



PATIENTSIKKERHED

Læringsartikler 3

fra Almen Praksis



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Indhold

n

Patientsikkerhed og dosispakket medicin	4
Patientsikkerhed og asynkron ordinations/opstartsdato	5
Patientsikkerhed og seponering af specialmedicin i FMK	6
Patientsikkerhed og marevan	7
Patientsikkerhed og opdatering i FMK	8
Patientsikkerhed og særlige aftaler omkring udlevering af medicin	9
Patientsikkerhed og forveksling af øjendråber	10
Patientsikkerhed og behandling med gigtmidler NSAID	11
UTH sagsbehandling	12
Patientsikkerhed og overset information i epikriser	13
Patientsikkerhed og overset cave	14
Patientsikkerhed og Cave i lægesystemer	15
Patientsikkerhed og oversete prøvesvar	16
Patientsikkerhed og sikker patientidentifikation	17
Patientsikkerhed og missed STEMI	18
Patientsikkerhed og MRSA	19
Overblik	20
Patientsikkerhed og rapporteringer fra patienter og pårørende	22
Patientsikkerhedskursus: Patientsikkerhed – det er lige mig!	23
UTH-TEAM	24

Forord

UTH-Teamet modtager alle utilsigtede hændelser vedrørende almen praksis. Teamet formidler læring fra de indrapporterede utilsigtede hændelser i læringsartikler via Nord-KAPs nyhedsmail. Alle udgivne artikler ligger tilgængeligt på Nord-KAPs hjemmeside under Patientsikkerhed og Utilsigtede Hændelser. Artiklerne tager afsæt i læring fra utilsigtede hændelser der rapporteres af almen praksis, praksis samarbejdspartnere, samt patienter og pårørende.

Formålet med artiklerne er at understøtte læring og den løbende kvalitetsudvikling på praksisområdet

Denne artikelsamling indeholder de læringsartikler teamet udsendte via Nord-KAPs nyhedsmail i 2016. Artikelsamlingen rundes af med en kort beskrivelse af UTH-teamet samt links til yderligere information om arbejdet med patientsikkerhed.

I år sendes artikelsamlingen ud til alle klinikker i almen praksis, da det er UTH teamets ønske, at samlingen er tilgængeligt for alle, der arbejder indenfor almenpraksis. Vi håber derved at artikelsamligen kan være grobund for diskussioner og læring i almen praksis til gavn for patientsikkerheden.

Almen praksis spiller en afgørende rolle i analysen og etableringen af læringsartiklerne. Der skal derfor lyde et stort TAK til almen praksis for hjælpen.

Vi håber at I som læsere vil finde artikelsamlingen inspirerende. Vi håber ligeledes, at den vil anspore til rapportering af endnu flere utilsigtede hændelser til gavn for patienter, pårørende og kollegaer.

Region Nordjyllands UTH-Team for praksisområdet

Karen, Peter, Claus, Anne Sofie og Mette

Patientsikkerhed og dosispakket medicin

Nedenstående case vedrører dosispakket medicin.

Casen vedrører etablering af dosisdispenseringsordination i FMK

Case

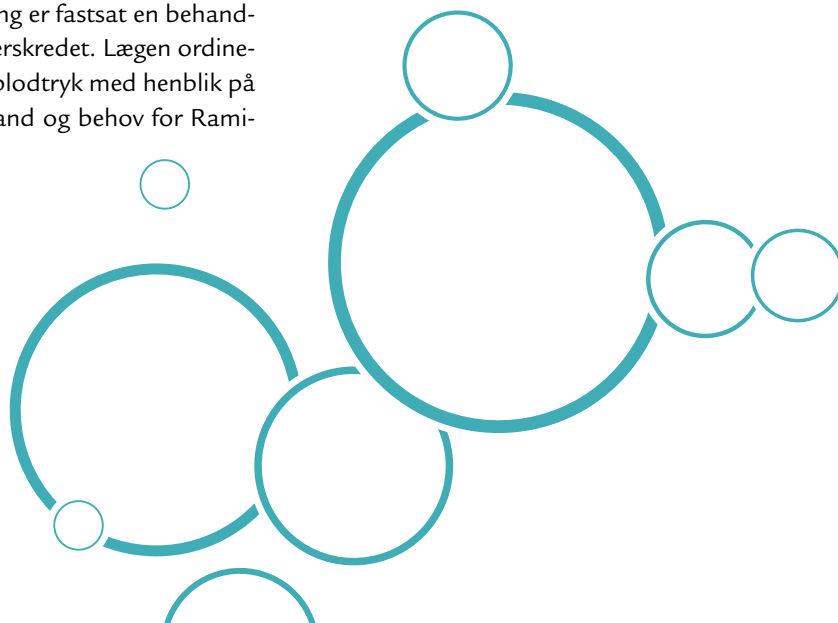
I kommunalt regi konstateres, at dosispakket medicin ikke stemmer med FMK. Ved gennemgang konstateres det, at Ramipril er seponeret på FMK, men stadig pakkes i dosisrullerne.

Analyse

Man kan se, der er sat behandlingsslutdato på FMK, formodentlig da recepten til det dosisdispenserede medicin er oprettet. Egen læge kontaktes for at få det sat på FMK igen eller bekræftet seponering. Egen læge siger denne ikke har seponeret Ramipril, og at ordinationen ikke kan ses på FMK. Det drøftes, hvorvidt ordinationen i FMK kan være "bortkommet", fordi der i forbindelse med patientens overgang til dosisdispensering er fastsat en behandlingsslutdato, som nu er overskredet. Lægen ordinerer efterfølgende måling af blodtryk med henblik på afklaring af patientens tilstand og behov for Ramipril.

Læring

Vær opmærksom på at man ved oprettelse af ordination af dosisdispenseret medicin skal notere receptens gyldighed i feltet "doseringslutdato" på ordinationen samt på recepten. Det anbefales, at man kun benytter feltet "behandlingsslutdato" i ordinationslinien, hvis ordinationen faktisk ønskes seponeret på en given dato.



Patientsikkerhed og asynkron ordinations/opstartsdato

Nedenstående case vedrører usikker doseringsangivelse i FMK.

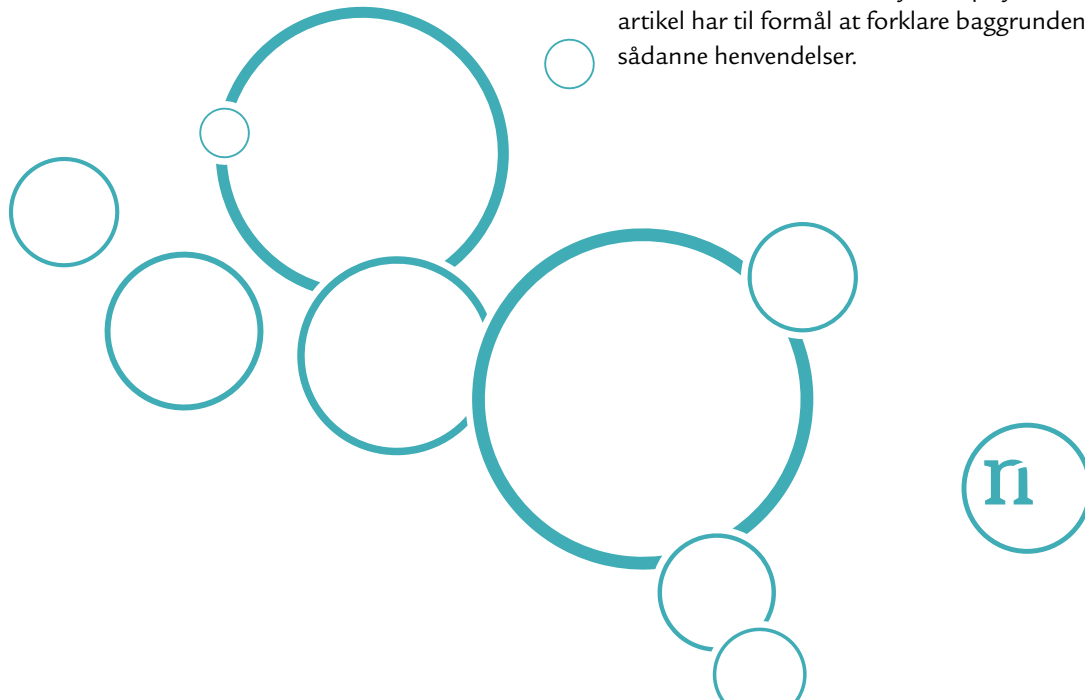
Case

Patienten har af egen læge fået ordineret øjendråber Kloramfenikol. Hjemmeplejen modtager medicinen den følgende eftermiddag. På æsken står der : Dryppes x 4 daglig i en uge. På FMK er ordinationen oprettet med slutdato 7 dage efter ordinationsdato. Kommunen sender korrespondance til egen læge, da man på plejehjemmet ikke kan ændre en ordinations slutdato. Problemet løses og patienten får sin ordinerede medicin i den fulde behandlingsperiode.

Læring

Der er oprettet en ordination med slutdato svarende til behandlingsperioden. Imidlertid kan det tage 1-2 dage inden administrationen påbegyndes af plejen og så "mangler" ordinationen i FMK de sidste 1-2 dage, fordi man er kommet sent i gang. Der er ikke nogen rigtig god løsning på dette problem. Alternativt kan lægen udskyde slutdatoen,- men så vil der kunne opstå situationer, hvor behandling forlænges unødigt.

Asynkron ordinations- og opstartsdag kan afstedkomme henvendelser fra hjemmeplejen. Denne artikel har til formål at forklare baggrunden for sådanne henvendelser.



Patientsikkerhed og seponering af specialmedicin i FMK

Følgende artikel vedrører et forløb, hvor egen læge ved en fejl seponerer specialmedicin til hæmodialyse som var ordineret og skulle administreres i sygehusambulatoriet.

Case

Under gennemgang af hvilken medicin, som der skulle gives under dagens hæmodialyse bemærkes det, at de to præparater er seponeret i FMK: Aranesp 20 mikrogram og Venofer 20mg/ml. Det er ikke muligt at se hvem der har lavet ændringen, men de to præparater skulle gives under dagens dialyse. Der var ingen lægenotater fra sygehuset om, at det skulle seponeres. Det eneste som kunne ses i medicinmodulet var at egen læge havde været inde og lave justeringer som den sidste. Bagvagt blev kontaktet for at rette fejlen, da der ikke kunne kvitteres for indgift af medicin før det igen var oprettet i FMK. Sådanne uhensigtsmæssige seponeringer opleves jævnligt i hæmodialysen - også selv om der på medicinen angives, at administrationsvejen er hæmodialyse. Hændelsen bliver rapporteret med henblik på at gøre opmærksom på problemet. Forløbet havde ingen konsekvens for patienten.

Læring

Sundhedsdatastyrelsen er ud fra denne type hændelser ved at se på, om man kan gøre det sværere at seponere ved bestemte præparater som for eksempel til dialysebehandling og AK-behandling.

Det er Sundhedsdatastyrelsen som står for driften af FMK og som stiller kravene til snitfladen på FMK. Når der er nye krav til de enkelte leverandører er der typisk en høringsfrist og en tidsfrist for, hvornår nye krav kan træde i kraft. Så det tager tid, inden nye tiltag kan træde i kraft og dermed i drift.

Indtil da er det vigtigt at være opmærksom på, hvilke lægemiddelordinationer, man seponerer. Hvis det ikke er en lægemiddelordination man selv har oprettet og man ikke kender præparatet, er det vigtigt at være ekstra opmærksom og søge information om behandling, inden man seponerer en ordination.

Patientsikkerhed og Marevan

Følgende læringsartikel vedrører Marevanbehandling, hvor behandling fortsætter udover planlagt behandlingsperiode

Case

En patient har haft DVT/lungeemboli (blodprop i lungen) og skulle have Marevan i 6 måneder. Dette er noteret på klinikkens INR-skema og på patientens orange INR-kort. På FMK er ikke anført slutdato. Klinikken fortsatte derfor Marevanbehandling i længere tid end planlagt, da slutdato blev overset. Rapportørens forslag til forebyggelse: Når Marevan oprettes på FMK, bør der påføres en slutdato, hvis Marevan skal gives tidsbegrænset. Dette kan også gøres, når sygehusafdelingen opretter Marevan på FMK

Læring

Sikre at alle parter er informeret om behandlingsvarighed. Dette kan med fordel gøres ved, at der på FMK anføres slutdato på ordinationen og tilføjes slutdato enten under 'dosering' eller under 'indikation' (for eksempel: efter skema indtil dato).

**Der blev i 2016 indrapporteret
25 hændelser som omhandlede
Marevan i Region Nordjylland
indenfor praksis området.**

Patientsikkerhed og opdatering i FMK

Følgende cases omhandler det fælles medicinkort som påviser vigtigheden af, at medicinkortet er opdateret forud for at patienter indlægges. Nedenstående cases bygger på et sådan forløb.

Case 1

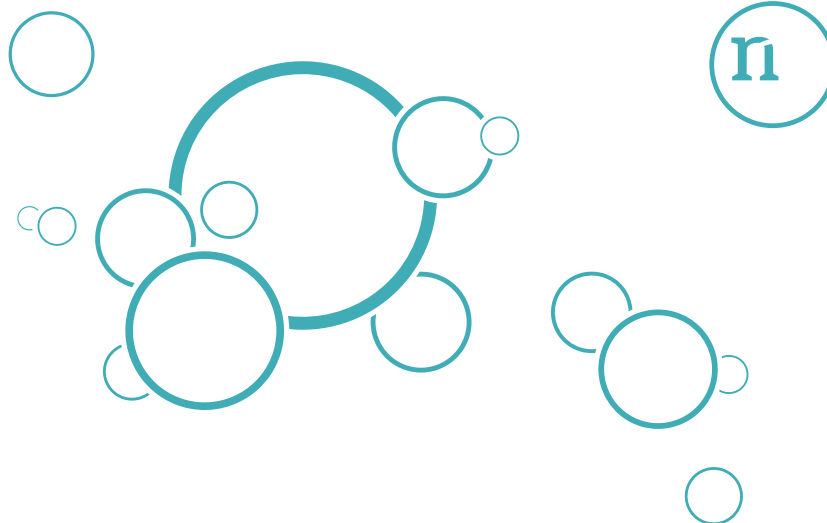
Hjemmepleje tilser patient, som oplyser at denne har været svimmel og har haft uro og kramper i benene de sidste par dage. BT og puls måles (Systolisk: 99-105 puls ca. 80). Patienten fik nogle uger forinden målt blodtryk hos egen læge. Blodtryk lå lidt lavt, og egen læge aftalte derfor med patienten at seponere behandling med betablokker. Medicinen blev ikke seponeret på FMK. Patienten blev efterfølgende indlagt i sygehusregi i anden forbindelse. Da medicinen ikke er seponeret på FMK, genoptager sygehuset derfor behandlingen med de seponerede præparater. Patienten fortsætter selv behandlingen efter udskrivelse som under indlæggelse. Situationen afklares da hjemmeplejen kontakter egen læge. Medicineringen bliver efterfølgende rettet til, og patienten blev herefter velbefindende.

Case2

På serveren optræder en gammel recept på blodtryksmiddel Losartan med doseringen 1 tablet daglig og en nyere recept med doseringen 2 tabletter daglig! I stedet for ændring af dosis er ordineret på ny med den nye dosis, således at patienten ifølge FMK skulle have i alt 3 styk, hvor maksimal dosis er 2 styk. Der skete ingen patientskade, da fejlen blev rettet forud for udlevering.

Læring

Husk at opdatere FMK ved medicinændringer. Fjern gerne de gamle ikke udleverede recepter med uaktuel dosis.



Patientsikkerhed og særlige aftaler omkring udlevering af medicin

Følgende cases omhandler forløb, hvor medicin udleveres direkte til patienten, selv om der er truffet særlig aftale om, at medicinen udleveres til anden part.

Case 1

Der er bestilt 100 styk tabletter af benzodiazepin type hos egen læge. Dette skulle sendes til hjemmeplejeregi fra apoteket. Der er aftalt, at patienten ikke selv skal administrere medicinen.

Apoteket oplyser, at det ikke fremgår på recepten, at det skal bringes ud til hjemmeplejen, og apoteket har derfor udleveret til patient.

Konsekvensen er, at patienten har mulighed for at tage mange tabletter i løbet af få dage og dermed komme til at mangle disse, før der kan udleveres igen. Der er i dette tilfælde ikke tale om farlig medicin, men der er dog mulighed for misbrug og øget afhængighed samt eventuel udvikling af abstinenser efterfølgende. I andre tilfælde ville kunne være tale om mere livstruende udfald afhængig af medicin type.

I rapporteringen foreslås følgende som forebyggelse: Vigtigt at både egen læge og apoteket er informeret om, hvordan medicinen må udleveres

Læring

Sikre at udleveringsaftaler er formidlet til alle parter. Herudover kunne for eksempel i doserings/indikations-feltet på FMK tilføjes ”må kun udleveres til hjemmepleje (eller anden aftalt part)”. På denne måde vil oplysningen være synlig for alle involverede parter inklusive patienten selv og alle apoteker.

Patientsikkerhed og forveksling af øjendråber

Nedenstående cases vedrører forveksling af øjendråber

Case 1

Brugte Skopolamin øjendråber i stedet Oxybuprocain. Patienten fik langvarig pupildilatation. Medfører udvidelse af pupillen i op til 5-7 dage. I samme periode nedsat syn og dårlig afstandsbedømmelse. Patienten er nu velbefindende igen.

Øjenbakken indeholder normalt kun den ene salgs øjendråber, men i forbindelse med bestilling af øjendråber er begge typer øjendråber placeret på bakken. Normalt opbevares Skopolamin på en bakke for sig.

Læring

Husk at være opmærksom på at, medicin i ens emballage let kan forveksles. Påfør eventuelt tydelig markering (for eksempel: Fluorescein med gul markering, Oxybuprocain med grøn markering, Skopolamin med rød markering).

Case 2

Patienten har fået fremmedlegeme i øjet i forbindelse ved brug af vinkelsliber. Egen læge vil dryppe med Oxybuprocain men giver i stedet Skopolamin øjendråber. Forvekslingen sker fordi de to flasker er umiddelbart helt ens.



Patientsikkerhed og behandling med gigtmidler NSAID

Følgende artikel påpeger vigtigheden af særlig opmærksomhed ved behandling med gigtmidler NSAID. Nedenstående case bygger på et sådan forløb.

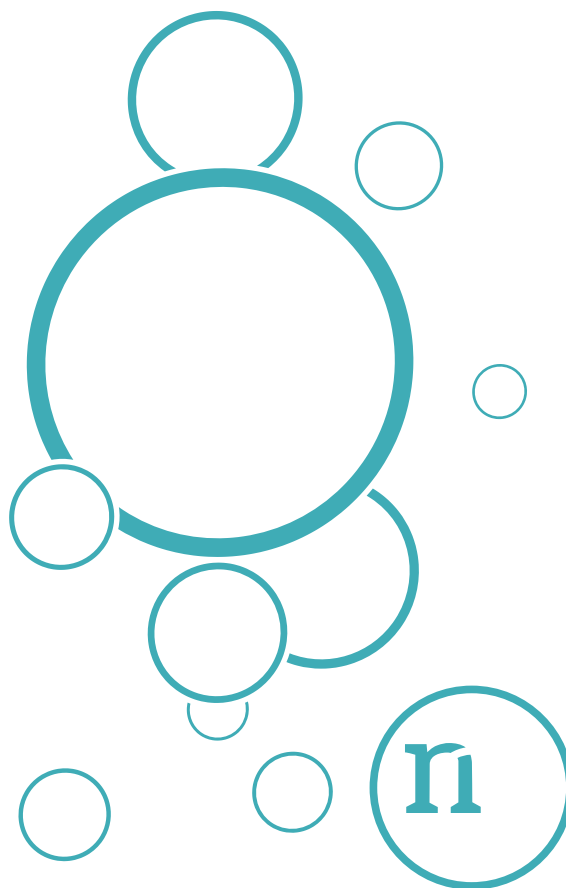
Case

Patient som tidligere har fået konstateret atrofisk gastrit. Siden i PPI behandling. Alkoholiker med dagligt alkohol forbrug. Grundet smerter fra bevægeapparatet opstartet behandling med Tradolan og Panodil uden større effekt. Der er relativ kontraindikation mod morfika grundet leverpåvirkning fra langvarigt alkoholforbrug.

Får derfor tillagt NSAID: Ibuprofen i maksimal dosis. Indlægges grundet blødende mavesår.

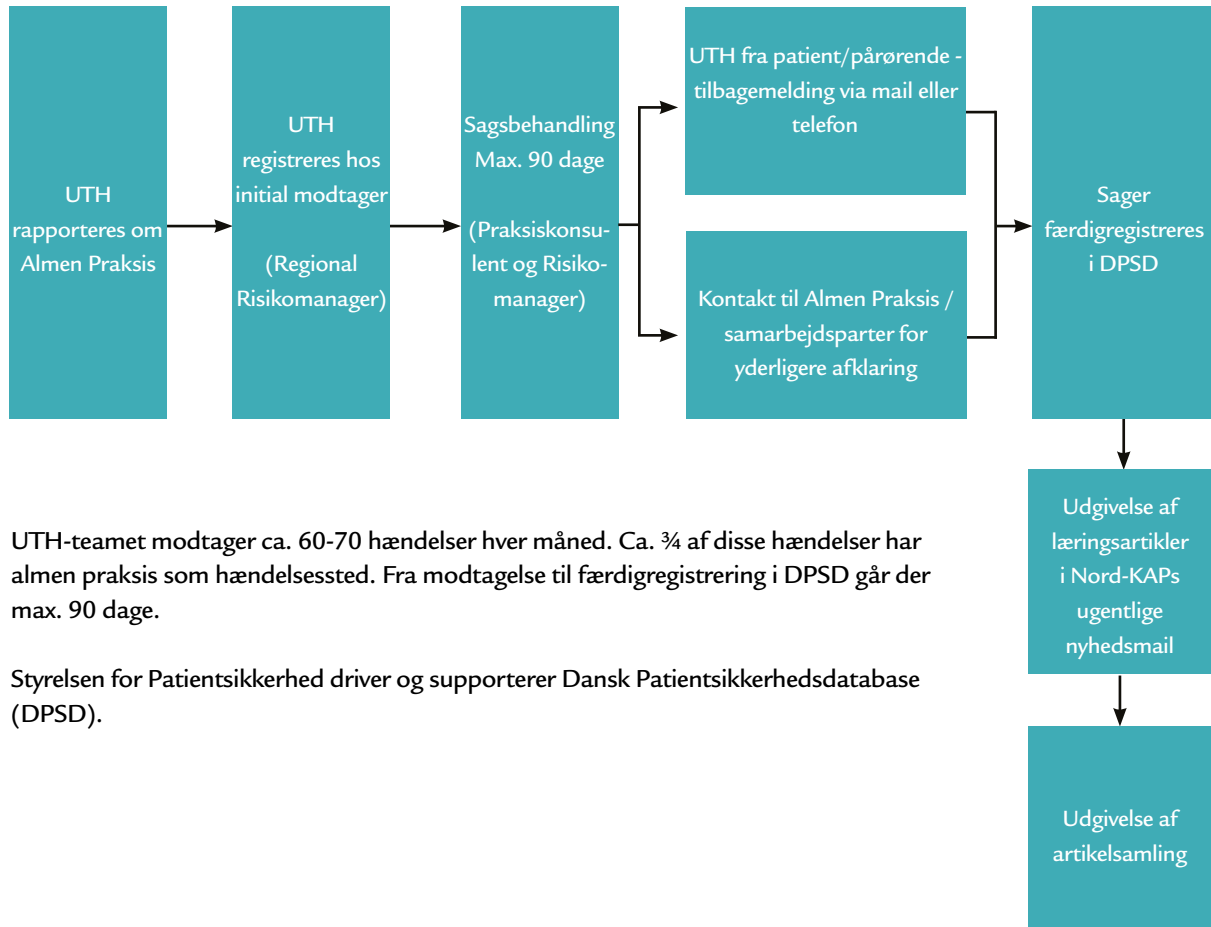
Læring

Skærpet opmærksomhed ved øget risiko for mavesår og blødning. Patient med alkoholisme kan have påvirkede blødningsfaktorer og øget tendens til gastrit. Overvej lille morfikadosis under overvågning af bevidsthedspåvirkning. Overvej højdosis syredæmpende (PPI) behandling. Ved sværere leverinsufficiens er der kontraindikation for både NSAID og morfin.



UTH sagsbehandling

Oversigt over sagsgang for indrapporterede UTH fra almen praksis.



UTH-teamet modtager ca. 60-70 hændelser hver måned. Ca. $\frac{3}{4}$ af disse hændelser har almen praksis som hændelsessted. Fra modtagelse til færdigregistrering i DPSD går der max. 90 dage.

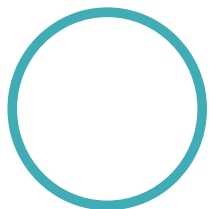
Styrelsen for Patientsikkerhed driver og supporterer Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Patientsikkerhed og overset information i epikriser

Denne artikel omhandler overset information i epikrise

Case

Patient skulle øges i antihypertensiv behandling. Egen læge skiftede derfor fra Corodil til Losartan comp. Efterfølgende opdages, at patienten følges hos endokrinologer på grund af hypercalcæmi, og der i epikrise fra sygehuset er oplyst, at patienten ikke måtte få thiazid. Fejlen blev hurtigt opdaget - patienten nåede at få en enkelt Losartan comp. Patienten blev informeret om fejlen. Patienten oplevede ingen bivirkninger ved oplevelsen. Dog kan oplevelsen have rystet patientens tillid til egen læge.



Læring

Rapportørens egne gode refleksioner og forslag til forebyggelse: ”Man kunne sikre brug af diagnose kodning (i pågældende tilfælde var hypercalcæmi ikke anført som kronisk diagnose). Man kunne også ønske, at lægen havde tid til at læse bagud i journalen (episoden skete i den åbne konsultation, hvor patient kom akut).

Man kunne desuden overveje om, man (evt. sygehuset) burde markere Thiazid som Cave.”

I regi af sundhedsaftalerne arbejdes der med at flytte råd om opfølgning op øverst i epikrisen.



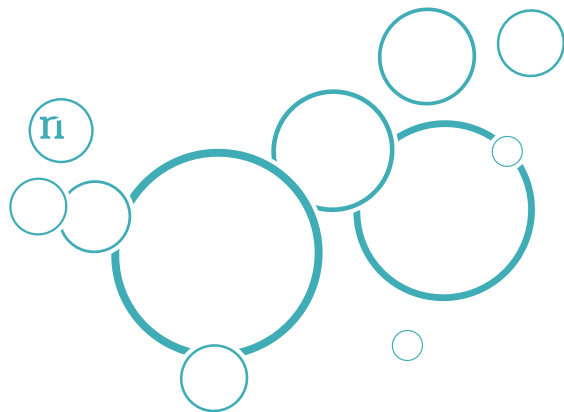
Patientsikkerhed og overset cave

Overset Cave kan have stor betydning for patienten. Følgende artikel er baseret på UTH vi har modtaget vedrørende oversete Cave.

Case

Pt. henvendte sig på klinikken med symptomer på cystitis. Urinprøve bekræftede dette. Patient fik ordineret Selexid 400 mg x 3 dagligt. Klinikpersonale har instruks for at oprette recepter til godkendelse ved læge. Recepten godkendt af læge. Under kritisk data på pt. står Cave Penomax. Advarslen kommer frem i forbindelse med recept oprettelse, men er blevet overset. I forbindelse med lægens godkendelse af recepten er denne Cave information ikke synlig.

Pt fik ubehag ved indtagelse af medicin i form af mavesmerter og generelt ubehag. Ingen alvorlige allergiske reaktioner. Patienten gennemførte behandlingen i få dage og afbrød den så selv pga. ubehaget.



Cave fremgår på forskellig måde i de forskellige lægesystemer. Kan blandt andet fremgå som rød markering oven for medicinskemaet og som advarsels popup ved forsøg på ordination af præparatet. Cave oplyses ikke på FMK.

Læring

Sikre at relevant klinikpersonale er informeret om brug af samt betydningen af Cave.

Der blev i 2016 indrapporteret

6 hændelser som omhandlede

Cave i Region Nordjylland

indenfor praksis området.

Patientsikkerhed og Cave i lægesystemer

Denne artikel omhandler registrering af Cave i lægesystemer og overførsel af Cave ved henvisninger m.m.

Case

Patient henvender sig i almen praksis. Patienten oplever smerter, varme og hævelse ved håndryggen. Egen læge mistænker erysipelas og tendinitis. Behandling med Primicillin opstartes samt Ibumetin tbl. 400 mg ordineres. Har tidligere fået ordineret Voltaren gel uden tilstrækkelig effekt.

Egen læge overser, at der er Cave på NSAID, da ønskede præparat er registreret under Cave-”andet” frem for Cave-”medicinsk” i det elektroniske journal-system.

Da patienten senere på dagen får 400 mg ibumetin, reagerer vedkommende med anafylaksi og indlægges i akutmodtagelse. Patienten udvikler urticaria, ødemer og fornemmelse af forsnævring i halsen. Patienten får det hurtigt bedre med Adrenalin, Tavegyl og Tsolutorcef og er udskrevet efter 3,5 timer.

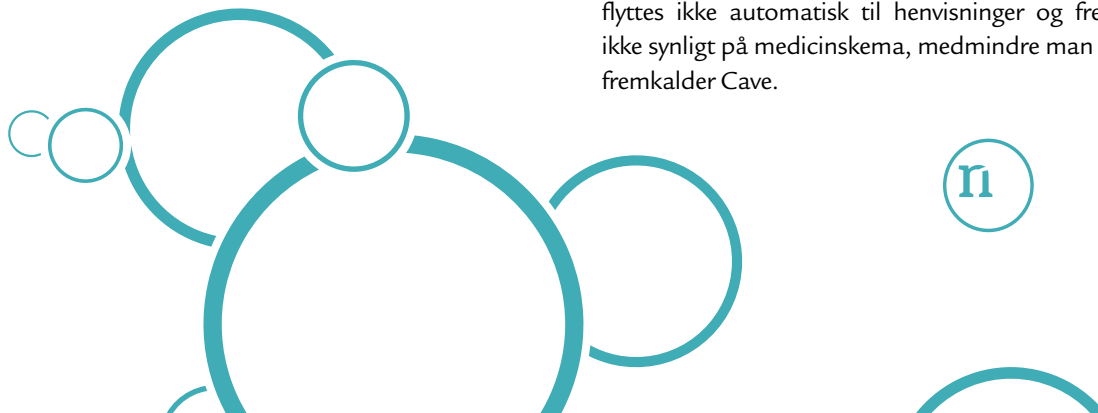
Læring

Denne case understreger betydningen af at være opmærksom på, at der er flere måder at registrere Cave på i forskellige lægesystemer og automatisk overførsel af Cave ved henvisninger m.m.

Cave er eksempelvis ikke registreret under FMK. Et andet eksempel er systemet XMO, hvor Caveregistrering findes på to måder.

Den ene måde er via en rubrik på stamkortet. Dette står som rød blinkende skrift ovenfor medicinskema og overføres automatisk til henvisninger, men er uden pop-up advarsel i forbindelse med ordination af medicinen.

Den anden måde er registrering via medicinskema hvor Cave kan tilføjes. Dette fungerer med pop up advarsel såfremt man ordinerer medicinen, men overflyttes ikke automatisk til henvisninger og fremgår ikke synligt på medicinskema, medmindre man aktivt fremkalder Cave.



Patientsikkerhed og oversete prøvesvar

Manglende opfølgning på prøvesvar kan have stor betydning for patienten. Følgende artikel er baseret på UTH vi har modtaget vedrørende oversete prøvesvar.

Case

Patienten fik taget celleskrab. Svar ankommer til vanlig tid og der viser sig at være celleforandringer. Patienten skal henvises til gynækologisk speciallægeundersøgelse indenfor 3 mdr. jvfr. anbefaling i svaret. Svaret er blevet læst og godkendt, uden at man har fået sat processen i gang. Hvis patienten ikke havde ringet for svar (som aftalt) var prøvesvaret blevet overset.

Læring

Akkrediteringsmæssigt er krav om opfølgningsprocedure for patologisvar.

Muligheder kunne være:

- Ved mulighed for mailsvar, sendes dette til patienten med anmodning om svar tilbage om at svaret er modtaget.
- Ved mulighed for telefonsvar, ringes til patienten, og anføres i journalen at patienten har fået svar.
- Hvis ikke mulighed for mail eller telefonisk kontakt til patienten send da brev til patienten.
- Bed altid patienten selv om at vende tilbage, hvis ikke denne har modtaget svar inden for to uger efter det forventede svartids punkt (bemærk: dette er ikke tilstrækkeligt til akkreditering som eneste opfølgningsprocedure).
- Gem webreq sedler, og lad personalet gennemgå hver måned, så der er sikkerhed for, at alle svar er modtaget, alle patologiske svar forelægges læge og sikres opfølgning.
- Når der kommer afvigende svar, oprettes reminder på kalenderen, hvor klinikken (navngivet person) skal tjekke at patienten faktisk har fået svar.

Patientsikkerhed og sikker patientidentifikation

En væsentlig del af de UTH, som UTH-teamet modtager fra sygehuse, vedrører mangelfuld patientidentifikation. Mangelfuld patientidentifikation på indsendte prøver medfører som hovedregel, at prøven kasseres og patienten skal indkaldes til nye prøver og i værste fald, at kritiske prøvesvar ikke kan videregives. Mangelfuld patientidentifikation betyder således ekstra ulejlighed for patienten og potentiel kritisk forsinkelse af korrekt diagnosticering og behandling. Desuden bruger Sygehusets laboratorier og almen praksis en hel del tid på afklaring af, hvilken pt. den fejlmarkerede prøve tilhører, og på genindkaldelse af patienten/patienter til fornyede prøver. Følgende cases vedrører typiske problemstillinger omkring manglende patientidentifikation:

Case 1

Almen praksis kontakter Klinisk Biokemisk afsnit for at få slettet prøvesvar på en urinprøve. Patienten har kl. 10.01 fået foretaget venepunktur og afleveret en urinprøve. Kl. 10.14 er der udskrevet yderlig en rekv. til urinprøve på samme pt. - men prøven tilhører anden pt. Derved kommer til at foreligge 2 forskellige svar på urinprøver fra denne pt. Det er ikke muligt for praksis at finde frem til hvilket svar der tilhører patienten, da der kun er ganske kort tid mellem prøvetagningstidspunkter. Dvs. der kunne fejlagtigt blive handlet på det forkerte prøvesvar. Patienten genindkaldes til fornyet prøve og diagnosticering forsinkes.

Case 2

Patologisk Institut modtager to prøver fra samme patient. Den ene prøve er mærket med dato 4. januar, den anden er mærket med dato 6. januar. Lægen kontaktes og bekræfter, at der kun er lavet et prøve materiale på patienten. Prøverne er mærket med to

identiske stregkodelabels. Lægen kan erindre den ene patients identitet, og denne indkaldes til fornyet prøve. Det er ikke muligt at identificere den anden patient, så man må vente og håbe på at identiteten afklares, når(hvis) patienten selv efterspørger prøvesvar. Der er således mulighed for tab af evt. kritisk prøvesvar og forsinkelse af udredning og behandling.

Læring

Husk altid at foretage Patientidentifikation i forbindelse med prøverekvisition (lad patient selv sige cpr-nummer).

Der blev i 2016 indrapporteret 105 hændelser som omhandlede patientidentifikation i Region Nordjylland indenfor praksis området.

Patientsikkerhed og Missed STEMI

Følgende artikel omhandler en hændelse, hvor almen praksis diagnosticerer en patient med pneumoni i stedet for Akut Koronart Syndrom (AKS)

Case

Patient vågner om morgenen og oplever udpræget koldsved, åndedød, en trykkende fornemmelse centralt i brystet, og vedkommende føler sig klamt svedende. Efterfølgende forekommer slimet opkastning, smerterne forsvinder ikke og alment ubehag.

Patienten søger vagtlæge. Vagtlæge henviser til egen læge, da vagtlægens vagt ophører 30 minutter efter.

Patient får en tid hos egen læge kl. 8.30 samme morgen. Patient får at vide af egen læge, at vedkommende sandsynligvis har pneumoni. Patienten får ikke foretaget EKG.

Ni dage efter indlægges patienten på Cardiologisk Afdelingen med missed STEMI. EKKO viser, at patienten har EF på 15 %.

Patienten henvises til subakut KAG, og non-STEMI regime samt antikogestiv behandling er startet. Patienten er symptomatisk med svær åndenød og træthed. Ilttilskud benyttes.

Læring

Det er vigtigt at være opmærksom på mulige symptomer på Akut Koronart Syndrom ved åndenød og ubehag i brystet.

[Læs mere om AKS på Lægehåndbogen.](#)



Patientsikkerhed og MRSA

Denne læringsartikel omhandler manglende screening for MRSA ved gravid kvinde.



Case

En gravid patient i uge 39+3 er podet positiv for MRSA. Patienten er gift med en landmand. Patienten har været i kontakt med fødegangen og e-læge vedrørende, hvordan hun skal forholde sig. Patienten får at vide, at hun skal spørge konsultationsjordmoder ved næste besøg.

Når patienten indlægges på barselsgangen, er der smitterisiko ved hygiejnebrist.

Læring

Det er vigtigt at være opmærksom på hvorvidt patienten er i risiko for at påføre sig MRSA. Således burde kvinden være screenet ved første lægeundersøgelse, da hendes mand har arbejdet med svin igennem flere år.



I 2016 modtog Region Nordjylland 598 hændelser hvor almen praksis var hændelsessted.

På modsatte side ses oversigt over fordeling på hovedgrupper.

n

Medicinering herunder væsker	249
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	96
Patientidentifikation	93
Sundhedsfaglig visitation, telefon konsultation	39
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	37
Henvisninger, ind/udskrivelser og medicinlister	34
Behandling og pleje	18
Anden utilsigtet hændelse	16
It, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	7
Infektioner	3
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	3
Patientuheld herunder fald	1
Selvskade og selvmord	1
Kirurgisk behandling	1
Ialt	598

Patientsikkerhed og rapporteringer fra patienter og pårørende

UTH-teamet modtager et stigende antal utilsigtede hændelser vedrørende almen praksis, som rapporteres af patienter og pårørende. Det er vi meget glade for. Patienter og pårørendes erfaringer er en vigtig kilde til læring i forhold til arbejdet med patientsikkerhed, og vi vil gerne vil anvende deres oplevelser til læring i almen praksis.

UTH-teamet sender en mail til alle patienter og pårørende der har indrapporteret en utilsigtet hændelse. De takkes for rapporteringen og informeres om, at den rapporterede hændelse anvendes til læring og forbedring af patientsikkerheden. Hvis der er tvivl om hvorvidt dem indberettede UTH er en klage, og der er rapporteret i UTH systemet tages telefonisk kontakt, og der henvises til patientkontoret hvis der ønskes at klage.

Formålet er, at anvende patienter og pårørendes erfaringer til at understøtte læring og kvalitetsudvikling i almen praksis samt, at sikre at alle patienter og pårørende der indberetter en utilsigtet hændelse vejledes til det tilbud de ønsker at anvende.



Patientsikkerhedskursus: Patientsikkerhed – det er lige mig!

Nord-KAP udbyder forskellige kurser for praksispersonale. Et af disse er en workshop for patientsikkerhedsansvarlige i almen praksis kaldet Patientsikkerhed – det er lige mig!

Kursusbeskrivelse

Patientsikkerhed er et fokusområde for udviklingen i almen praksis. Patientsikkerhed generelt og DDKM standard 1.3. : "Utilsigtede hændelser" er kernen i indholdet på kursusdagen.

Den danske kvalitetsmodel DDKM nævner patientsikkerhed i 13 ud af 16 standarder. Derfor udbydes denne workshop, så klinikpersonale i samarbejde med UTH-team kan dygtiggøre sig på områdets basale og metodemæssige udfordringer. Samtidig gives redskaber til at arbejde med de øvrige patientsikkerhedskritiske standarder.

Der er plads til 20 kursister pr. hold. Undervisning foregår i mindre workshops og plenum. UTH-team deltager ved bordene og står for undervisningen, og hyrer eksterne konsulenter efter behov.

Advarsel! Der anvendes humor på kurset. I den forbindelse er der set bivirkninger i form af højt humør, glimt i øjet og forhøjet lyst til at arbejde med patientsikkerhed. Disse bivirkninger kan forekomme at være langsigtede.

Kontakt

Vil du vide mere om kurset, eller tilkendegive din interesse i at deltage, så skriv eller ring gerne til:

Tina Molbo - tlf. 2910 0240 - email: tina.molbo@rn.dk

UTH-team

I Region Nordjylland varetages arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) af et UTH-team. Teamet modtager UTH vedrørende det regionale primærområde herunder almen praksis. Teamet sender hændelserne videre ud til almen praksis med henblik på nærmere analyse i de enkelte klinikker. Teamet analyserer mønstre og tendenser i hændelserne og formidler læring herfra i læringsartiklerne 'UTH i praksis' via Nord-KAP nyhedsbrevet.

Teamet har følgende medlemmer:



Mette Dyrholm Hundsholt
- regional risikomanager for Praksis området,
Region Nordjylland,
m.hundsholt@rn.dk



Karen Margrete Bjerre
- alment praktiserende læge og Nord-KAP
praksiskonsulent for UTH,
kmbjerre@gmail.com



Peter Gaardbo
- alment praktiserende læge og
Nord-KAP UTH koordinator,
pegs@rn.dk



Claus Bendtsen
- administrativ UTH sagsbehandler for
praksisområdet, Region Nordjylland,
claus.bendtsen@rn.dk



Anne Sofie Mørk Puggaard
- udviklingskonsulent,
Region Nordjylland,
annpug@rn.dk

Kvalitet

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
www.rn.dk

2017



REGION NORDJYLLAND