

# Patientsikkerhed i det nære og sammenhængende sund- hedsvæsen

*Overvejelser og anbefalinger fra konsensusmøde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 17. maj 2017.*

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

C/o Hvidovre Hospital

P610 Kettegård Alle 30

2650 Hvidovre

## Indhold

<b>Forord</b> .....	3
<b>Baggrund</b> .....	4
<b>Anbefalinger:</b>	
1.Vær ambitiøs – og understøt såvel processer som strukturer!.....	6
2.Borgere og patienter er en del af løsningen .....	8
3.Fokusér på overgangene og medicinen .....	10
4.Kompetenceudvikling rettet mod metoder og processer på tværs-og til tiden! .....	13
5.Brug teknologien – med omtanke.....	15
<b>Litteraturliste</b> .....	17
<b>Bilag</b> .....	18
Bilag 1: Proces og metode samt slides fra konsensusmødet.....	18
Bilag 2: Deltagerliste .....	19

## Forord

---

Dansk Selskab for Patientsikkerheds (PS!) mission er at accelerere forbedring af patientsikkerheden i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Udviklingen af et nært, trygt og sammenhængende sundhedsvæsen udgør en central del af vores vision og strategi, som den for nylig er vedtaget af en enig bestyrelse.

Vi arbejder for patienternes sikkerhed og tryghed i bred forstand, på tværs af patientgrupper og på tværs af sundhedssektorer.

Vores forbedringsindsats finder sted i både regioner, kommuner og i overgangene mellem sektorer. Vi ønsker et sammenhængende sundhedsvæsen med sikre og velkoordinerede patientforløb. Det er samtidig bestyrelsens vurdering, at der netop nu er et stort vindue åbent for forandringer og forbedringer. En moden erkendelse af, at sundhedsvæsenet har opnået store resultater via suboptimering af specialer, men også en erkendelse af at mange patienter har brug for større nærhed og sammenhæng end tidligere. Denne grundlæggende erkendelse eksisterer bredt blandt hovedaktørerne i det danske sundhedsvæsen. Det er netop disse hovedaktører, som er samlet i PS! og som nu samlet står bag anbefalingerne i denne rapport, hvis hovedkonklusion er, at patientsikkerhed skal stå øverst på dagsordenen – også i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

*Ulla Astman*

*Formand for Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

## Baggrund

Patienter og borgere har i dag komplekse sygdoms- og behandlingsforløb. Flere og flere borgere lever med kroniske sygdomme og ofte med flere forskellige diagnoser (multisygdom) og mange forskellige behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. De er som patienter derfor ofte i kontakt med flere sektorer på samme tid. Udviklingen stiller nye krav til sundhedsvæsenets koordinering af den sundhedsfaglige indsats, så borgerne oplever patientsikre og sammenhængende behandlingsforløb. Men mange danskere oplever desværre ofte noget andet: Patienterne er ofte udsat for det, de opfatter som kommunikationssvigt mellem sundhedsvæsenets sektorer og manglende koordinering. En manglende nærhed og sammenhæng, der kan medføre forværring af sygdom, patientskade og utryghed for den enkelte. Udover de patientsikkerhedsmæssige konsekvenser medfører det også et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet.

De stadig mere komplekse, tværsektorielle patientforløb stiller nye krav til de sundhedsprofessionelles kompetencer, til nytænkning i sundhedsvæsenet og til at sektorer og aktører kan kommunikere sammen og garantere en fælles patientsikker og koordineret indsats til gavn for patienterne. Arbejdet med forbedringer og patientsikkerhed har vist sin styrke i at understøtte sikre processer. Disse erfaringer kan anvendes i endnu højere grad på tværs af sektorer.

### Rapporterede og afsluttede tværsektorielle hændelser

Af Styrelsen for Patientsikkerheds årsrapport 2016 fremgår det, at antallet af hændelser, der rapporteres tværsektorielt, er stigende, hvilket vidner om, at der er større opmærksomhed på området. I hændelserne findes masser af viden, der kan bidrage til at styrke samarbejdet på tværs.

År	2013	2014	2015	2016
Antal tværsektorielle hændelser*	658	2639	3089	2691

\*Tværsektorielle hændelser omfatter utilsigtede hændelser, hvor sagsopfølgningen kræver involvering af både hændelsesstedet og det/de involverede sted(er) i opfølgningen på hændelsen.

Tværsektorielle utilsigtede hændelser omfatter ofte medicineringsfejl. F.eks. ved indlæggelse, hvor gammel medicinliste tages i brug.

Behovet for at drøfte det borgernære og sammenhængende sundhedsvæsen udspringer også af, at Regeringen, KL og Danske Regioner, som en del af økonomiaftalerne for 2016, indgik aftale om at igangsætte et udvalgsarbejde, som skal komme med forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. PS! håber i den forbindelse, at disse anbefalinger kan medvirke til at kvalificere drøftelserne af, hvordan især det sammenhængende sundhedsvæsen kan styrkes.

På denne baggrund indkaldte PS! d. 17. maj til konsensumøde for at drøfte anbefalinger, der kan styrke det sammenhængende sundhedsvæsen.

Repræsentanter fra PS!'s bestyrelsesorganisationer var inviteret. Det samme var Patientsikkerhedsrådet og repræsentanter fra KORA samt udvalgte eksperter. På baggrund af oplæg fra en række stærke kræfter med viden om sammenhæng og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, drøftelser på konsensumødet samt erfaringer fra PS! projekter er nedenstående anbefalinger formuleret. Anbefalingerne er efterfølgende tiltrådt af bestyrelsen for PS! på møde den 8. juni 2017. I bilag 1 er metode og proces beskrevet, samt vedlagt alle oplæg fra dagen.

**Anbefalingerne grupperer sig i 5 overordnede mål:**

1. Patientsikkerhed øverst: Vær ambitiøs – og understøt såvel processer som strukturer!
2. Borgere og patienter er en del af løsningen
3. Fokusér på overgangene og på medicinen
4. Kompetenceudvikling til tiden!
5. Brug teknologien – med omtanke

Nedenfor følger en beskrivelse af de fem overordnede mål med tilhørende del-anbefalinger og en række eksempler på, hvordan der arbejdes med at løse problemstillinger på tværs.

## 1. Patientsikkerhed først: Vær ambitiøs – og understøt såvel processer som strukturer!

---

Visionen om et sammenhængende, trygt og sikkert sundhedsvæsen indfries, når alle sundhedsvæsenets aktører på alle niveauer, fra frontlinje til ledelse, dagligt arbejder og samarbejder for et patientsikkert sundhedsvæsen.

Et overordnet perspektiv for et sundhedsvæsen må og skal være, at forløb er sikre for patienterne på tværs af sektorer. Patientsikkerhed er øverst på dagsordenen.

Det nationale kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet har fokus på en række indikatorer, som har betydning for patientsikkerheden i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, f.eks. genindlæggelser. De nationale myndigheder har samtidig i stigende omfang fokus på at skabe et planlægningsmæssigt grundlag for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det bliver stadig mere tydeligt, at de personer, der er i størst risiko for fejl i form af fx kommunikationsbrist, medicinfejl, forsinket diagnostik mv., samtidig er borgere, der har andre udfordringer end de rent helbredsrelevante. Multisygdom bliver i stigende grad "den nye normal", og systemet skal indrettes, så der ikke skabes nye overgange med deraf følgende patientsikkerhedsproblemer.

På konsensusmødet blev drøftet, at sundhedsydelser skal ses i sammenhæng med ydelser i f.eks. det sociale system og på arbejdsmarkedsområdet, hvis udbyttet af behandling og indsats skal være optimal, hvis ressourcerne skal udnyttes optimalt, og hvis patientsikkerhedsproblemer skal forebygges.

### Der bør

- være høje ambitioner for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og patientsikkerhed bør være i højsædet.
- fra de nationale myndigheder skabes strukturelle og processuelle rammer for patientsikker sammenhæng i forløb på tværs af sektorer og på tværs af lovgivningsområder, og fokus bør være at samtænke dette i den fremtidige planlægning, så udfordringen med nye overgange ved fx multisygdom imødegås.
- iværksættes forpligtende ledelsesmæssigt samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer.

**Eksempel:** Region Midtjylland har sammen med Nord- og Syddjurs Kommune og almen praksis udviklet et projekt omkring Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) som tager sit afsæt i Triple Aim metoden. Projektet har givet personalet i hjemmeplejen, den praktiserende læge, og hospitalet et fælles sprog og en forståelse af borgerens tilstand, og har derved bidraget til en forbedret kommunikation i det tværsektorielle samarbejde. Borgerne har ved TOBS projektet også oplevet større tryghed ved, at sundhedspersonalet foretager målinger af de vitale værdier.

**Eksempel:** Broen til Bedre Sundhed skal være med til at skabe mere sundhed og mindre ulighed på Lolland og Falster. Over de næste 20 år skal Broen til Bedre Sundhed være med til at sikre at borgerne på Lolland og Falster får en levetid, der som minimum matcher det nationale gennemsnit. Broen til Bedre Sundhed arbejder med seks indsatsområder, der hver har egne mål, indsatser og en bred vifte af projekter og aktiviteter. Ved at bygge bro på tværs af både sektorskel, faglige grænser og politikområder, kan der skabes dialog og overblik, og i fællesskab kan de samlede ressourcer udnyttes bedre. Der tages udgangspunkt i sundhed, men der arbejdes i et holistisk perspektiv. Der tænkes så vidt muligt både sociale og økonomiske forhold (triple aim) ind i en række fælles løsninger og nye initiativer, og data-drevne forbedringsmetoder anvendes som udgangspunkt for arbejdet.



## 2. Borgere og patienter er en del af løsningen

---

Selvom sundhedsprofessionelle og beslutningstagere i sundhedsvæsenet anstrenger sig for at skabe forbedringer for patienterne, har de ofte et perspektiv som adskiller sig fra patientens perspektiv. Det fremgik også ved konsensusmødet om det nære sundhedsvæsen. En patientrepræsentant var på forhånd blevet bedt om at kommentere de forskellige ideer og diskussioner, som opstod i løbet af mødet.

Mødedeltagerne fremhævede projekter, indsatser og ideer, de så som oplagte forbedringer, f.eks. kortere indlæggelsestid, men i flere tilfælde gjorde patientrepræsentanten opmærksom på, at hun som patient havde et andet perspektiv. F.eks. så hun ikke nødvendigvis kortere indlæggelsestid som en forbedring. Der kan nemt være situationer hvor man som patient foretrækker fortsat indlæggelse, påpegede hun.

Alle mødedeltagere var positive over for patient- og borgerperspektivering, men en udfordring på dagen - og i sundhedsvæsenet – er, at patientens/borgerens synsvinkel - i visse sammenhænge adskiller sig fra den synsvinkel, de sundhedsprofessionelle har. Patienter/borgere har fokus på effekt og oplevelse. For dem handler det om, hvordan de bliver mødt som mennesker.

Det er væsentligt, at billedet ændres, så patient/borger ses og inddrages som en del af løsningen, ikke en del af problemet.

### Der bør

- tages udgangspunkt i, at borgeres og patienters perspektiv er en ligeværdig del af beslutningsgrundlaget i udredning, behandling og rehabilitering. Kun på den måde sikres mod over- og underbehandling – begge dele der har stor betydning for patientsikkerheden. Der kan samtidig opnås den bedst mulige compliance i forløbet.
- være fokus på, at patientsikkerheden kan optimeres ved at adgangen til data er "real time" for såvel sundhedspersonalet som for patienten/borgeren. Der bør arbejdes på, at data er tilgængelige umiddelbart, så patient/borger har mulighed for straks at følge op.

**Eksempel fra Konsensusmødet:** En patientrepræsentant var inviteret til Konsensusmødet og var blevet bedt om at kommentere de forskellige ideer og diskussioner, som opstod i løbet af mødet.

Patientrepræsentanten fortalte en historie om sit liv som patient.

Her skitserede hun, hvordan hun som patient mistede orienteringen, placeret midt i et virvar af sundhedsprofessionelle. Selvom hun kunne mærke de sundhedsprofessionelles gode viljer og bedste hensigter, var relationen langt fra optimal – set fra hendes synspunkt. Hun var en genstand – ikke et led i behandlingskæden. Det er væsentligt, at billedet ændres, så patient/borger ses og inddrages som en del af løsningen, ikke en del af problemet.

Eksemplet var endnu en understregning af, at patienter og sundhedsprofessionelle fortsat ofte taler to forskellige sprog. Hvis det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal udvikles på en måde, der giver mening for patienter/borgere skal deres stemme være med fra starten.

Det kræver grundige overvejelser om, hvordan borgerperspektivet rent faktisk kan få lige stå stor vægt som de sundhedsprofessionelles.

Borgerne har brug for det, man kan kalde strukturel tryghed. Strukturel tryghed er den form for tryghed, som de grundlæggende systemer og arbejdsmetoder sikrer. Så trygheden ikke kun sikres af den enkelte sundhedsprofessionelle.

I et trygt sundhedsvæsen er trygheden primært baseret på en personcentret tilgang og på sikre systemer og strukturer. I et trygt og personcentreret sundhedsvæsen tager sundhedsvæsenet ansvar for at invitere til dialog og samarbejde. For at få viden om borgere og patienters præferencer og situation og for at sikre, at patienter og borgere forstår deres muligheder og behandlingens eventuelle risici.

#### **Der bør**

- sikres inddragelse, dialog og samarbejde som en integreret del af det personcentrede patientsikkerhedsbegreb. Inddragelse af patienters, borgeres og pårørendes viden kvalificerer valg af behandlingsmetoder, medvirker til at forhindre fejl og til at forbedre systemerne. En kort indlæggelse må ikke blive målet i sig selv.
- indtænkes patienter og borgere i forbedringsarbejdet på tværs af sektorer, så patienters og borgeres perspektiv er med til at styrke, at processer bliver sikre og sammenhængende.

### 3. Fokusér på overgangene og på medicinen

---

Overgange mellem sektorer er en væsentlig anledning til, at der kan opstå fejl og skader for borgere og patienter. Igennem de seneste år er den del af behandlinger, der foregår på sygehuse reduceret væsentligt i tid. På konsensusmødet var der fokus på, at såvel struktur som processer og systematik i samarbejdet skal understøtte patientsikre overgange for borgere og patienter.

På konsensusmødet blev der nævnt et eksempel på, at aftaler om processer ikke kan stå alene, men skal understøttes af struktur og incitament. Forløbsprogrammerne for kronisk sygdom blev brugt som eksempel. Disse blev betegnet som "svævende huse", fordi aftalerne om processer ikke understøttes tilstrækkeligt af strukturer. Samtidig blev det fremhævet, at der er mange aktører med betydning for borgernes/patienternes forløb, herunder f.eks. apoteker og privatpraktiserende terapeuter, og at disse skal medtænkes i løsninger.

**Eksempel:** I projektet Sikker Sammenhæng har deltagerne fulgt i patienternes fodspor i udskrivelser fra hospital til rehabiliteringscentre i kommunen. Fodsporene viste, at både udskrivelsen fra hospitalet og modtagelsen på et rehabiliteringscenter kan medføre stor utryghed hos patienterne/borgere. Personalet har ofte fokus på de administrative opgaver ifm en udskrivelse af en patient og modtagelsen af en ny borger og glemmer at have fokus på patientens/borgernes behov. Der opstår en risiko for patientsikkerheden i disse situationer, fordi relevant og vigtig viden ikke bliver delt mellem patienten/borgeren og de sundhedsprofessionelle og på tværs.

Det blev flere gange nævnt, at en udfordring for det sammenhængende sundhedsvæsen er sektoropdelingen og den styreform, der opretholder sektorerne. Både den økonomiske og ledelsesmæssige struktur er med til at vanskeliggøre et godt og patientsikkert samarbejde på tværs af sektorer.

#### Der bør

- afprøves styreformer, hvor ledelsesansvaret er fælles på tværs af sektorer og hvor økonomiske incitamentsstrukturer skiftes ud med incitamentsstrukturer med fokus på kvalitet og patientsikkerhed i patient/borgerforløb. Arbejdet med struktur og planer for fordelingen af opgaver imellem sektorerne skal understøtte arbejdet med at skabe fælles processer på tværs af sundhedsvæsenet. Standardiserede processer kan fungere som ledelsesværktøj til at sikre høj patientsikkerhed.
- være fokus på inddragelse af andre aktører, herunder overvejes udveksling af medicinoplysninger mellem aktører, herunder apoteker.

I det nuværende sundhedsvæsen præges samarbejdet af silo- og kassetænkning, hvilket kan medføre at patienter/borgere oplever et fragmenteret forløb, hvor patientsikkerheden er i fare.

Patientrepræsentanten til konsensusmødet gjorde opmærksom på, at det er vigtigt at man som borger/patient er en del af forløbet – ikke genstanden for forløbet.

Silo- og kassetænkning er ikke medvirkende til et patientsikkert og sammenhængende sundhedsvæsen. Der ligger en væsentlig nøgle i at finde den fælles kapacitet på tværs af sektorer, og en fælles systematik er væsentlig.

### **Der skal**

- iværksættes og afprøves modeller med fælles kapacitetsstyring på tværs af sektorer, herunder afprøvning af tværsektorielle kapacitetskonferencer, sådan som det er afprøvet i Sikkert Patientflow og Sikker Sammenhæng.

#### *Fælles ansvar for patient- og borgerforløb*

Kommunikation er en vigtig del af et godt tværsektorielt samarbejde og her opleves store udfordringer med ensartet og relevant kommunikation, hvilket medfører en risiko for patientsikkerheden, f.eks. i form af genindlæggelser og fejlmedicinering.

### **Der skal**

- være fælles rammer for tværsektoriel kommunikation – med udgangspunkt i lokale afprøvninger. Der skal ske en standardisering af de oplysninger, vi deler mellem sektorerne.

Der er forskellige processer på tværs af kommuner, sygehuse og praksissektoren. En praktiserende læge kan f.eks. have berøring med 5-6 forskellige kommuner og skal forholde sig til 5-6 forskellige sæt regler og processer. En sådan forskel på regler og processer medfører en stor risiko for, at kommunikation går tabt mellem de sundhedsprofessionelle, hvilket indebærer en stor patientsikkerhedsmæssig risiko.

Både sundhedsprofessionelle og patienter oplever stor risiko for fejl, når behandlingsansvar flyttes fra en læge til en anden.

### **Der bør**

- ses på konkrete løsninger, såsom fælles ansvar for patienterne/borgerne igennem deres forløb, således at såvel sekundær som primær sektor indgår i relevant behandling. Der bør afprøves tiltag, f.eks. i forhold til multisygdom, hvor ledelsesansvaret deles – eller er fælles
  - på tværs af sektorer, og hvor økonomiske incitamentsstrukturer skiftes ud med incitamentsstrukturer med fokus på kvalitet og patientsikkerhed i patient/borgerforløb.

#### *Stafetmodel for FMK*

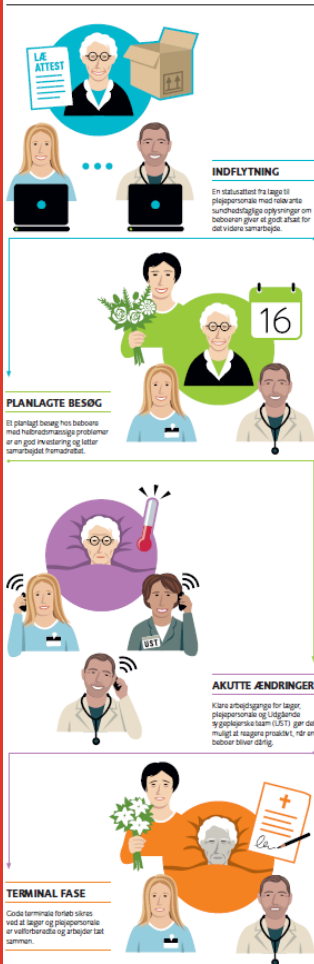
Det fælles medicinkort (FMK) har til formål at skabe overblik over patienternes/borgernes medicin, men der er store udfordringer med standardiseret brug af FMK, hvilket medfører en risiko for fejl og skader for patienterne.

### **Der bør**

- skabes klarhed over ansvar for patientens/borgerens medicin. En overvejelse er at indføre en stafetmodel i det FællesMedicinKort, så der er klarhed over det samlede ansvar for afstemning af medicin.

**Eksempel: Almen praksis og plejecentre i Frederiksberg Kommune er gået sammen for at udvikle en fælles samarbejdsmodel.**

### SAMARBEJDSMODEL



### SAMARBEJDSMODEL



- Praktiserende læger
- Plejepersonale på plejecentre
- Frederiksberg Kommune

#### VÆRDIER FOR SAMARBEJDET

- Vi ønsker at forbedre den sundhedsfaglige indsats for beboere i plejebolig.
- Vi arbejder efter en klar model for samarbejde mellem praktiserende læger og plejepersonale.
- En samarbejdsmodel, der bygger på vores forskellige fagligheder, vil styrke det sundhedsfaglige tilbud.
- Vi vil øge opmærksomheden på relevante, planlagte besøg hos beboere i plejebolig.
- Vi vil øge opmærksomheden på god kommunikation.
- Vi anerkender hinandens organisatoriske 'virkeligheder' og de udfordringer, som det medfører.
- Vores samarbejde bygger på aftalte rammer og procedurer, der afspejler gensidig tillid og dialog.
- Tilbagemeldinger om succeser eller udfordringer i samarbejdet er afgørende for et positivt resultat.
- Vi arbejder bevidst og struktureret med at evaluere, justere og udvikle samarbejdet.

Samarbejdsmodellen er udviklet af praktiserende læger og plejepersonale. Modellen er juni 2019 godkendt af Anita Mink, praktiserende læge og formand for PLO-Frederiksberg samt Torben Laurén, Sundheds- og Omsorgschef Frederiksberg Kommune.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Projektleder Susanne Mikkelsen  
mail: sum02@frederiksberg.dk • Mobil: 2898 5438

Praktiserende læge Anita Mink  
mail: mink@dadinet.dk • Mobil: 2464 5662

Samordningsleder Henrik Tafdrup  
mail: heta01@frederiksberg.dk • Mobil: 2898 5422

## 4. Kompetenceudvikling til tiden!

---

Kompetencerne i sundhedsvæsenet skal løbende tilpasses opgaverne. På konsensusmødet blev det bl.a. fremhævet, at kompetencerne på tværs af sundhedsvæsenet skal imødekomme udviklingen omkring borgere med multisygdom, den teknologiske udvikling og at der i stigende grad kan ses en sammenhæng mellem socialområdet og sundhedsområdet.

Et særligt fokusområde er desuden udviklingen i Psykiatrien på tværs af sektorer samt på sociale bo-steder, hvor sundhedsfaglige kompetencer nogle steder ikke er tilstrækkeligt tilstede.

En fælles løftestang kunne være det forhold, at World Health Organization (WHO) har udnævnt bekæmpelse af medicinfejl som et særligt fokusområde for deres arbejde i det, der kaldes WHO's 3rd. Global Patient Safety Challenge: Medication without harm, hvor der søges tilslutning fra nationale sundhedssystemer, der vil være med til at nedbringe antallet af fejl og skader ved medicinering ved at designe en national indsats.

Det blev fremhævet, at der er behov for fælles kompetenceudvikling, viden og relationer på tværs af sektorer, da det gang på gang viser sig, at viden om "hinandens systemer" dels er præget af forestillinger og dels fordomme. Det kan medføre en risiko for fejl og skader, når vi ikke kender til hinandens systemer.

### Der bør

- være fokus på at understøtte det nationale kvalitetsprogram tværsektorielt. På tværs af organisationer skal der opbygges en forbedringskultur og forbedringskompetencer, så der på tværs af enheder og sektorer kan implementeres løsninger og udvikles et fælles sprog. I den sammenhæng er det væsentligt, at de sundhedsprofessionelle har kompetencer til at sikre at borgere/patienter er en del af teamet i forbedringsarbejdet.
- etableres et særskilt kollaborativ (læringsnetværk) på medicinområdet på tværs af sektorer, da medicinområdet udgør et særligt sårbart og vigtigt område.
- for at sikre rette kompetencer til rette opgaver udvikles fælles tværsektoriel undervisning.
- være særligt fokus på udvikling af kompetencer på medicinområdet for personer med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, hvor der er behov for at øge patientsikkerheden særligt for denne gruppe borgere.

I projektet Sikker Sammenhæng har det vist sig, at undervisning i f.eks. ernæring og obstipation i henholdsvis kommunen og på hospitalet bygger på forskellige anbefalinger. Tværsektoriel undervisning skal tage udgangspunkt i fælles nationale vejledninger. I Sikker Sammenhæng er der nu ved at blive skabt fælles tværsektoriel undervisning, hvor specialister fra hospitalet står for undervisning til personale fra både hospital og kommune i f.eks. tidlig opsporing

Et andet område, der kræver bevågenhed i forhold til kompetenceudvikling er digitaliseringen, der muliggør bl.a. mere monitorering og behandling i hjemmet. Der skal være fokus på en udvikling af kompetencerne hos såvel medarbejdere som hos patienter/borgere, for at ibrugtagelsen af nye værktøjer bliver så sikker som mulig.

#### **Der bør**

- være et særligt fokus på udvikling af kompetencer, der kan understøtte den digitale udvikling i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, herunder i relation til behandling i hjemmet. Her er der behov for fokus på kompetenceudvikling hos både patienter/borgere og sundhedsprofessionelle.

*Kompetencer på tværs: Brug og udvikling af rådgivning, af relationer og kompetencer til forbedringer på tværs*

Det er ikke behov for, at alle sundhedsprofessionelle er eksperter i alle sygdomme/behandlingsformer for at sikre patientsikre forløb. Men der er behov for, at specialistkompetencer benyttes på tværs af sektorer.

Regionernes opgave som rådgiver for kommunerne kan med fordel udvikles, så specialiserede kompetencer anvendes på tværs af sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være lungesygeplejersker på sygehusene, der samarbejder med og vejleder plejepersonale i kommunerne. Der er i mange regioner erfaringer med udkørende palliative teams, og erfaringer fra disse teams kan afprøves inden for andre specialer. Et andet eksempel på brug af kompetencer på tværs af sektorer kunne være en regional rådgivningsforpligtigelse ift. medicin.

Kompetenceudvikling behøver ikke kun at bestå af undervisning, men kan også være brug af forskellige redskaber til at øge kendskab til hinandens verdner. Der findes en række metoder og værktøjer, som er velafprøvede, og som fælles giver mening på tværs af sektorerne, hvor faglighed og patientsikkerhed er i fokus. Det drejer sig f.eks. om at gå "I patientens fodspor" og lære af hinanden på tværs af sektorerne.

#### **Der bør**

- anvendes metoder og værktøjer, som fælles giver mening på tværs af sektorerne og som kan give værdifuld viden om indretningen af processer, strukturer og kultur, herunder fx "i patientens fodspor" og læring fra tværsektorielle utilsigtede hændelser.

**Eksempel:** I projektet Sikker Sammenhæng har deltagerne gået i patientens fodspor på tværs af sektorer. Personale fra hospitalet har sammen med personale fra rehabiliteringscentre fulgt patienter i udskrivelsen fra hospitalet til rehabiliteringscenter. Det at deltagerne har gået forsporet sammen, har i høj grad styrket kendskabet til virkeligheden på tværs af sektorer og har skabt en større forståelse for de tværsektorielle udfordringer. Erfaringerne fra fodsporene er delt med de andre deltagere på de månedlige læringstræf, og her har kollegers fortællinger gjort stort indtryk på alle.

## 5. Brug teknologien – med omtanke

---

Automatisering og understøttende teknologi har et stort potentiale i at understøtte patientsikkerhed.

Mulighederne for teknologisk at understøtte at behandling, træning, kontroller mv. kan i stigende grad finde sted i hjemmet. Desuden kan behandlingen dermed også i højere grad individualiseres. Arbejdet med udviklingen af det nære sundhedsvæsen og samarbejdet mellem sektorer koncentrerer sig pt. i et vist omfang om samarbejdet mellem institutioner og aktører, men der er – også fra et patientsikkerhedsperspektiv – grund til at have fokus på, at megen aktivitet, der nu foregår i sundhedssektoren, vil kunne finde sted i hjemmet i fremtiden.

På konsensusmødet blev det fremhævet, at hjemmebehandling bør inddeles i (minimum) tre områder, som skal ansues forskelligt og med hver deres logik:

- Monitorering og understøttelse af sundhed.
- Behandling i hjemmet.
- Rehabilitering/træning i hjemmet.

Det blev fremhævet, at det er væsentligt, at der sker en stratificering af, hvilke patienter/borgere, der kan have glæde af hvilke tilbud om "hjemmebehandling". Visse behandlinger vil udfordre patientsikkerheden, hvis der ikke samtidig er indtænkt og taget højde for, at kendskabet til borgeren og borgerens øvrige situation er væsentlig. Der var hos deltagerne desuden opmærksomhed på, at bare fordi man vil kunne flytte en behandling hjem, vil det ikke i alle tilfælde være hensigtsmæssigt.

### Der bør

- ske en langt større og mere kvalificeret stratificering af, hvilke borgere/patienter, der har glæde af hvilke typer behandling i hjemmet, bl.a. med inddragelse af borgernes egen viden.
- afprøves modeller, der kan afdække patient/borgerrettede potentialer og risici samt de økonomiske konsekvenser (business cases), inden udbredelse.
- rettes særlig opmærksomhed mod rapportering af utilsigtede hændelser i forbindelse med hjemmebehandling og karakteren af disse, så der også i den sammenhæng kan ske understøttelse af optimale processer.

### *Anvendelse af systemer og data på tværs*

Digital understøttelse af forløb og anvendelse af data i sundhedsvæsenet er essentiel på tværs i sikring af patientsikkerheden, hvilket der overordnet og konkret var en høj grad af enighed om på konsensusmødet. Imidlertid var der også en væsentlig opmærksomhed på, at mere elektronisk udveksling af data i sig selv ikke giver sikkerhed i forløbet.

### Der bør

- arbejdes langt mere målrettet og systematisk med kvaliteten af den elektroniske kommunikation og et højere grad af kendskab til, hvad der er behov for i de enkelte situationer og hos de enkelte aktører. Der var en række eksempler på, at kommunikationen ofte ikke er rettidig eller formidler de relevante informationer, og dermed fører til risiko for fejlbehandling.

Flere deltagere i konsensusmødet nævnte udfordringer med brug af mange forskellige kommunikationssystemer på tværs af landet.



#### *Lovgivning og samarbejde, der understøtter relevant deling af data*

En anden udfordring er den nuværende lovgivning, der begrænser deling af information på tværs af sektorer. I den forbindelse var der opmærksomhed på forskellen mellem de sundhedsprofessionelles og patienternes ønske til deling af data. De sundhedsprofessionelle ser deling af data som grundlag for en god behandling, hvorimod patienter udtrykte bekymring for, at deres data benyttes uden, at de inddrages.

Der er enighed om, at udviklingen af PRO-data, der kan fortælle om effekt af behandlingen, er et vigtigt næste skridt i udviklingen af sammenhæng og effektiv behandling, der samtidig har integreret patientens/borgerens oplevelser.

Det blev fremhævet, at udviklingen af samarbejdet mellem sektorer og aktører på det somatiske område har været relativt intensiv. Det tilsvarende har ikke i samme omfang været tilfældet på det psykiatriske område.

#### **Der bør.**

- i en eventuel ændring af lovgivning derfor tages højde for at der på samme tid er en udpræget mulighed for at dele data, samtidig med at patienter/borgere er ejere af data, og at data kun kan deles, hvis de inddrages.
- ske en acceleration af udviklingen af PRO-data, da disse kan danne udgangspunkt for tilrettelæggelse af det for patienter/borgere bedste, mest pålidelige og effektive forløb.
- være en særlig opmærksomhed rettet mod, at den elektroniske kommunikation til og med socialpsykiatri, misbrugscentre og sociale bo-steder udvides og udvikles.

## Litteraturliste

1. Højgaard, B., Kjellberg, J., Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen. KORA. 2017.
2. Styrelsen for Patientsikkerhed. Dansk Patientsikkerhedsdatabase – Årsberetning 2016. 2017.
3. Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. 2016
4. Steen Andersen, A. Else Smith "Gentænk sundhedsvæsenet". Kommunal Sundhed, d. 24. januar 2017.
5. Samarbejdsmodel mellem almen praksis og plejecentre i Frederiksberg Kommune.

# Bilag

## Bilag 1: Proces og metode samt slides fra konsensusmødet

---

### Proces og metode

Anbefalingerne er formuleret ud fra oplæg og drøftelser på konsensusmødet. På dagen var der brede drøftelser om, hvordan det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan styrkes. I anbefalingerne er primært taget udgangspunkt i et patientsikkerhedsperspektiv, og det er derfor ikke alle perspektiver og drøftelser, der er afspejlet.

Desuden er anbefalingerne koncentreret om patientsikkerhed og sammenhæng i sektorovergange.

Følgende oplæg blev præsenteret på konsensusmødet:

- *Når behandlingen flytter hjem – muligheder og risici*  
– Henning Boje Andersen, Professor, DTU.
- *Patientsikre overgange – set fra almen praksis*  
– Anita Mink, Praktiserende læge
- *Mere tryghed i hverdagen med KOL – tværfaglig og tværsektoriel telerehabilitering*  
– Charlotte Simoný, Post.doc, Sygeplejerske, cand.pæd., PhD, Næstved-, Ringsted- og Slagelse Sygehus.
- *Overgange i sundhedsvæsenet – Mellem sektorer og internt i kommunen*  
– Charlotte Dorph Lyng, Projektleder/Risikomanager, sygeplejerske, Lyngby- Taarbæk Kommune.
- *Sikker Sammenhæng*  
– Liv Skøtt, Projektleder, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- *Organisering og ledelse, der kan understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen*  
– Else Smith, Vicedirektør, Amager-Hvidovre Hospital.
- *Patientsikkerhed i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*  
– Inge Kristensen, Direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

## Bilag 2: Deltagerliste

Navn	Titel	Organisation
Allan Linde Høgh Poulsen	Medlem af YL's bestyrelse	Yngre Læger
Andreas Rudkjøbing	Formand	Lægeforeningen
Anita Mink	Praktiserende læge	
Bente Ourø Rørth	Hospitalsdirektør	Nordsjællands Hospital
Birgit Hartoft		Patientambassadør
Birthe Søndergaard	Sundhedsfaglig direktør	Apotekerforeningen
Charlotte Dorph Lyng	Projektleder / Risikomanager/Sygeplejerske	Lyngby-Taarbæk Kommune
Dorthe Rodian Arleth	Specialkonsulent	PLO
Else Smith	Vicedirektør	Amager-Hvidovre Hospital
Freddy Nielsen		Danske Handicaporganisationer
Frits Bredal	Kommunikationschef	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Helle Søgaard Frappart	Regionale Risikomanager, MPF, Sundhedsfaglig specialkonsulent	Region Hovedstaden
Henning B. Andersen	Professor	DTU
Henriette Lipczak	overlæge, chef for kvalitet & patientsikkerhed	Kræftens Bekæmpelse
Ida Rønne Antonsen	Kontorchef	Region Midtjylland
Inge Kristensen	Direktør	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Janne Due Sommerset	Konsulent	DSR
Jens Reventlov	Konsulent	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Karen Nørskov Toke	Sundhedschef, Københavns Kommune	Københavns Kommune
Lene Mandrup Thomsen	Fysioterapeut	Gigtforeningen
Liv Nørregaard Skøtt	Chefkonsulent	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Lone Jørgensen	chef for myndighedsafdelingen	Gentofte Kommune
Lotte Klim	Patientrepræsentant (opponent på dagen)	Diabetesforeningen, PIU (Patientinddragelsesudvalget)
Louise Thrane	Informationsfarmaceut	Dansk Lægemiddel Information/LIF
Magnus Falby	Konsulent	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Mette Bryde Lind	Direktør	Gigtforeningen
Dina Schrøder	Konsulent	DSR
Mikael Beck	Professor	KORA
Pia Kurstein Kjellberg	Chef for afdelingen for evaluering og innovation	KORA
Preben Cramon	Sundhedsfaglig chef	Region Sjælland
Rikke Verner Agergaard	Chefkonsulent	Apotekerforeningen
Steen Rank	Sundhedschef	Gladsaxe kommune
Charlotte Paaske Simoný	Post.doc Sygeplejerske, cand.pæd., PhD	Næstved, Ringsted og Slagelse Sygehuse

**PS!**  
**PS!**