

## Tilsyn med almen praksis 2020-2021



I 2020 og 2021 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed i alt 69 stikprøvebaserede sundhedsfaglige tilsyn med almen praksis. Tilsynene havde til formål at vurdere patientsikkerheden og understøtte læring.

Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn med almen praksis fra 2020 og frem var tilrettelagt med særlig vægt på læring og dialog. I forhold til tidligere tilsynsrækker var antallet af målepunkter kraftigt reduceret til tre regulære målepunkter og 10 såkaldte refleksionspunkter. Målepunkterne omhandlede emner, som der også tidligere har været fokus på i styrelsens tilsyn i almen praksis:

1. Instruktion og tilsyn med behandling udført af medhjælp (delegeret lægeforbeholdt virksomhed)
2. Håndtering af parakliniske undersøgelser
3. Behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Opfyldelsen af målepunkterne udgjorde grundlaget for vurderingen af patientsikkerheden i hver enkelt praksis. De 10 refleksionspunkter dannede baggrund for en dialog med henblik på læring og afdækning af problemstillinger, forhindringer, forslag til løsninger og andre forhold, som kan bidrage til det overordnede arbejde med at forbedre patientsikkerheden. Refleksionspunkterne omhandlede følgende emner:

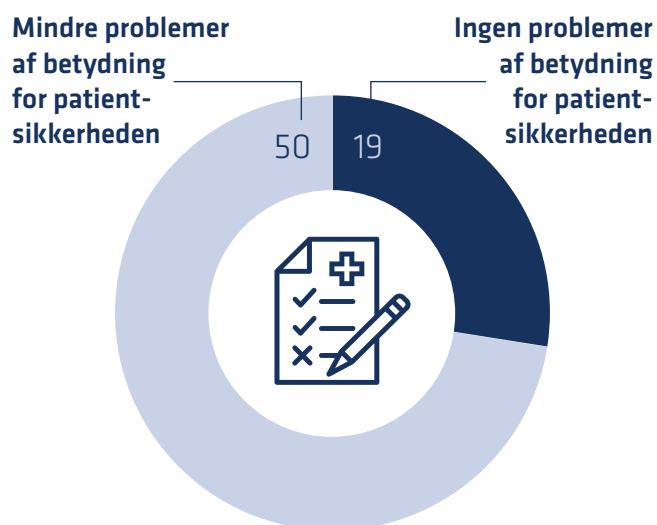
1. Opdatering af regler og faglige anbefalinger
2. Interview om samarbejde med hjemmepleje, plejehjem og bosteder
3. Interview om POCT (Point of Care Testing)
4. Interview om epikriser
5. Interview om kvalitetsforbedringer
6. Risikosituationslægemidler
7. Interview om faglig opdatering om vaccinationer
8. Interview om brug af dosisdispenseret medicin
9. Interview vedrørende informeret samtykke til behandling
10. Interview om livsforlængende behandling

Refleksionspunkterne indgik ikke i vurderingen af behandlingsstederne.

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med behandlingssteder var i 2020 og 2021 stærkt påvirket af COVID-19-epidemien og den særlige situation, den medførte for både behandlingsstederne og styrelsen selv. Således blev alle planlagte, stikprøvebaserede tilsyn med behandlingssteder suspenderet i marts 2020, og i en længere periode gennemførte styrelsen kun tilsyn på behandlingssteder, hvor der var en konkret bekymring for patientsikkerheden. Det kunne enten være opfølgende tilsyn på baggrund af tidligere udstedte påbud til en klinik, eller såkaldt reaktive tilsyn på baggrund af fx bekymringshenvendelser.

I løbet af 2020 og 2021 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed seks reaktive tilsyn med almen praksis på baggrund af bl.a. bekymringshenvendelser og fire opfølgende tilsyn på baggrund af tidligere udstedte påbud til almen praksis. Af disse i alt 10 reaktive og opfølgende tilsyn mandede seks tilsyn ud i et påbud til de pågældende praksis om at rette op på større eller kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Et påbud følges altid op af et nyt tilsynsbesøg, hvor styrelsen konstaterer, om der er rettet op på de forhold, der udløste påbud.

De planlagte, stikprøvebaserede tilsyn blev genoptaget i efteråret 2021, og i alt blev der i løbet af de to år gennemført 69 stikprøvebaserede tilsyn med almen praksis. De nedenstående opgørelser og konklusioner er udelukkende baseret på de stikprøvebaserede tilsyn fra 2020 og 2021 og omfatter altså ikke de reaktive eller opfølgende tilsyn, der blev gennemført på baggrund af en konkret bekymring i perioden.



## Resultater fra tilsynene

Resultaterne fra de planlagte, stikprøvebaserede tilsyn viser, at 19 af de almene praksis, der fik tilsynsbesøg i 2020 og 2021, svarende til 28 procent, opfyldte samtlige målepunkter, og der var altså ingen problemer af betydning for patientsikkerheden. Ved 50 af tilsynene, svarende til 72 procent af tilsynene konstaterede vi mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

”Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden” indebærer, at der ved tilsynsbesøget var ét eller flere målepunkter, som ikke var opfyldt, men at vi vurderede, at der var tale om forhold, som ikke indebar en større risiko for patientsikkerheden, og at den enkelte virksomhed relativt let ville kunne rette op på disse forhold.

## Opfyldelse af målepunkter

### 1. Instruktion og tilsyn med behandling udført af medhjælp

Opfyldelsen af målepunkter på tværs af de 69 planlagte, stikprøvebaserede tilsyn viser, at der ved 26 procent af tilsynene var problemer med at opfylde kravene vedrørende instruktion og tilsyn med behandling udført af medhjælp. Der var primært tale om mangler i de skriftlige instrukser, som er vigtige redskaber i en almen praksis ved delegation af lægeforbeholdte opgaver. Instrukserne skal sikre, at der er klarhed over, hvordan opgaverne skal udføres, og hvilke beføjelser praksispersonalet har i forskellige situationer. Det er også vigtigt, at det er beskrevet, hvordan eventuelle komplikationer skal behandles, og hvornår personalet skal tilkalde hjælp.

### 2. Håndtering af parakliniske undersøgelser

Ved 17 procent af tilsynene var der mangler i forhold til håndtering af parakliniske undersøgelser. Det er vigtigt for patientsikkerheden, at der sker systematisk opfølgning på prøvesvar, som kræver handling. Det må ikke alene være patientens ansvar, at der bliver fulgt op på prøver. Derfor er det vigtigt, at der er sikre arbejdsgange for at se prøvesvar og få handlet korrekt på dem, og at praksispersonalet ved præcis, hvordan prøvemateriale og prøvesvar håndteres. Manglerne skyldtes i meget høj grad, at der ikke skete en systematisk opfølgning på samtlige ordinerede undersøgelser.

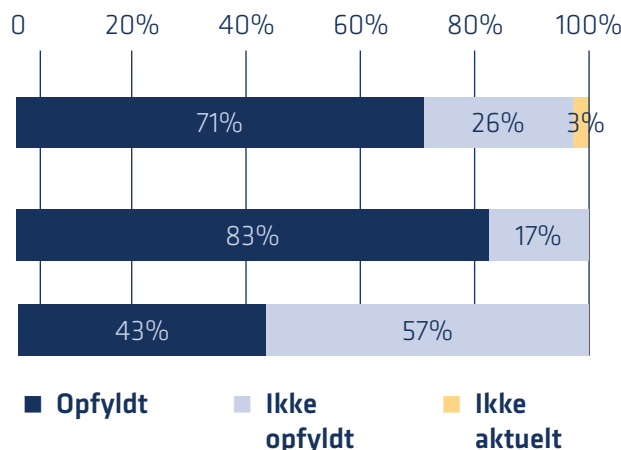
### 3. Behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Ved 57 procent af tilsynene var der brister i håndteringen af behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Mange patienter bliver afhængige af medicinen, og der er derfor god grund til, at den behandlingsansvarlige læge jævnligt skal være i kontakt med patienten for at vurdere virkning, bivirkninger og mulighed for nedtrapning. Derfor skal receptfornyelse også som udgangspunkt ske ved personligt fremmøde, når det gælder afhængighedsskabende medicin. Ved behandling med afhængighedsskabende medicin er det vigtigt, at der er lagt en behandlingsplan med en tidshorizont for, hvornår behandlingen skal revurderes. Der skal desuden tages stilling til, om patienten er i stand til at køre bil eller betjene maskiner, mens han eller hun er i behandling med afhængighedsskabende medicin. Denne vurdering skal journalføres.



## Målepunktsopfyldelse

1. Instruktion og tilsyn med behandling udført af medhjælp (delegeret lægeforbeholdt virksomhed)
2. Håndtering af parakliniske undersøgelser
3. Behandling med afhængigheds-skabende lægemidler



Resultaterne fra tilsynsrækken peger på, at der fortsat er grund til at have fokus på patientsikker håndtering af afhængighedsskabende lægemidler i almen praksis, så risikoen for afhængighed minimeres for patienter, der har behov for behandling med disse lægemidler. Ved tilsynene var det særligt manglende journalføring af behandlingsplaner, der gav anledning til anmærkninger.

## Refleksionspunkter

Tilsynene med almen praksis skilte sig ud fra øvrige tilsynsrækker ved i høj grad at omfatte refleksionspunkter til drøftelse med henblik på læring. Tanken var dels, at styrelsen kunne formidle relevant viden om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger til de praktiserende læger, dels at styrelsen kunne indhente viden fra lægerne i almen praksis om udfordringer, som var gennemgående for området, og som den enkelte praksis ikke kan løse på egen hånd. Refleksionspunkterne indgik ikke i vurderingen af behandlingsstederne, men samlede tilbagemeldinger fra tilsynene uden henvisninger til konkrete behandlingssteder indgår i arbejdet med en række forskellige projekter, både internt i styrelsen og i samarbejdet med andre myndigheder og organisationer.

### 1. Opdatering af regler og faglige anbefalinger

Mange læger oplevede at få meget, usorteret information fra mange sider. Der var ønske om mere selekteret information i nyhedsbreve fra fx Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Der var også ønske om bedre struktureret information med overordnede konklusioner og tydelig angivelse af indholdet, særligt ved kommunikation via digital post fra myndigheder.

### 2. Interview om samarbejde med hjemmepleje, plejehjem og bosteder

Mange læger oplevede et stort antal henvendelser fra plejepersonale om fx spørgsmål relateret til en borgers medicinerings, som måske i nogle tilfælde kunne være afklaret internt i plejeenheden før henvendelse til borgerens læge. Nogle læger oplevede også at få henvendelser om dårlige patienter uden relevante kliniske oplysninger. Kommunikation kan besværliggøres af, at fx oplysninger i Fælles Medicinkort (FMK) vises forskelligt i hhv. omsorgsjournaler og lægepraksissystem.

For nogle læger var det vanskeligt at være tilstrækkeligt tilgængelige eller at svare på henvendelser inden for aftalte frister på grund af tidspres og andre prioriteringer. Nogle læger gav udtryk for, at det kan være svært at komme i kontakt med relevante medarbejdere i de store kommuner og fx få direkte telefonnumre til relevante medarbejdere.

Akutsygeplejersker og akutteams blev fremhævet af flere læger som gode og velfungerende. Der var også gode erfaringer med plejehjemslæger og med Kommunalt-lægelige udvalg (KLU).

### 3. Interview om POCT (Point of Care Testing)

Til- og fravalg af POCT-udstyr i de enkelte praksis afhæng af behov, kompetencer og økonomi. Nogle læger havde erfaring for, at resultater af fingerblodprøver til HB og glucose ikke var præcise nok med det udstyr, der var til rådighed for almen praksis. Det kan være en udfordring med kalibrering af udstyr til INR-målinger, fordi der kun er få patienter tilbage med behov for behandling med warfarin.

## 4. Interview om epikriser

Den epikrisestandard, der blev implementeret i 2019, havde bl.a. til formål at gøre det lettere for praktiserende læger at få overblik over, hvilke epikriser der indeholder anbefalinger om opfølgning efter indlæggelse, og at give praktiserende læger et hurtigt overblik over relevante anbefalinger om patientens behov.

Mange praktiserende læger påpegede dog, at nogle epikriser fra sygehuse, speciallægepraksis og private hospitaler bliver sendt med forsinkelse, hvilket kan indebære forsinket behandling eller undersøgelse af patienter med behov for hurtig opfølgning. De markeringer, der skal angive, hvor kritisk behovet for opfølgning er, oplevedes ikke altid retvisende. På trods af intentionerne oplevede nogle læger, at epikriserne fortsat var svære at få overblik over, og at der var relevante oplysninger, som lå skjult i lange tekstpassager. I nogle tilfælde oplevedes brug af specialespecifikke fraser, som ikke er velkendte for praktiserende læger, hvilket kan besværliggøre en effektiv opfølgning.

En del praktiserende læger fremhævede det dog som en fordel, at de selv kan slå op i epikriser fra de offentlige sygehuse, når patienterne giver deres tilladelse, og at de selv kan skrive korrespondancemeddelelser til de udskrivende afdelinger.

## 5. Interview om kvalitetsforbedringer

Mange praktiserende læger oplevede, at tidspres generelt er en hindring for kvalitetsarbejde i almen praksis. Nogle havde udfordringer i forhold til at få tilstrækkelig faglig sparring til fx patienter med demenssygdom og børn og unge med psykiske problemer.

Mange praktiserende læger arbejdede på at systematisere og prioritere opgaverne. Flere fremhævede uddannelseslæger som en positiv faktor i den forbindelse, og i mange praksis var der fokus på intern undervisning og personalemøder som redskaber til at øge kvaliteten.

## 6. Risikosituationslægemidler

Nogle praktiserende læger fremhævede, at de havde et godt samarbejde med plejehjem og hjemmepleje i forhold til medicinering med risikosituationslægemidler. Skriftlige instrukser og faste procedurer er vigtige redskaber i den forbindelse, og nogle læger havde udarbejdet lister til personalet over medicin, der kræver særlig opmærksomhed. Mange praktiserende læger havde fokus på at forklare patienterne grundigt om medicinen og på at sikre sig, at patienterne forstår, hvordan medicinen tages og kender til mulige bivirkninger, samt at udlevere skriftlig information om medicinen. Nogle læger havde særligt fokus på patienter med anden etnisk baggrund i den forbindelse.

Nogle praktiserende læger havde en politik om ikke at udskrive recepter, når andre læger har behandlingsansvaret, og nogle valgte slet ikke at ordinere bestemte typer medicin, fx methotrexat og digoxin.

Mange læger oplevede udfordringer med medicin i restordre, og flere fremhævede omlægning til ny dosering af digoxin som et eksempel. Også sektorovergange blev nævnt som en udfordring, fx ved udskrivelse fra sygehus, hvor den praktiserende læge ikke altid får oplysninger om, hvilken dosis blodfortyndende medicin patienten har fået under indlæggelsen.

## 7. Interview om faglig opdatering om vaccinationer

Nogle praktiserende læger savnede adgang til telefonisk rådgivning fra Statens Serum Institut (SSI) vedrørende rejsevacciner, men SSI's Epi-Nyt fremhævedes af flere som godt og brugbart.

I og med at flere forskellige aktører tilbyder influenza-vaccinationer, kunne kommunikationen til patienterne om vaccinerne fra flere aktører opleves varierende og ukoordineret af de praktiserende læger. Der var en oplevelse af, at de mange aktører på området medvirkede til forsyningsproblemer og også et stort spild.



## 8. Interview om brug af dosisdispenseret medicin

Mange praktiserende læger var tilbageholdende med at ordinere dosisdispenseret medicin. Der var generelt bekymring for risiko for fejlmedicinering, specielt ved indlæggelser og ved seponeringer. I forbindelse med indlæggelse var der bekymring for mulig dobbeltdosering eller manglende medicinering efter udskrivelse.

Mange læger gav udtryk for, at kun få patienter er så stabile, at dosisdispensering giver mening. Generelt oplevedes dosisdispensering besværligt, når der skulle foretages ændringer rettidigt, og det oplevedes af nogle læger svært at holde overblik over den samlede medicinering. Nogle fremhævede, at ordningen var dyr for patienterne, og at man risikerede at skulle kassere forholdsvist meget medicin. Dosisdispensering oplevedes også som tidskrævende.

Tilbagemeldingerne fra de praktiserende læger om dosisdispensering er formidlet til Sundhedsdatastyrelsen, der har ansvaret for ordningen med dosisdispensering i Fælles Medicinkort (FMK), og som løbende arbejder på at forbedre systemet.

## 9: Interview vedrørende informeret samtykke til behandling

Generelt gav de praktiserende læger udtryk for, at behandling ikke startes op i almen praksis uden grundig information til patienten om behandlingen, eventuelle bivirkninger og komplikationer, og at informationen tilpasses den enkelte patient.

Der var til gengæld stor variation i, hvor meget og hvordan det informerede samtykke blev journalført. Enkelte praktiserende læger var i tvivl om kravene til journalføring af informeret samtykke. Nogle læger skrev altid samme frase, mens andre skrev udførlige noter om, hvad de havde informeret om, og hvad patienten havde tilkendegivet, men generelt fyldte det informerede samtykke ikke meget i patientjournalerne i almen praksis.

## 10. Interview om livsforlængende behandling

Der var stor variation i, hvordan de praktiserende læger greb spørgsmålet om livsforlængende behandling an, og det var tæt forbundet med lægernes samarbejde med plejesektoren. Mange steder er samtalen om ønsker til livsforlængende behandling og genoplivning en del af indflytningssamtalen, når patienter kommer på plejehjem. Nogle praktiserende læger mente dog ikke, at indflytningssamtalen er egnet til det formål, men havde andre rutiner, fx fast besøgsdag på plejehjem med fokus på livsforlængende behandling og genoplivning.

En del læger tager samtalen med patienter, hvor det skønnes relevant, når der er en lejlighed til det, fx ved årskontroller. Nogle læger udtrykte ønske om, at fx hjemmeplejen kunne kontakte dem, når der var et godt tidspunkt at drøfte ønsker for livsforlængende behandling og genoplivning. En del læger gav udtryk for, at de ikke havde tilstrækkeligt kendskab til reglerne, fx i forhold til, at det kræver et aktuelt sygdomsbillede, for at patienten kan fravælge genoplivning. Nogle læger var ikke klar over, at behandlingstestamenter findes i FMK.

*»Nogle læger udtrykte ønske om, at fx hjemmeplejen kunne kontakte dem, når der var et godt tidspunkt at drøfte ønsker for livsforlængende behandling og genoplivning. En del læger gav udtryk for, at de ikke havde tilstrækkeligt kendskab til reglerne, fx i forhold til, at det kræver et aktuelt sygdomsbillede, for at patienten kan fravælge genoplivning.«*