

Dagsorden**Patientsikkerhed i sektorovergange****Mødetid:** Tirsdag den 28. maj 2024 kl. 13-15**Mødested:** Regionshospitalet Gødstrup, F048, Staben**Deltagere:**

- Aniette Weibrecht, Struer Kommune
- Anette Sønderby, Praksisområdet
- Janett Bech Valeur, Herning Kommune
- Monica K Larsen, Ikast-Brande Kommune
- Dorthe Mundbjerg, RPG
- Ditte Kirk Ibsen, RHG
- Pia Hingebjerg, Holstebro Kommune
- Margrethe Siig, Ringkøbing-Skjern Kommune

Afbud

- Gunna Andersen, RHG
- Lisbeth Frølund Davis, RPG
- Mathias Leed, Ringkøbing-Skjern Kommune
- Nanna Thordal Johannesen, Lemvig Kommune



Dato: 22-05-2023

Ditte Kirk Ibsen

Mail: ditibs@rm.dk

Mobil: +45 9117 6859

1. Velkommen og godkendelse af dagsorden

Side 1/7

2. Cases

Gruppens deltagere fremlægger på skift cases mhp. fælles refleksion og læring på tværs.

a) UTH om behandlingsansvar for patient med bækkenfraktur og dyb infektion/ Ditte og Margrethe

Yngre mand som har udviklet lipom og efterfølgende dyb infektion på baggrund af en bækkenfraktur måneder forinden.

UTH'en kommer fra den kommunale sygeplejerske, som oplever udfordringer omkring at komme i kontakt med hospitalerne samt herunder komme igennem med bekymring for patientens tilstand.

Til orientering og refleksion

Referat

Margrethe og Ditte fortalte kort om analysesemødet samt de fundne læringspunkter.

Der var en kort drøftelse af de udfordringer, der kan være omkring facilitering af et analysesemøde, når man mødes på tværs af flere enheder og sektorer, og på tværs af faggrupper.

Der blev også reflekteret over hvad og hvorfor vi kalder analysesemøderne noget forskelligt: Kerneårsagsanalyse, læringsmøde, tværgående analyse/hændelsesanalyse. Grundlæggende er tilgangen nogenlunde ens på tværs af enhederne, uanset hvad vi kalder analysesemøderne. Det handler om læring, uden placering af skyld og skam. Pragmatisk tilgang.

b) UTH mellem Regionspsykiatrien - Viborg og Silkeborg, Skive Kommune, Almen praksis og Apoteket/ Anette

Temaer og sikkerhedsbrist i forbindelse med:

- 1. Medicinudtrækning parallelt med dosisdispensering*
- 2. Pakning af dosisdispenseret medicin på apotek*
- 3. Sidedosering ved hjemmeplejen*

Læringspunkter: Deltagerne slår fast, at det er vigtigt at være eksplicitte og at der er en tydelig kommunikation mellem behandlingspsykiatrien, egen læge, hjemmeplejen og patienten ved medicinlægnings. Det er ofte komplekst med mange aktører og flere steder det potentielt kan gå galt.

Vil gerne fortælle om de konkrete forslag, så andre evt. kan blive inspireret. Til orientering og refleksion

Uddybning af læringspunkter (sendt efter mødet)

Deltagerne slår fast, at det er vigtigt at være eksplicitte og at der er en tydelig kommunikation mellem behandlingspsykiatrien, egen læge, hjemmeplejen og patienten ved medicinlægnings. Det er ofte komplekst med mange aktører og flere steder det potentielt kan gå galt.

Der foreslås derfor følgende forebyggende tiltag:

- at der i den orienterende epikrise til egen læge efter første indledende samtale i behandlerteamet præciseres, hvilken medicin det psykiatriske team har ansvaret for*
- at afsluttende epikrise fra psykiatrien til egen læge gøres gul for at gøre opmærksom på, at lægehuset overtager medicinansvaret*
- at der sendes korrespondancebrev til hjemmeplejen for at præcisere hvilken medicin psykiatrien har ansvar for*
- at der sendes korrespondancebrev til hjemmeplejen, når der laves medicinændringer kombineret med dosispakket medicin for at bestille en sygeplejerske til at tjekke medicinen*
- at patienten instrueres i at tælle antallet af piller*
- at psykiatriens læger undervises i dosisdispensering og hvordan de kan se ændringer i FMK*

Endvidere anbefales det, at man inden en medicinændring vurderer kompleksitetsgraden sammenholdt med, hvor hurtigt ændringen skal slå igennem og anvender en af tre nedenstående muligheder ved medicinlægning (faldende kompleksitet):

- 1) Seponer/sæt i bero alt dosispakket medicin og bestil hjemmesygeplejerske til at dosere medicinen*
 - a) Vil kræve en opringning eller korrespondancebrev til egen læge afhængig af hvor hurtigt det skal gå*
 - b) at det er afklaret med patienten, idet der kan være en økonomisk faktor*

- 2) Dosispakning fortsætter delvist, og der suppleres med sidedosering. Dette vil ud over dialog med patienten kræve korrespondance med
- hjemmesygeplejen
 - egen læge
 - apoteket
- 3) Medicinændringen sker via dosisdispenseringen
- Der tages hensyn til hvornår ny rulle starter og ændringen følger denne dato

Referat

Teknisk er det svært at sikre korrekt opdatering af dosisdispensering. Der er fokus på det mange steder både i Praksis, i Kommunerne og på Hospitalerne. Praksis har flere steder sygeplejersker, som er gode til at sikre arbejdsgangene. Der er behov for struktur i arbejdsgangene. PLO har desuden lavet en vejledning.

Den regional retningslinje omkring dosisdispensering præciserer arbejdsgangene omkring indlæggelse- og udskrivelse. Der efterspørges en strategi for implementering af retningslinjerne.

Der skal desuden opmærksomhed på, at automatisk receptfornyelse altid går til egen læge, også selvom egen læge ikke styrer medicinen.

3. 72-timers behandlingsansvar/ Ditte og Aniette

I RHG oplever vi et let stigende antal UTHer omkring 72-timers behandlingsansvar. Dette formentlig i takt med at flere og flere bliver bekendte med ordningen og dermed også ved, hvad man bør kunne forvente.

Eksempler på problemstillinger set i UTHer om 72-timers behandlingsansvar:

- Usikkerhed om hvorvidt en patient er omfattet f.eks. borger som udskrives til MTO, hvor der står: "Har ikke 72-timers behandlingsansvar fra sygehusets side."
- Manglende notering af 72-timers ansvar i udskrivningsrapport: "Kommunen mangler også udvidet behandlingsansvar, da pt er ved at gå i delir."
- Enkelte steder manglende implementering af 72-timers behandlingsansvar: "(...) sengeafsnittet mener ikke at de har behandlingsansvar for borgeren længere og at de ikke har 72 timers behandling på deres afdeling."
- Pårørende som anvender 72-timers behandlingsansvar til kontakt.
- Neurologisk patient som udvikler urosepsis kort efter udskrivelse og afvises, idet patientens hovedproblem ikke længere er neurologisk.

I Struer Kommune har de lavet en opgørelse over, hvor mange af udskrivningsrapporterne der indeholder korrekt notat om 72-timers behandlingsansvar. Aniette fortæller om deres fund.

Til drøftelse

Referat

*Kommunerne er glade for 72-timers behandlingsansvar.
Fint at få UTH'erne ind mhp. læring. Det har helt sikkert kortlagt nogle udfordringer og misforståelser rundt omkring.*

4. Mangelfulde udskrivelser/ Janett og Ditte

Rehabiliteringen i Herning har oplevet gentagne udfordringer omkring udskrivelser, herunder mangler ift. medicin, plan for sårbehandling, udskrivningsrapporter mv.

Der er på den baggrund afholdt et møde mellem Rehabiliteringen og Medicinsk afdeling. Der er endnu et møde i kalenderen. Medicinsk afdeling har lige afholdt to interne undervisningsdage omkring udskrivelser.

Janett deler case mhp. en dialog om, hvilke patientsikkerhedsmæssige udfordringer der kan være ifm. udskrivelse samt om der er noget mere generelt, som kan løftes. Evt. overvejelser kan bringes videre ind til gruppen for den gode indlæggelse- og udskrivelse.

Til drøftelse

Referat

Gruppen drøftede de forskellige udfordringer. Der er en fælles oplevelse af, at vi befinder os i en tid, hvor de udskrevne patienter bliver dårligere, og hvor udskrivelserne til Akutfunktioner og Rehabilitering med fordel kan betragtes som overflytninger snarere end udskrivelser. Det opleves, at flere borgere udskrives med sonde og nogle med behov for fast vagt. Det er vanskeligt at sikre de gode overgange for både hospitalerne og kommunerne.

Der er en generel undring over, hvorfor der i det aktuelle tilfælde ikke er anvendt virtuel udskrivningskonference. Dette kunne formentlig have forebygget mange af de tvivlsspørgsmål, der opstod efter udskrivelsen. Hvorfor bruger vi ikke de virtuelle udskrivningskonferencer mere? Kompetencer i IT og mødeledelse? Planlægning?

Axon og 72-timers behandlingsansvar har hjulpet i det konkrete tilfælde.

Muligere videre spor

Overvejelse ift. om problemerne som ses i UTH'erne skal formidles til Gruppen for den gode indlæggelse og udskrivelse.

- Ditte taler med Gunna herom.

5. Status på ny rapporteringspligt/ Ditte

Siden juli 2023 har rapporteringspligten været ensrettet på tværs af hele sundhedssektoren. Det betyder, at kun alvorlige/ dødelige hændelser eller hændelser med læringspotentiale skal rapporteres – men også, at f.eks. Kommuner skal rapportere på alle emner (mod tidligere fald og medicin).

Ditte viser data på udviklingen i UTH'er efter ændringen.

Kort drøftelse af hvordan vi oplever den nye rapporteringspligt i praksis

Referat

Der opleves ikke store forandringer hos kommuner og praksis efter ændret rapporteringspligt, og af data trukket på hospitalet ses heller ikke store stigninger i antallet af UTH'er fra kommuner og praksisområdet.

Kommunerne opfordrer til, at hospitalet begynder at anvende samlerapportering mhp. at nedbringe antallet af UTH'er (som i Gødstrup er højt).

På praksisområdet har risikomanagerne nu fået lov til at rykke for svar, i de tilfælde hvor praksislægerne ikke reagerer på UTH ved høj patientsikkerhedsrisiko.

6. Opfølgning på problemstilling omkring ordination af udtømning med kommunal hjælp/ Monica og Ditte

På seneste møde i dette forum blev problemstillingen vedr. administration af håndkøbspræparater til udtømning forud for koloskopi drøftet. I kommunalt regi har man svært ved at visitere hjælp til håndtering af præparater, som ikke er ordinerede i FMK.

På mødet blev det, på baggrund af en udmelding fra Styrelsen for Patientsikkerhed, fastlagt, at udtømningsmidlerne ikke skulle/ kunne lægges i FMK af Mave-Tarmkirurgien, idet ordination og plan allerede er beskrevet i et brev til patienten. Aftalen blev, at medicinen kunne lægges i FMK, hvis der kom opkald fra kommunen. Dette kun på anmodning

Siden mødet har Ikast-Brande Kommune dog stillet spørgsmål ved om denne udmelding holder vand, idet den ikke stemmer overens med vejledningen [Korrekt håndtering af medicin 3. udgave 2023.pdf \(stps.dk\)](#) samt hensynet til sikring af enstrengede systemer for medicin håndtering.

Ikast-Brande Kommune har derfor bedt Styrelsen forholde dem til problemstillingen igen.

Til orientering og evt. kort drøftelse

Referat

Der er ikke ro på problemstillingen – slet ikke. Der er flere eksempler på, at patienterne ikke er blevet udtømt og dermed aflyses.

Kommunerne oplever, at afdelingen ikke vil lægge det ind i FMK ved telefonisk opfordring. Det var ellers det aftalte.

Styrelsen for Patientsikkerhed er nødt til at komme med en klar udmelding. Monica har rykket dem. Vi afventer denne udmelding, før der gøres yderligere.

Det overvejes om der mon kommer en løsning med udvidet virksomhedsområde for sygeplejerskerne. Vi mangler endnu vejledningerne, som skal supplere lovgivningen, men det er ikke utænkeligt, at sygeplejersker fremadrettet vil kunne ordinere sådanne lægemidler i FMK.

Beslutning

- *Vi afventer STPS inden vi gør yderligere i problemstillingen. Mave-Tarmkirurgien kommer ikke til at ændre praksis, før STPS har meldt klart ud.*
- *Ditte spørger i netværk for risikomanere i regionen, hvad praksis på deres hospitaler er og om de kender til gode løsninger.*

7. Punkter fra Almen Praksis/ Anette

a. vagtlægeordningen

Vi har lige fået godkendt vores årsrapport af Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, som bl.a. består af medlemmer fra PLO-M og regionsrådet. Den er vedlagt som bilag, så I kan se, hvad der har rørt sig hos os i 2023.

b. Nyhedsbrev til almen praksis

Ca. hver anden måned formidler vi læring fra utilsigtede hændelser til almen praksis. I april er temaet "Dosispakket medicin". Nyhedsbrevet er vedlagt. Flere læger oplever det som besværligt og teknisk svært at registrere alt korrekt i FMK. Små fejl kan have stor betydning for patientsikkerheden ift. om patienten får sin medicin eller ej. I nyhedsbrevet viser vi nogle af de hyppigste utilsigtede hændelser, hvad andre sektorer arbejder med, guidelines og link til diverse undervisning samt kontaktoplysninger til datakonsulenterne. Målet er at vise at der er mange som samarbejder omkring dosispakket medicin for at få det til at lykkes. Derudover vises vores øvrige materialer, som kan bestilles.

c. Status udkast fælles kommissorium for Patientsikkerhedsklynger

Det var på dagsordenen som skriftlig orientering i Sundhedsstyregruppe d. 13/5. Næste step i processen er at udkast kommer på dagsordenen til kommentering i de fem Sundhedsklynger. Afhængig af andre

dagsordenspunkter, så bliver det forhåbentlig lige før eller efter sommerferien. Mere herom derefter.

Til orientering

Anette orienterede.

8. Evt.

Intet til eventuelt.

Næste møde

3. september 2024

Kommende punkter

- Fravalg af genoplivning
- Kommunikation i overgange, hvordan samarbejder vi omkring det.
- I det samlede patientoverblik kommer fravalg af genoplivning fra den kommunale del ikke med.
- Digital fravalg kommer i 2024, men det vil heller ikke være tilgængelig her
- Case, måske fra Lisbeth?
- Tilbage melding til rapportører/ risikomanagere (tidligere aftalt at tilbage meldingen sker til risikomanager og ikke til sagebehandler - Er det stadig dét vi mener?)
- Sonde og kontrolprocedurer? Opfølgning på Dittes henvendelse til Sundhedsstyrelsen.