til undervisning af vagtlæger, analyse og målrette læringsartikler til vagtlæger.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Øget læring og forbedring af patientsikkerheden i vagtlægeordning og almen praksis generelt.

Kontaktperson

Mette Dyrholm Hundsholt
m.hundsholt@rn.dk
23439918

Sted: Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Der var et ønske fra ledelsen om at øge fokus på udvikling og patientsikkerhed. Der blev derfor udarbejdet et koncept for kvalitetsrunder, der skulle gennemføres i alle afdelinger på hospitalet.

Beskriv venligst projektet.

År 2018 blev indledt med en måling af patientsikkerhedskulturen blandt medarbejderne ved hjælp af Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Patientsikkerhedskulturen afspejler sundhedspersonalets adfærd, værdier, holdninger og antagelser om patientsikkerhed og udtrykker "måden vi typisk gør ting på her hos os". I løbet af året er der gennemført flere forskellige kvalitetsrunder:

- patientsikkerhedsrunder (både med hospitalsledelsen og afdelingsledelsen som teamleder)
- medicinrunder (lægefaglig direktør har besøgt flere afsnit og drøftet arbejdsgange omkring medicin). Det er meningen, at patientsikkerhedskulturmålingen skal følges op med en ny måling efter nogen tid, for at se om indsatsen med bl.a. kvalitetsrunder har haft en effekt på kulturen.

Hvilke ændringer har projektet medført?

De foreløbige tilbagemeldinger fra afdelingerne er positive i forhold til patientsikkerhedsrunderne. De har blandt andet givet anledning til ændring af arbejdsgange. Kvalitetsrunderne fortsætter i 2019.

Kontaktperson

Anne-Sofie Sølvtofte
anessoel@rm.dk
78420082

Psykiatrien, Region Syddanmark

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Psykiatrien i Region Syddanmark har ønsket at forbedre strukturen for arbejdet med utilsigtede hændelser, specielt hændelser af alvorlig og dødelige karakter, for at sikre læring, opfølgning og spredning på tværs.

Beskriv venligst projektet.

Følgende struktur for arbejdet med alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser er påbegyndt implementering i 2018:

- Riskmanager og lokal initialmodtager på afdelingerne skal ved alvorlige/dødelige hændelser afdække hændelsens karakter og planlægge forløb/analyse indenfor 1-3 dage.
- Analyse af alvorlige/dødelige hændelser afholdes inden for én uge fra planlægning af forløb.
- Skabelon for udarbejdelse af rapport af analyse til synliggørelse af læringspunkter og evt. tiltag anvendes.
- Skriftlig opfølgning på konkrete tiltag efter 1 måned til riskmanager/sygehusledelsen. Analyser med deltagelse af eksterne interessenter tilstræbes afholdt indenfor samme tidsramme.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Det opleves udfordrende at overholde tidsfristen for afvikling af analyser på grund af kalenderymnastik, samt manglende oplysninger, fx obduktionsrapporter, der kan bidrage til analysen. Projektet fortsætter ind i 2019 med løbende forbedringer og fokus på strukturen.

Kontaktperson

Stinne Larsen
stinne.larsen@rsyd.dk
21286480

Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Region Hovedstaden har foretaget en analyse af læringskulturen og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet på baggrund af den tværgående meningitisanalyse, der påpegede potentiale for udvikling af læringskulturen og arbejdet med utilsigtede hændelser. 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.

Beskriv venligst projektet.

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

Inden for de 5 indsatser er der udarbejdet 9 handlinger med 18 indsatser. Målet er at forbedre patientsikkerheden gennem bedst mulig læring af UTH, anvendelse af proaktive metoder og spredning af viden. Monitorering sker gennem måling af patientsikkerhedskulturen gennem PLUS-målingen som gør brug af Safety Attitudes Questionnaire. Rapporten kan læses i sin helhed på: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Region-Hovedstaden-Vi-skal-styrke-I%C3%A6ringskulturen.aspx>

Hvilke ændringer har projektet medført?

Kort overblik over resultater efter 12 måneder

- Patientsikkerhedskulturmålingen er planlagt til at foregå 13. marts - 3. april 2019. Der udarbejdes inspirationsmateriale til ledelser og opfølgningstilbud til hospitaler og virksomheder.
- Der har været afholdt en fælles regional ledelsesudviklings dag med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed.
- Kvalitet og Patientsikkerhed er planlagt som en del af undervisningen for "Ledelse af medarbejdere for nye ledere"
- Københavns Universitet er udvalgt til at indgå i samarbejde om mastermodul på 15 ECTS for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer – mastermodul starter september 2019. Der er åbent for at alle regioner og kommuner kan søge optagelse på modulet.
- Der er udarbejdet generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagere
- Der er ved at blive udarbejdet metodekatalog og interaktive lærings sæt for patientsikkerhedsanalyser i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Der er udarbejdet materiale til at understøtte sundhedspersonale i at indgå i dialog med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser
- Der er udarbejdet forslag til nyt analysekoncept for alvorlige utilsigtede hændelser med beslutningsstøttende redskaber, som er i test på hospital og i Akutberedskabet.
- Der er udviklet en model for læring af erstatningssager, som er i test på to hospitaler.

Kontaktperson

Helle Søgaard Frappart
helle.soegaard.frappart@regionh.dk
38666053

5.11.2 Kommunale projekter

Kommunen overordnet, Norddjurs Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Øge kvaliteten af sagsbehandlingen.

Beskriv venligst projektet.

Der har været afholdt flere ERFA-møder for alle ledere og sagsbehandlere, der har budt på flere eksterne oplægsholdere – både samarbejdspartnere fra nærmeste regionshospital samt inspirerende oplæg fra forskere i patientsikkerhedskultur som bidrag til den kreative proces.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Afmystificering af hele UTH-begrebet, ejerskab og ledelsesforankring, erkendelse af hvor korte og præcise læringsloops, man kan lave.

Kontaktperson

Asbjørn
asr@norddjurs.dk

Tværgående, Aarhus Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Udvikling af borgersikkerhedskulturmåling som et ledelsesværktøj. 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. Endvidere vil en borgersikkerhedskulturmålingen også være en måde hvorpå indsatser som f.eks. I sikre hænder kan følges over tid.

Beskriv venligst projektet.

Hvad vil 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 samarbejde, håndtering af utilsigtede hændelser, læring og forbedringer samt ledelsesopbakning
- Identificere forbedringsindsatser lokalt og på tværs af kommunen.

Borgersikkerhedskulturmålingen tager udgangspunkt i 10 validerede spørgsmål fra SAQ-DK. De 10 spørgsmål er blevet pilottestet i kommunalt regi med hjælpetekst. Kulturmålingen tager udgangspunkt i de kvantitative interviews, hvorefter der igangsættes en kvalitativ opfølgingsproces i tæt samarbejde med leder og medarbejdere.

Hvilke ændringer har projektet medført?

Borgersikkerhedskulturmålingerne har givet de involverede ledere en mulighed for at få belyst borgersikkerhedskulturen lokalt. Hele opfølgingsprocessen munder ud i konkrete forbedringsindsatser, som medarbejdere og ledere arbejder videre med lokalt.

Kontaktperson

Maya Damgaard Larsen
madal@aarhus.dk
41855121

Bosteder, samt handicap- og psykiatrienheder, Fredericia Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Som opfølgning på tilbagemelding fra Styrelsen for Patientsikkerhed, blev der iværksat et projekt der skal sikre, at hele specialområdet i Fredericia Kommune lever op til sundhedsloven, på alle behandlingsstederne.

Beskriv venligst projektet.

Ansættelse af en projekt ansvarlig udviklingssygeplejerske.

- Udarbejdelse af alle relevante instrukser.
- Etablering af dokumentationssystem til korrekt understøttelse af sundhedsfaglig dokumentation (FSIII)
- Undervisning af personale på de forskellige botilbud. De første to i marts 2018, de næste tre i marts 2019.

Implementeringen har afventet plejens implementeringsplan. Dette var nødvendig da der nu er etableret fælles dokumentationssystem for de to afdelinger, så for at alle var undervist samtidig skulle det koordineres. Indikatorer for at implementeringen lykkes er gennemgang af døgnrapport, mhp. at vurdere kvaliteten af dokumentationspraksis på de enkelte afdelinger. Der har på baggrund af sådanne gennemgange været afholdt gentagende opfølgninger. Etablering

af tydelig ansvar og arbejdsgangs beskrivelser på tværs af hjemmesygeplejen og botilbud. Dette arbejdes der videre med i 2019.

Hvilke ændringer har projektet medført?

- Etablering af en struktureret sundhedsfaglig gennemgang og overblik over borgerens sundhedsfaglige udfordringer.
- Etablering af tydelig og struktureret sundhedsfaglig dokumentation i forhold til de enkelte sundhedsfaglige ydelser.
- Etablering af tydelige ansvars- og kompetencebeskrivelser, både i forhold til de enkelte afdelinger og mellem hjemmesygeplejen/botilbud.

Kontaktperson

Christina Askholm Nissen
Senior og handicap, Fredericia Kommune
Christina.nissen@fredericia.dk
22387727

Tværgående, Varde Kommune

Hvad var baggrunden for, at projektet blev igangsat?

Varde Kommune har gennem en årrække arbejdet med at bruge så lidt tid som muligt på "administration og teknik" vedrørende UTH for at få frigivet mest mulig tid til læring og forbedringsarbejde.

Beskriv venligst projektet.

Af Varde Kommunes årsrapporter for UTH fremgår det, at der i de senere år har været et tredelt fokus på: "Organisering af UTH arbejdet", "Datakvaliteten af UTH" samt "Forbedringsarbejdet".

I 2018 har der under "Organisering" været fokus på "Rapportering af borgere og pårørende" samt "Hvordan vi arbejder med læring herunder organisering af hvem der er sagsbehandlere, hvem der arbejder med lokale forbedringer og lokal ledelsesopbakning til UTH-arbejdet".

Under "Datakvaliteten" har der været fokus på "Korrekte stednavne", "Korrekt registreret alvorlighedsgrad, særligt moderate UTH", "Korrekt registrering ift DPSD hovedgruppe", "Kontrol af gamle sager", "Rapportering af infektioner", "Rapportering af fald", "At øge antallet af rapporteringer fra områder hvor der er et forbedringspotentiale".

Under "Forbedringsarbejdet" har der været fokus på "Anvendelse af strukturerede analysemetoder", "Fremadrettet arbejde med kobling af UTH og forbedringsarbejde på kommuneniveau, herunder videreformidling af forbedringspotentialer til rette fora", "Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde" samt "Fokus på udvikling af monitoreringsredskaber til

baselinemålinger og forbedrede arbejdsgange i forhold til medicinadministration, medicindispensering og tryksår".

Hvilke ændringer har projektet medført?

Positive, negative og utilsigtede konsekvenser er beskrevet i årsrapport for utilsigtede hændelser, Varde Kommune, 2018.

Kontaktperson

Thorkild Sloth Pedersen
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde
thpe@varde.dk
30527591