

## **Gennemgang af viden om medicinrelateret utilsigtet hændelser i primærsektoren**

**Pia Knudsen**

Udviklingskonsulent

Pharmakon

## Gennemgang af viden om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren

### ◆ Evidensrapport 8

- Knudsen P, Søndergaard B, Herborg H. Evidensrapport 8. Patientsikkerhed og medicineringsfejl. Pharmakon 2005.

### ◆ Apotekets forebyggelse af fejl

- Danmarks Apotekerforening, Pharmakon, Dansk selskab for Patientsikkerhed. Apotekets forebyggelse af fejl. Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser. Teknisk rapport. Juni 2005.
- Danmarks Apotekerforening, Pharmakon, Dansk selskab for Patientsikkerhed. Apotekets forebyggelse af fejl. Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser. Sammenfatning. Juni 2005.

### ◆ Patientklagenævnet

- Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende Udlevering af medicin fra apoteket 1999-2003. Oktober 2004

### ◆ Plejehjemstilsynet 2004

- Sundhedsstyrelsen. Plejehjemstilsyn 2004. Embedslægerne 2005

### ◆ Utilsigtede hændelser i almen praksis

- Thorsen T. Utilsigtede hændelser i almen praksis – Evaluering af et tværamtsligt projekt 2005

## **Evidensrapport Patientsikkerhed og medicineringsfejl**

En del af Dokumentationsdatabasen

## Indhold

- ◆ Patientsikkerhed og medicineringsfejl i sundhedssektoren – hovedsigte på medicineringsfejl i primærsektoren.
- ◆ Fokuserer alene på forekomsten af medicineringsfejl i relation til medicineringsforløbet
- ◆ Resultater afrapporteres i forhold til de forskellige sektorer af sundhedsvæsenet:
  - apotek,
  - lægepraksis,
  - plejehjem,
  - hjemmeplejen
  - og sygehuse (kun medtaget hvis resultaterne har kunne bidrage til relevant viden i forhold til primærsektoren)

## Hvad omfatter rapporten?

- ◆ Kortlægning af medicineringsfejl på apotek (4)
- ◆ Kortlægning af medicineringsfejl i relation til dødsfald og særlige risici (2)
- ◆ Kortlægning af medicineringsfejl i lægepraksis (1)
- ◆ Kortlægning af medicineringsfejl på plejehjem og i hjemmeplejen (3 + 1)
- ◆ Kortlægning af medicineringsfejl på hospitaler (22)

## Hvad er det vigtigt at være opmærksom på?

- ◆ Der er mange måder at kategorisere medicineringsfejl.
- ◆ Der er mange steder i medicineringsforløbet, fra ordination til monitorering, som kan opgøres.
- ◆ Derfor er der stor variation i resultaterne.
- ◆ Varsom med direkte sammenligning af fejlrater.

## Resultater

- ◆ Der sker fejl i alle sektorer af sundhedsvæsenet.
- ◆ Medicineringsfejl er fundet at have dødelig udgang imellem 0,01 % og 8,7 % af tilfældene.
- ◆ De hyppigste medicineringsfejl , som har et dødeligt udfald, relaterer til: forkert dosis, forkert lægemiddel, forkert administrationsvej
- ◆ Lægemidler, som især relaterer til dødsfald er:
  - antiinflammatoriske lægemidler (herunder NSAID),
  - CNS virkende lægemidler,
  - lægemidler til kemoterapi

## Resultater fra apotekssektoren ( 4 undersøgelser)

- ◆ Der opstår fejlhændelser i mellem 0,3 % og 0,6 % af ordinationerne, som bliver ekspederet på apoteket.
- ◆ Af alle registrerede fejlhændelser er 85 % - 86 % nær-fejl.
- ◆ 2% - 15 % af alle registrerede fejlhændelser er udleveringsfejl.
- ◆ Apoteket intervenserer i forhold til 1-4 % af receptekspeditionerne, med interventioner af klinisk relevans

## Resultater fra apotekssektoren ( 4 undersøgelser)

- ◆ Der sker fejl gennem hele processen, lægemidlet gennemgår på apoteket. Størstedelen af fejl ses i forhold til udformning af etiket og fremtagning af lægemidlet.
- ◆ Hyppigste fejl ved fremtagning af lægemidlet:
  - Forkert lægemiddel
  - Forkert styrke
  - Forkert mængde
- ◆ Hyppigste fejl ved udformning af etiket:
  - Fejl i instruktion /fejl i hjælpe-labels
  - Forkert patientdata

## Resultater fra plejehjem (3 undersøgelser)

- ◆ En undersøgelse viser, at der er mangler i medicin håndteringen i 37,3 % af indrapporteringerne fra 1.092 plejehjemstilsyn.
- ◆ I to undersøgelser bliver der i henholdsvis 70 % og 82 % af de undersøgte tilfælde beskrevet fuld overensstemmelse mellem plejehjemmets og lægens medicinlister.
- ◆ Undersøgelserne viser, at 8 % - 14 % af præparater på plejehjemmets medicinlister ikke er til stede på lægens medicinliste.
- ◆ Mangelfuld kommunikation mellem plejepersonalet, praktiserende læge og andre er ofte en medvirkende årsag til det uønskede forløb.

## Resultater fra hjemmepleje (1 undersøgelse)

### ◆ Medicineringsfejl i hjemmeplejen

Denne ene undersøgelse viser fejl inden for kategorierne: planlægningsfejl, doseringsfejl, indtagelsesfejl og dokumentationsfejl

## Resultater fra lægepraksis (1 undersøgelse)

- ◆ Denne ene undersøgelse finder, at af 334 indrapporterede fejlhændelser fra lægepraksis er 330 (96 %) medicineringsfejl og 14 (4 %) utilsigtede hændelser relateret til medicin.
- ◆ Af 330 fejlhændelser resulterer 10 (3,0 %) i indlæggelser og 1 (0,3 %) i dødelig udgang.

## Årsager

- ◆ Som årsager til medicineringsfejl, peges der på tværs af sektorerne på:
  - Navnelighed på præparater
  - Kommunikationsbrist
- ◆ Desuden peges der på:
  - Fejllæsning af recept
  - Valg af forrige kundes data på computer
  - Fejludskrivning
  - Fejl i udformning af etiket
- ◆ Af systemrelaterede årsager peges på:
  - Manglende viden
  - Travlhed
  - Forstyrrelser
  - Manglende kontrolprocedurer

## Apotekets Forebyggelse af Fejl

Danmarks Apotekerforening, Pharmakon,  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed

## Apotekets Forebyggelse af Fejl

- ◆ Projektet fokuserer på sikkerheden i forbindelse med apotekets udførelse af receptkontrol, udlevering af lægemidler og fejlanvendelsen af lægemidler.
- ◆ Det er målet
  - at måle hvilke typer af fejl, der registreres på apotekerne
  - at måle med hvilken hyppighed disse fejl opstår
  - at måle alvoren af fejlene
  - at vurdere forbedringspotentialiet for fejlene
  - at gennemføre en analyse, der peger fremad mod løsninger, der kan forbedre patientsikkerheden.
  - at evaluere elementer af kvalitetsstyringssystemet

## Typer af dokumentation

### 40 Randomiseret udvalgte apoteket

- Receptkorrektioner (4 uger – allerede registreret på apoteket)
- Rapporter om fejludleveringer (14 uger – allerede registreret på apoteket)
- Rapporter om kritiske afvigelser (interne fejl, som opdages af en medarbejder efter kontrol og inden udlevering) (14 uger – allerede registreret på certificerede apoteket)
- Et fælles webbaseret indberetningssystem til rapportering af utilsigtede hændelser (en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handling eller manglende handling) (13 ugers indrapportering)

## Resultater – hyppighed

- ◆ 23 receptkorrektioner pr.10.000 ordinationer.
- ◆ 2 kritiske afvigelser pr.10.000 ordinationer.
- ◆ 1 fejludlevering pr.10.000 ordinationer.

## Resultater - alvor

Fejludleveringer og utilsigtede hændelser = 401 cases med udleveringsfejl; fejl der er nået kunden

Alvorsvurderet:

**Alvorsscore 1:** Minimal gene af praktisk karakter

**Alvorsscore 2:** Vil kunne påvirke patientens terapi i en eller anden grad, men formentlig sådan at det umiddelbart kan rettes op

**Alvorsscore 3:** Vil kunne påvirke patientens behandling i en sådan grad, at intensiveret behandling ville være nødvendig (fx indlæggelse)

## Udleveringsfejl fordelt på medicineringsprocessen

	Antal	Procent
Fejl startet hos lægen	19	5,2
Fejl i transskriptionen	237	64,9
Fejl i dispenseringen	57	15,6
Fejl i administrationen	50	13,7
Fejl i rådgivningen	2	0,5

## Faktuelle hændelser

- ◆ Alvoren var primært scoret som potentiel alvor, men der forekom 3 faktuelle hændelser (indlæggelse):
  - Dobbeltordination af NSAID
  - Svagtseende patient, der ikke opdagede, at der efter substitution var byttet om på blister og bøsse for to forskellige lægemidler
  - Patient fik 2,5 mg Prednisolon i stedet for 25 mg Prednisolon

# Pharmakon

## Transskriptionsfejl fordelt på potentiel alvor

	Potentiel score 1	Potentiel score 2	Potentiel score 3	I alt
Delekærv		6		6
Dobbeltordination			1	1
Forkert antal	27	5	2	34
Forkert dosering	1	41	4	46
Forkert etiket	1			1
Forkert form	3	22		25
Forkert lægemiddel	8	38	1	47
Forkert styrke	2	42	7	51
Patient ID	17	5		22
Udbringning		1		1
I alt	59	160	15	235

## Apotekets forebyggelse af fejl – resultater

- ◆ Forkert lægemiddel – Navnelighed
- ◆ Atazid - Atacandzid
- ◆ Atenor -Atenodan
- ◆ Buspiron- Buscopan
- ◆ Cardil - Corodil
- ◆ Daivobet -Daivonex
- ◆ Keppra - Deprakine
- ◆ Marcumar - Marevan
- ◆ Motiron - Motilium
- ◆ Noritren- Nozinan
- ◆ Xalatan - Xalacom (n=3)

## Apotekets forebyggelse af fejl – resultater

- ◆ Aggregeret kerneårsagsanalyse ved tværfagligt analyseteam
  - Forkert dosis
  - Forkert styrke

Fire kerneårsager blev identificeret:

- Håndskrevne recepter, som rummer en øget risiko for fejlaflæsning
- Fælder, hvor bestemte fejl går igen for bestemte lægemidler
- Manglende effektiv kontrol
- Kultur, hvor man afbryder hinanden

→ Der blev formuleret en række forslag til en handlingsplan, som sigter mod at reducere forekomsten af de mest alvorlige fejl

## Patientklagenævnet

## Patientklagenævnet - apotek

- ◆ 22 sager vedr. medicin udleveret fra apotek 1999-2003
- ◆ Sagerne vedrørte primært forvekslinger, herunder udlevering af forkert lægemiddel, ukorrekt styrke eller dosering.

### Forkert lægemiddel

- ◆ Ercoquin - Ergokoffein
- ◆ Hexalacton - Hexaglucon
- ◆ Hydrocortison - Hydrocon bitartrat
- ◆ Menadion - Metadon
- ◆ Inderal - Diural
- ◆ Klorokin - Paludrine (etiketombytning)

## Patientklagenævnet (2)

### Forkert styrke

- ◆ Digoxin 62,5 mikrogram / 0,25 mg
- ◆ Norvasc 5 mg / 10 mg
- ◆ Nitrazepam 0,5 mg / 5 mg
- ◆ Vepicombin 300000 IE / 1000000 IE
- ◆ Neotigason 25 mg / 10 mg
  
- ◆ **Dosering**
  - Dosering af Trimopan mikstur 0,4 ml (=4 mg) blev til 0,4 mg (=4 ml)
  - Antabus 2 gange daglig i stedet for 2 gange ugentlig

## Plejehjemstilsyn 2004

Embedslægerne 2005, Sundhedsstyrelsen

## Plejhjemstilsyn 2004

I 2004 blev der fundet mangler ved 42 % af tilsynsbesøgene. Ca. 2 % blev vurderet som alvorlige.

De hyppigste problemer (svarer til de forrige år):

- Manglende overensstemmelse mellem medicinoptegnelse i den plejefaglige dokumentation og på medicinkortet.
- Fejldosering i medicinæskerne (forkert tidspunkt, antal , glemt doseret)
- Medicin over sidste anvendelsesdato
- Præparatnavn ikke ændret på doseringsskema ved anvendelse af synonympræparat

## Plejhjemstilsyn 2004 (2)

### De hyppigste problemer (fortsat):

- Ændringer i ordinationsskema med overskrivning/stregning/slettelak
- Doseret medicin ikke bekræftet med dato og initialer
- Medicin udtaget af originalpakning
- Anvendelse af fælles medicin
- Medicin og doseringsæsker ikke mærket med beboernavn og bolignumner
- Medicin ophældt i umærket glas og medbragt på fællesareal, fx cafeteria
- At beboerne fik en anden medicin end den ordinerede
- Manglende dokumentation af, at ordineret medicin ikke er givet til beboerne

## Utilsigtede hændelser i almen praksis

**Evaluering af et tværamtsligt projekt, 2005**

## Utilsigtede hændelser i almen praksis

- ◆ Tværamtslig projekt som omhandler registrering af håndtering af utilsigtede hændelser i almen praksis (Begyndelse i november 2003)
- ◆ Roskilde amt, Københavns amt / - kommune, Frederiksborg amt og Storstrøms amt (Frederiksberg kommune ikke samtidig med de øvrige )
- ◆ I projektet deltog 36 praksis over en periode på 2½ til 3 måneder.
- ◆ De rapporterede 535 hændelser
  - 70 % registreret af lægerne
  - resten af personale

## Fordeling af hændelser

Hændelserne fordelte sig på:

✓ Administration	35 %
✓ Medicinhåndtering	15 %
✓ Kommunikation til sygehus	5 %
✓ Kommunikation fra sygehuse	15 %
✓ Kommunikation med patient	20 %

## Eksempler på hændelser

Af de 138 hændelser fra Københavns Amt blev 1/3 vurderet til at rumme potentiel fare:

- ✓ Skrev fejlagtigt receptfornyelse på Corodil 10 mg i stedet for 5 mg i forbindelse med BT-kontrol hos patient med nylig opstået hypertension. opdager det først da patienten har forladt konsultationen. Opringning til patienten den følgende dag, instrueres i at tage ½ tabl dgl. af de nye tabletter. Fejltastning i forbindelse med oprettelse af recept gældende for 3 mdr. i stedet for 1 mdr.
- ✓ Får udskrevet medicin til en forkert patient og sendt det til apoteket. Skyldes 2 nye patienter, som ikke har været i klinikken før, med samme fødselsdag, begge udenlandske navne.