

**Tilstede:**

Vibeke Deding, Aalborg Sygehus (Formand)  
Lise Søndergaard, Aalborg Sygehus  
Anne Marie Holm, Rebild Kommune  
Finn Bernhard, Vesthimmerland Kommune  
Inge Tengnagel, Brønderslev Kommune  
Inge Marie Grønborg, Jammerbugt Kommune (suppleant)  
Troels Borup Andersen, Aalborg Kommune (suppleant)  
Marianne Siersbæk, praksiskoordinator (deltog i punkt 1 og 2)  
Lone Nørgaard, AMA (deltog i punkt 1 og 2)  
Ann Vejlin Jensen, Aalborg Sygehus (referent)

**Afbud:**

Carsten Kaalbye, Mariagerfjord Kommune  
Ole Friis Junge, PLO  
Linda Greffel, Ortopædkirurgien  
Lise Stadil, Anæsthesien

**Referat af kontaktudvalgsmøde på Aalborg Sygehus – mandag den  
7. juni 2010 kl. 14:00 – 16:00****Dagsorden:****1. Gensidig orientering:**

Der fandt en gensidig orientering sted, bl.a.:

- Inge Tengnagel orienterede om, at Brønderslev Kommune har et godt samarbejde med Sygehus Vendsyssel om fremskudt visitation.
- Finn Bernhard deltager i en regional arbejdsgruppe om de kommende FAM. Et emne der er oplagt at tage op på næste møde i Kontaktudvalget.
- Vibeke Deding orienterede om, at cheflæge Tove Nielsson fratræder med udgangen af juni. Ny cheflæge Morten Nøreng tiltræder 1. juli 2010.
- Aalborg Sygehus er i gang med at implementere standarderne i Den Danske Kvalitets Model og der er eksternt survey i uge 47. Standarder vedrørende sektorovergange og medicin medsendes referatet til orientering.
- AAS deltager i nationalt projekt "Fælles skolebænk - kompetenceudvikling i relation til kroniske patienter".

**2. Audit – uhensigtsmæssige genindlæggelser, v/ praksiskoordinator  
Marianne Siersbæk og oversygeplejerske Lone Nørgaard.**

Marianne Siersbæk og Lone Nørgaard gennemgik resultat af audit på 16 patientforløb. Undersøgelsen kan bruges til at udpege nogle opmærksomhedspunkter, som kommuner, praksis og sygehus kan sætte øget fokus på fremover.

Internt notat blev uddelt på mødet. Der fandt en drøftelse sted.

Det blev aftalt, at kontaktudvalgets medlemmer drøfter problematikken vedr. genindlæggelser i egen organisation med inspiration fra audit projektet. Emnet tages op på næste møde i Kontaktudvalget, med fokus på hvordan vi på tværs af sektorer kan samarbejde om at reducere antallet af forebyggelige genindlæggelser.

Marianne Siersbæk, Ole Friis Junge og Lone Nørgaard blev takket for det grundige analysearbejde der er udført.

**Strategi & Udvikling**

Hobrovej 42A  
Postboks 365  
9100 Aalborg

Tlf.: 99 32 11 11  
Fax: 99 32 20 36  
[www.aalborgsygehus.rm.dk](http://www.aalborgsygehus.rm.dk)

Udviklingskonsulent  
Ann Vejlin Jensen  
Direkte: 99 32 20 38  
[anvei@rn.dk](mailto:anvei@rn.dk)

Ref.: AVJ

Journalnummer  
10-0644 20100002

Dato: 21. maj 2010

**3. Forebyggelse og registrering af livsstilsfaktorer, v. Leder af Sund Info og sundhedskordinator Lise Søndergaard**

Lise Søndergaard orienterede om hvordan der arbejdes med systematisk screening og dokumentation i forhold til livsstilsfaktorer (KRAM) på Aalborg Sygehus. Der er udviklet et screenings skema, som er testet i to afdelinger. Med udgangs punkt i dette skema vil screening blive implementeret i alle afdelinger i efteråret 2010 som en del af standarderne i forhold til Den danske kvalitetsmodel.

Det blev drøftet hvordan praksis og kommuner kan inddrages i den opfølgende indsats, når patienterne forventelig gennem øget fokus har fået ønsker om livsstilsændring gennem forebyggelsestilbud. Der var enighed om, at det er meget væsentligt at sikre sammenhæng mellem den forebyggende indsats før, under indlæggelse og efter udskrivning. Plancher vedlægges referatet.

**4. Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser ved sektorovergange, v. kvalitetskoordinator Louise Weikop**

Louise Weikop fortalte om sygehusets erfaringer med registrering af utilsigtede hændelser og den interne læringsproces, der er forbundet hermed. Det tager lang tid at opbygge en kultur, hvor personalet indberetter de utilsigtede hændelser. Plancher vedlægges referatet.

Finn Bernhard foreslog at punktet drøftes igen på næste kontaktudvalgsmøde, med henblik på at sikre en sammenhæng i indsatsen.

**5. Eventuelt**

Næste møde i Kontaktudvalget er mandag den 1. november 2010 kl. 14:00-16:00.

Forslag til emner til næste møde:

- a. FAM.
- b. Opfølgning på handlemuligheder vedr. genindlæggelser.
- c. Arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser ved sektorovergange.
- d. Fyraftensmøder i 2011.

## NOTAT – Uhensigtsmæssige genindlæggelser

- Kontaktudvalget på Aalborg Sygehus, d. 7. juni 2010

### Baggrund

Kontaktudvalget for Aalborg Sygehus har siden februar 2009 haft fokus på uhensigtsmæssige genindlæggelser på det medicinske område.

En arbejdsgruppe har udarbejdet og afprøvet et spørgeskema og en interviewguide, med henblik på at vurdere om metoden er velegnet til at belyse årsager til genindlæggelser. Der er gennemført en journalaudit på 16 patientforløb. Hensigten har været at få mere viden om, hvordan antallet af genindlæggelser evt. kan reduceres fremadrettet.

### Definition af genindlæggelser

Genindlæggelser defineres som akutte indlæggelser, der finder sted inden for 30 dage efter udskrivning fra samme sygehus.

*Uhensigtsmæssige* genindlæggelser defineres som genindlæggelser der eventuelt kan undgås, hvis der ageres anderledes i forløbet. Enten ved en anden indsats fra den praktiserende læge, fra kommunen eller i sygehusregi.

### En fokuseret indsats i primær- og sekundærsektoren

Ud af de 16 genindlagte patienter skønnede vi, at der var tale om 6 patienter, som var uhensigtsmæssigt genindlagt. Det beskedne datagrundlag gør det ikke muligt at drage entydige konklusioner om årsager til genindlæggelser, men vi mener dog, at vi med fordel vil kunne give de patienter, hvor der er tale om uhensigtsmæssige genindlæggelser en særlig opmærksomhed fremadrettet.

Denne opmærksomhed kunne eksempelvis være, at give disse patienter en mere systematisk refleksion over dels hvad der er årsag til genindlæggelsen og dels hvad der kan være med til at forebygge yderligere genindlæggelser fremover. Det vil primært være den modtagende afdeling der har mulighed for at opfange dette, da størstedelen indlægges via vagtlæge og 112. Derfor anbefales fremadrettede initiativer i samarbejdet mellem den modtagende afdeling, patientens egen læge og kommunen til afklaring af hvilke tiltag der kan være med til at forebygge yderligere indlæggelser. Det gælder især de patienter, der har mange hyppige indlæggelser indenfor en relativt kort periode – uanset hvilken diagnose der er tale om.

Ud af de 6 patientforløb, hvor der er tale om en uhensigtsmæssig genindlæggelse, vurderede vi om genindlæggelsen var foranlediget af sociale og/eller somatiske årsager. Her var vurderingen: 2 patienter var genindlagt som følge af somatiske årsager, 3 patienter af sociale årsager og 1 patient var en kombination. De psykosociale årsager var bl.a. til stede hos kroniske patienter, der blev indlagt på grund af angst samt ældre borgere, der har behov for øget omsorg fra hjemmeplejen eller egen læge i en periode. Det kræver en fokuseret indsats både under og efter en indlæggelse og et godt samarbejde på tværs af sektorerne, hvis antallet af forebyggelige genindlæggelser skal reduceres.

# KONTAKTUDVALGSMØDE 7. JUNI 2010

Lise Søndergaard, leder af Sund Info, sygeplejerske, MPH



AALBORG SYGGEHUS  
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL

## PRIK – HVORFOR TALE LIVSSTIL OG FOREBYGGELSE MED SYGEHUSPATIENTER?

- Forkerte vaner hvad angår kost, rygning, alkohol og motion er ansvarlige for 40% af al sygdom og tidlig død i Danmark.
- Det er meget tydeligt, at livsstil påvirker helbredet i betydeligt omfang, og indsatsen i forhold til livsstilsvaner skal inddrages i patientbehandlingen på sygehuset.

# PRIK - BAGGRUND

- Region Nordjylland har indgået et samarbejde med Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, med Pilot-implemtering af PRIK projektet.
- Pilottesten gennemføres i 2 afsnit på Aalborg Sygehus og 2 afsnit i Psykiatrien (januar til juni 2010)
- Projektet understøtter akkrediteringsstandarder på forebyggelsesområdet i Den Danske Kvalitetsmodel (2.16.2, 2.163)
- Spørgsmål i PRIK er fastsat af Sundhedsstyrelsen \*)
- Projektet evalueres i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

\*) Procesrapport for Sundhedsstyrelsens projekt PRIK. Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen. 2009

# PRIK - PILOTPROJEKT

## FORMÅL

- At foretage en konkret afprøvning og evaluering af
  - implementering af screening for fem livsstilsrelaterede risikofaktorer
  - registrering af screening for livsstilsrelaterede risikofaktorer,
  - registrering af forebyggelses-samtaler og
  - registrering af forebyggelses-interventioner.
- Evalueringen skal vise om Sundhedsstyrelsen vil anbefale alle sygehuse at implementere PRIK.

## PRIK - INDHOLD

- Screenings-redskab målrettet patienter på risikofaktorerne
  - underernæring
  - overvægt
  - fysisk inaktivitet
  - rygning
  - alkohol
- På baggrund af screeningen skal det vurderes om patienten skal tilbydes:
  - forebyggelsessamtale
  - forebyggelsesintervention
- Registrering i patientjournalen (PAS / AS400)



Label med patientoplysninger

Screening: Dato: \_\_\_\_\_ Initialer: \_\_\_\_\_

A: Undersøgning	Ja	Diagnosekode	Nej
A1) Er patientens BMI under 20,5?		DZ038F	
A2) Har patienten haft et vægttab de sidste tre måneder?		Blot et ja på spørgsmålene A1-A4 udløser koden.	
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?			
A4) Er patienten svært syg? (stress-metabol, grad 3: Større apopleksier, sepsis, intensivpatienter med APACHE-score > 10, knoglesmarvstransplantationer, komastrømmer, > 50% forvædning, svar alvor pancreatitis)			
B: Overvægt			
B1) Er patientens BMI over 25?	Ja	D1669	Nej
B2) Er patientens taljemål over 80 cm (kvinde) eller 94 cm (mand)?		Blot et ja på spørgsmålene B1-B2 udløser koden.	
C: Fysisk inaktivitet			
C1) Er patienten fysisk aktiv mindre end 1/2 time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)	Ja	DZ773	Nej
D: Rygning			
D1) Ryger patienten dagligt?	Ja	D1669	Nej
E: Alkoholforsbrug			
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (Genstandsgrænser: 14 genstande om ugen for kvinder, og 21 for mænd)	Ja	DZ70E DZ71A	Nej

Registrering foretaget: \_\_\_\_\_

Kommentarer vedr. screening: \_\_\_\_\_

### Forebyggelsessamtaler

Label med patientoplysninger ved ny kontakt

Er patienten tilbudt en forebyggelsessamtale:

— Ja (sæt x) Kommentarer: \_\_\_\_\_

— Nej (sæt x) Kommentarer: \_\_\_\_\_

Forebyggelsessamtale	Dato	Fra kl.	Til kl.	Init.	Proc.kode	Reg.førtaget
- vedr. rygning					BQFS01	
- vedr. alkohol					BQFS02	
- vedr. ernæring					BQFS03	
- vedr. fysisk aktivitet					BQFS04	
Integreret forebyg. samtale vedr. kombineret risikoford					BQFS19	

# JOURNAL AUDIT - SKEMA

**AUDIT – Systematisk forebyggelse til patienter. Dato:** \_\_\_\_\_ **Initialer:** \_\_\_\_\_ **Skema nr.** \_\_\_\_\_  
 Screeningen skal være gennemført indenfor 48 timer ved indlæggelse (i pilottest) eller ved første ambulante besøg.  
 Følgende oplysninger vedrørende forebyggelsessamtale og –intervention i forbindelse med journaloptag bør fremgå af journal/IPS  
 (indenfor 24 timer efter modtagelser jf. standard 2.7.1)

Pt ID: _____	Er følgende områder beskrevet i journalen:		Hvis ja, kan oplysningerne bruges som besvarelse på PPRK skemaet?		Hvis ja, så anfør besvarelsenerne		Kommentarer
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
<b>SCREENING</b>							
<b>A: Underernæring</b>							
A1) Er patientens BMI under 20,5?							
A2) Har patienten haft et vægttab de sidste tre måneder?							
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?							
A4) Er patienten svært syg (stress-metabol, grad 3: Større apopleksier, sepsis, intensivpatienter med APACHE-score > 10, knoglemarvstransplantationer, kranietraumer, > 50% forbrænding, svær akut pancreatitis)							
<b>B: Overvægt</b>							
B1) Er patientens BMI over 25?							
B2) Er patientens tallemål over 80 cm (kvinde) eller 94 cm (mand)?							
<b>C: Fysisk inaktivitet</b>							
C1) Er patienten fysisk aktiv mindre end ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)							
<b>D: Rygning</b>							
D1) Ryger patienten dagligt?							
<b>E: Alkoholforbrug</b>							
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrenser? (Genstandsgrenser: 14 genstande om ugen for kvinder, og 21 for mænd)							

# RESULTAT AF JOURNAL AUDIT

**Table 1** – Kvalitet af journaloplysninger ved baseline, 6 måneders follow-up samt bortfald ved follow up.

Audit udført på 20 journaler. (Aalborg Sygehus 2010)

	Baseline (nov 2009) n=20 (100%)	Follow-up 3 måneder* n=20 (%)	Follow-up 3 måneder n=20 (%)
Undervægt			
- Screenet (ja)	9 (45)	11 (55)	
- Brugbare oplysninger	2 (10)	10 (50)	
Overvægt			
- Screenet (ja)	8 (40)	10 (50)	
- Brugbare oplysninger	1 (5)	10 (50)	
Fysisk inaktivitet			
- Screenet (ja)	1 (5)	10 (50)	
- Brugbare oplysninger	0 (0)	10 (50)	
Ryger			
- Screenet (ja)	15 (75)	15 (75)	
- Brugbare oplysninger	14 (70)	15 (75)	
Alkohol			
- Screenet (ja)	13 (65)	15 (75)	
- Brugbare oplysninger	9 (45)	15 (75)	

\*) Ud af 20 journaler fandtes der ikke PRIK skema i 9 journaler – angivende årsager der var angivet: indlagt i døgn, kendt patient genindlæggelser

# PATIENTER MED SUNDHEDSMÆSSIG RISIKO

**Tablet 2 – Andel af patienter med screeningskode ved baseline, 3 måneders follow-up samt 6 måneders follow up (Aalborg Sygehus 2010)**

	Baseline (nov 2009) n (%)	Follow-up 3 måneder n (%)	Follow-up 3 måneder n (%)
Undervægt			
- BMI < 20.5 (ja)	0 (0)	1 (5)	
Overvægt			
- BMI > 25 (ja)	1 (5)	3 (15)	
Fysisk inaktivitet			
- Mindre end ½ time dagl. (ja)	. (*)	3 (30)	
Ryger (ja)	3 (15)	6 (30)	
- Alkohol (over sst anbefaling)	1 (5)	0 (0)	

\*) . =missing

# FREMTID

## :AKKREDITERINGS STANDARDERNE 2.16.2-3

### KRAM- registrerings ark: Sundhedsmæssig risikovurdering og intervention (2.16.2-2.16.3)

Label med patientoplysninger

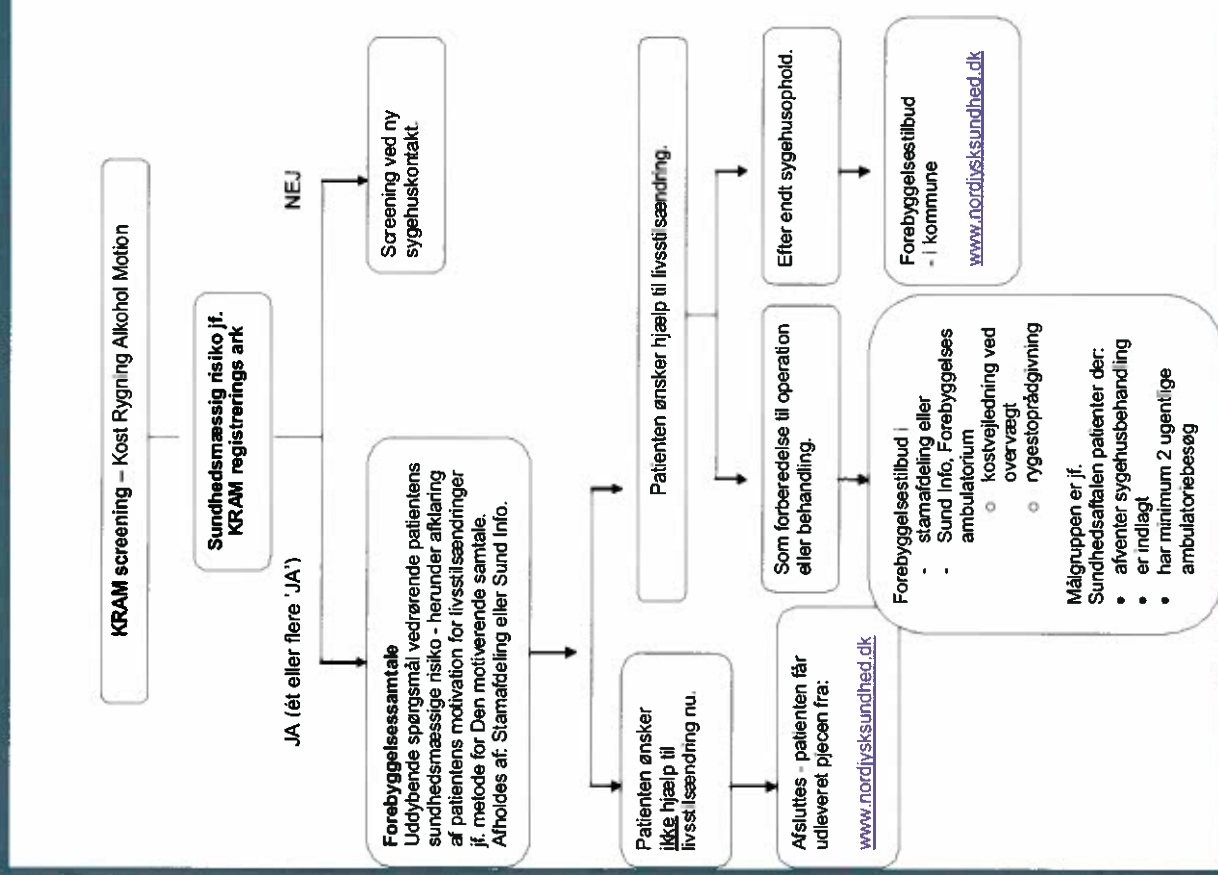
Vejledning – se bagside	Screening		Intervention		1. Udliveret materiale (sæt kryds hvis udlev.) 2. Interventionstilbud (sæt kryds når anvist/ henvist)
	Dato:	Initialer:	(skriv dato og initialer nedenfor)		
<b>KOST</b> <b>A:</b> Underernæring	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Bi-diagnose</b> Ja til min. ét spørgsmål Kodes: DZ038F		
A1) Er patientens BMI under 20,5?					1. Maden er den bedste medicin Nordjyssundhed: _____ Andet: _____
A2) Har patienten haft vægttab de sidste tre måneder?			BMI: _____ Tabt: _____ kg	1. Patienten ønsker ikke forebyggelses-samtale _____	2. Kommune _____ / Sygehus _____
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?					
<b>B:</b> Overvægt	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	Ja til min. ét spørgsmål Kodes: DE669		
B1) Er patientens BMI over 25?					1. Kostvejledning, Sund Info Nordjyssundhed _____ Andet: _____
B2) Er patientens taljemål over: 80 cm (kvinde) / 94 cm (mand)?			BMI: _____ Tajlemål: _____ cm	1. Patienten ønsker ikke forebyggelses-samtale _____	2. Kommune _____ / Sygehus _____
<b>RYGNING</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>			
Ryger patienten dagligt?					1. Rygning & operation Rygestopvejledning, Sund Info: Nordjyssundhed: _____ Andet: _____
Forbrug beregnes som: 1 cigaret = 1 gram, 1 cerut = 3 gram, 1 cigar = 4 gram og 1 pipestop = 3 gram			Ja, kodes: DZ720E Gram/dag: _____	1. Patienten ønsker ikke forebyggelses-samtale _____	2. Kommune _____ / Sygehus _____
<b>ALKOHOL</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>			
Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrenser?			Ja, kodes: DZ721A Genstande/dag: _____ Genstande/uge: _____	1. Patienten ønsker ikke forebyggelses-samtale _____	1. Alkohol & operation Nordjyssundhed: _____ Andet: _____
Genstandsgrenser: Genstande pr uge: Kvinder 14/ mænd 21 Dog maks. 5 genstande i døgnet. Gravide frarådes helt indtage se af alkohol.					2. Kommune _____
<b>MOTION – Fysisk inaktivitet</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>			
Er patientens aktivitetsniveau < 30 min./ dag, med høj puls? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)			Ja, kodes: DZ723 Tekst: _____	1. Patienten ønsker ikke forebyggelses-samtale _____	1. Motion, Sund Info: Nordjyssundhed: _____ Andet: _____
<b>Afsluttet uden forebyggelsesbehov</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>KRAM-screening afsluttes ved ingen bi-diagnose</b>	<b>Ved min. ét ja i KRAM-screeningen udfyldes interventionsfeltet</b>	2. Kommune _____ / Sygehus _____

# SAMARBEJDE OG ARBEJDSDELING

## Samarbejde i ft forebyggelses tilbud

- Forebyggelse som forberedelse til operation og behandling
- Forebyggelse som opfølgning på sygehusbehandling

# ARBEJDSDELING - FLOW



---

# Erfaringer med patientsikkerhedsarbejdet på Aalborg Sygehus

Kvalitetskoordinator Louise Weikop

REGION NORDJYLLAND  
AALBORG SYGEHUS · ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL





---

## Hvad er en utilsigtet hændelse?

Skadevoldende begivenhed der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom.

Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.

(Sundhedsloven §198, stk 3 )

# Kliniske eksempler

Skadevoldende utilsigtede  
hændelser

Ikke  
skadevoldende  
hændelser

Good catch

## Komplikationer

Patient, der angiver at kunne tale  
penicillin for penicillin og går i  
allergisk chok

## Fejl

Patient, der ikke kan tale  
penicillin for penicillin.

Det medfører et  
allergisk chok

Det medfører dog  
ingen reaktion

Patient, der ikke kan  
tale penicillin for  
opbækket penicillin,  
men i sidste øjeblik  
opdager  
sygeplejerske fejlen

---

## Omfanget af UTH i Danmark

Flere undersøgelser i forskellige vestlige lande kommer til samme konklusion:

- Fejl opstår i 9% af alle indlæggelser
- Estimeret til at betyde 5000 dødsfald i DK årligt på grund af fejl

- altså: Vigtigt indsatsområde

---

## Kan fejl undgås? Holdningen til menneskelige fejl

Individorienteret tilgang

- Personalet har frit valg mellem sikre og usikre procedurer
- Fejl nedbringes ved sanktioner og læring
- Det antages, at den samme person ikke gentager fejlen.

Systemorienteret tilgang

- Det er menneskeligt at fejle
- Den menneskelige natur kan ikke ændres
- Den organisation, vi arbejder i, skal tage højde for menneskelige fejl og beskytte mod skader

---

## Organiseringen af patientsikkerhedsarbejdet på AAS

- ALT personale kan rapportere om ALT, sagerne sendes til relevant afdeling af regional initial modtager
- PS-nøglepersoner i alle afsnit behandler hændelser (scorer i 1, 2, 3). Kerneårsagsanalyse af alvorlige hændelser.
- Sagen færdigbehandles og sendes til SST i anonymiseret form
- Fælles handleplan for patientsikkerhed beskriver hvordan hændelser skal behandles

---

## Udviklingen i rapporterede hændelser

2007: 355

2008: 512

2009: 703

- jo flere, jo bedre...!

---

## Proaktive tiltag

- Patientsikkerhedsrunder
- FMEA-analyser
- Analyse af 16 temaer i forbindelse med DDKM.

---

## Det helt centrale...

# Vigtigst – og sværest – er kulturændringen

- Fokus på system
- Fortæl historier
- Lederne skal gå forrest
- Det tager tid....