

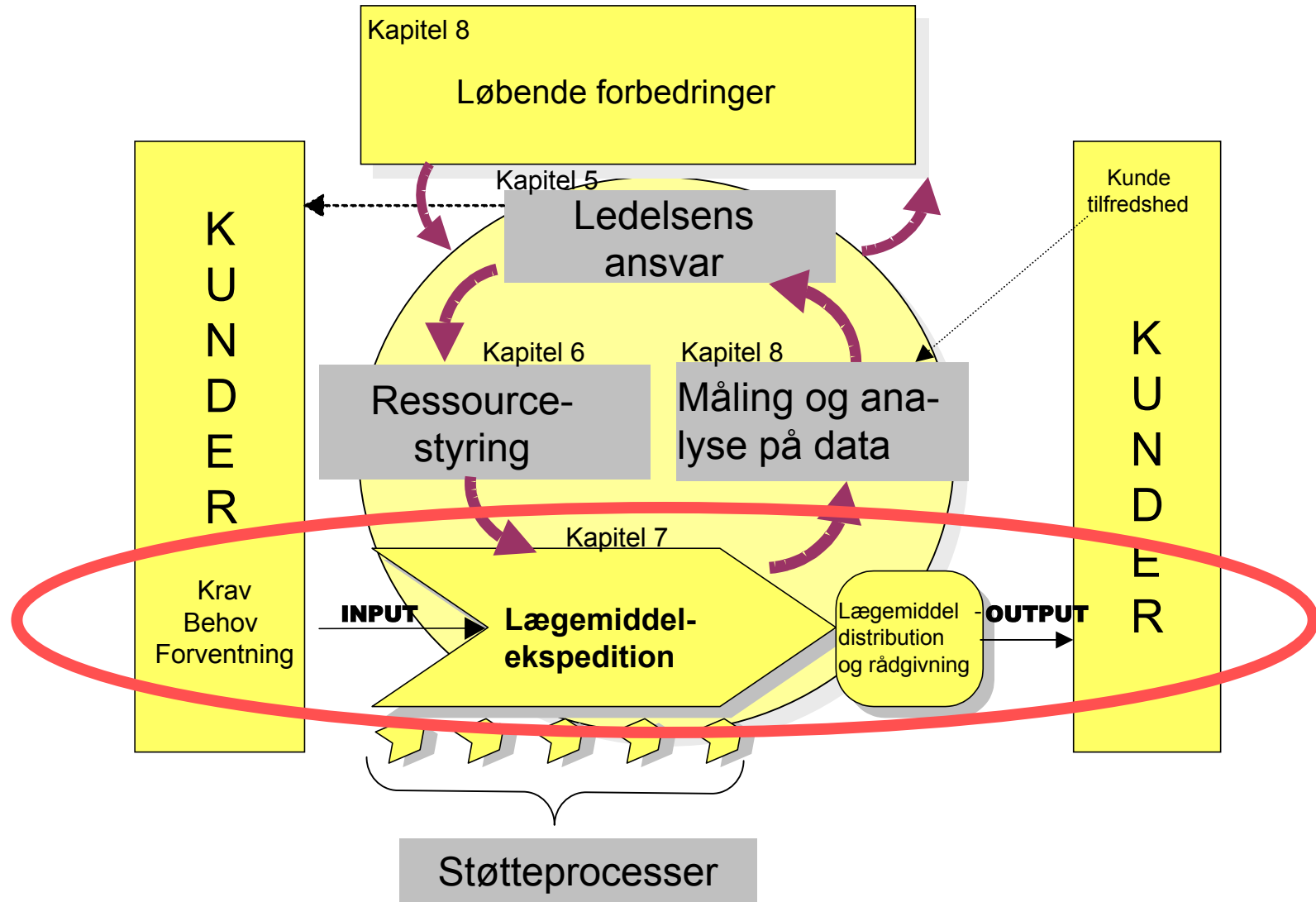


Aggregeret kerneårsagsanalyse af utilsigtede hændelser på apotek

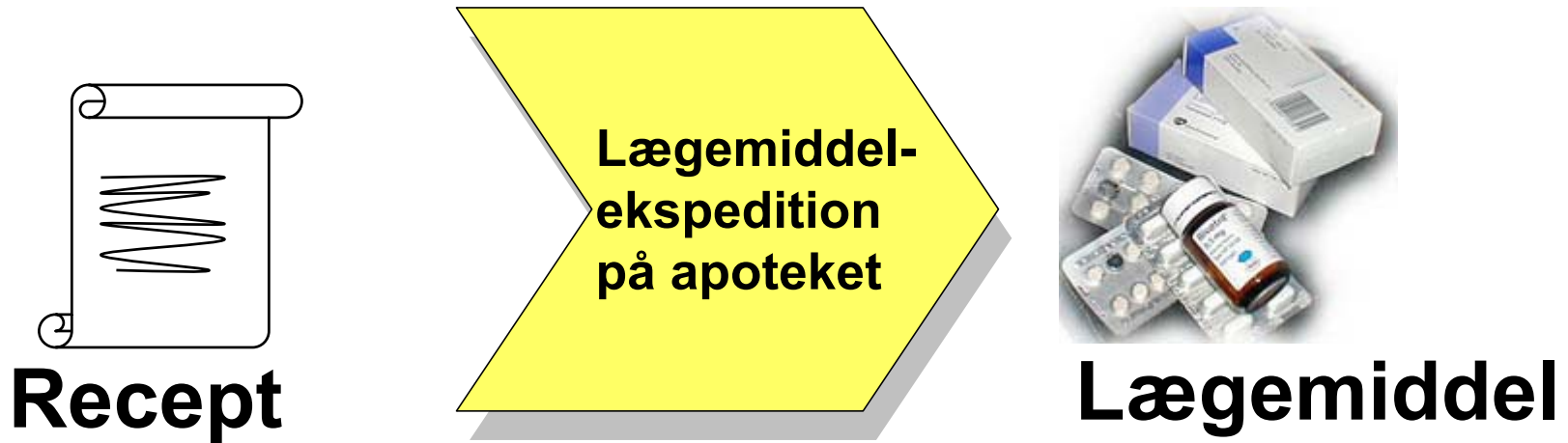
Asger Rosenkilde Mortensen

Projektleder og farmaceut

arm@apotekerforeningen.dk



Lægemedieldistribution



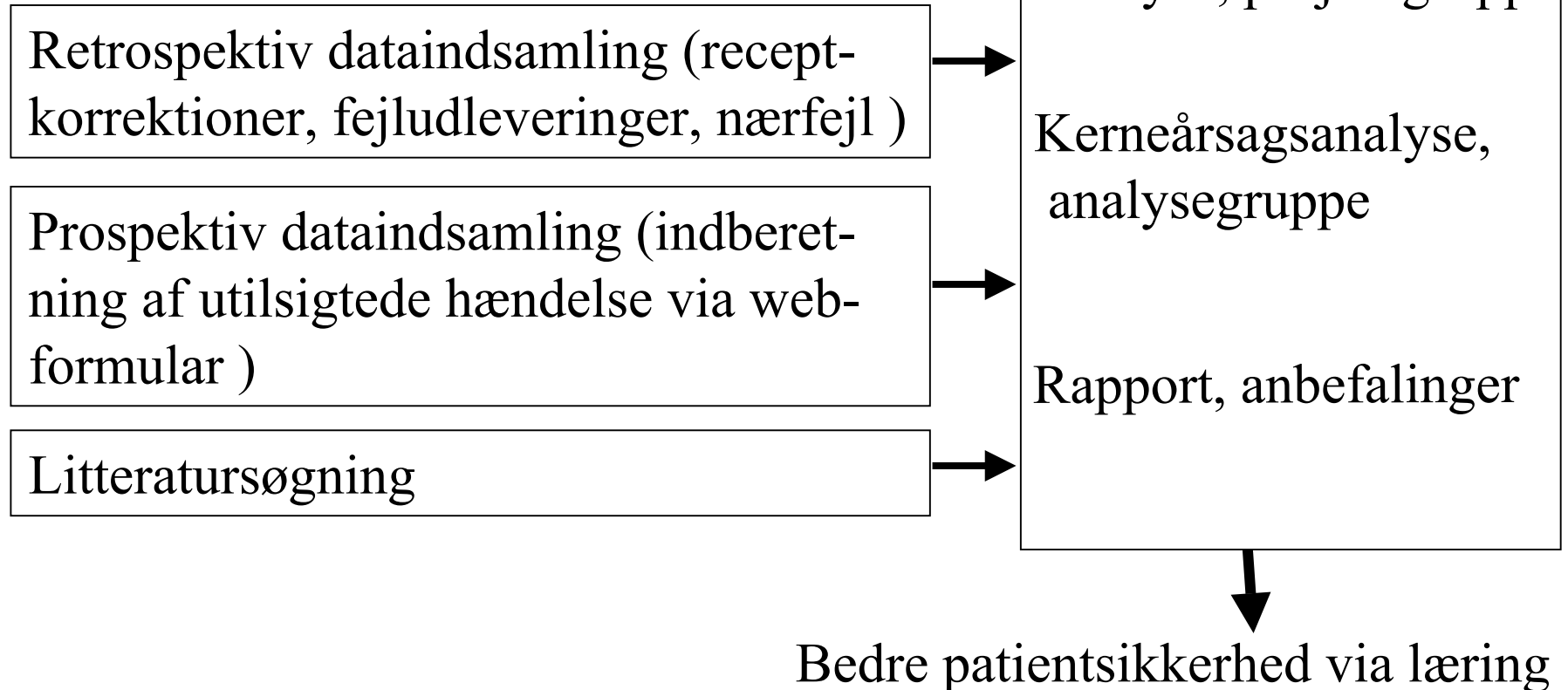
44 millioner
udleveringer/år på landsplan



Apotekets forebyggelse af fejl

Proces

DATAINDSAMLING:



Apotekets forebyggelse af fejl

Proces

DATAINDSAMLING:

Retrospektiv dataindsamling (receptkorrektioner, fejludleveringer, nærfejl)

Prospektiv dataindsamling (indberetning af utilsigtede hændelse via webformular)

Litteratursøgning

Analyse, projektgruppe

Kerneårsagsanalyse, analysegruppe

Rapport, anbefalinger

Bedre patientsikkerhed via læring

Dataindsamling

- 40 apoteker deltog i dataindsamlingen
- Retrospektivt blev der over 3 måneder indsamlet ca. 200 fejludleveringer
 - Papirbaserede registreringer fra apotekets egne kvalitetsregistreringer
- Prospektivt blev der over 3 måneder indsamlet ca. 200 utilsigtede hændelser (november 2004 - februar 2005)
 - Elektroniske registreringer indsamlet via web-formular placeret på sektorens fælles apoteksportal

Fejludleveringer/utilsigtede hændelser

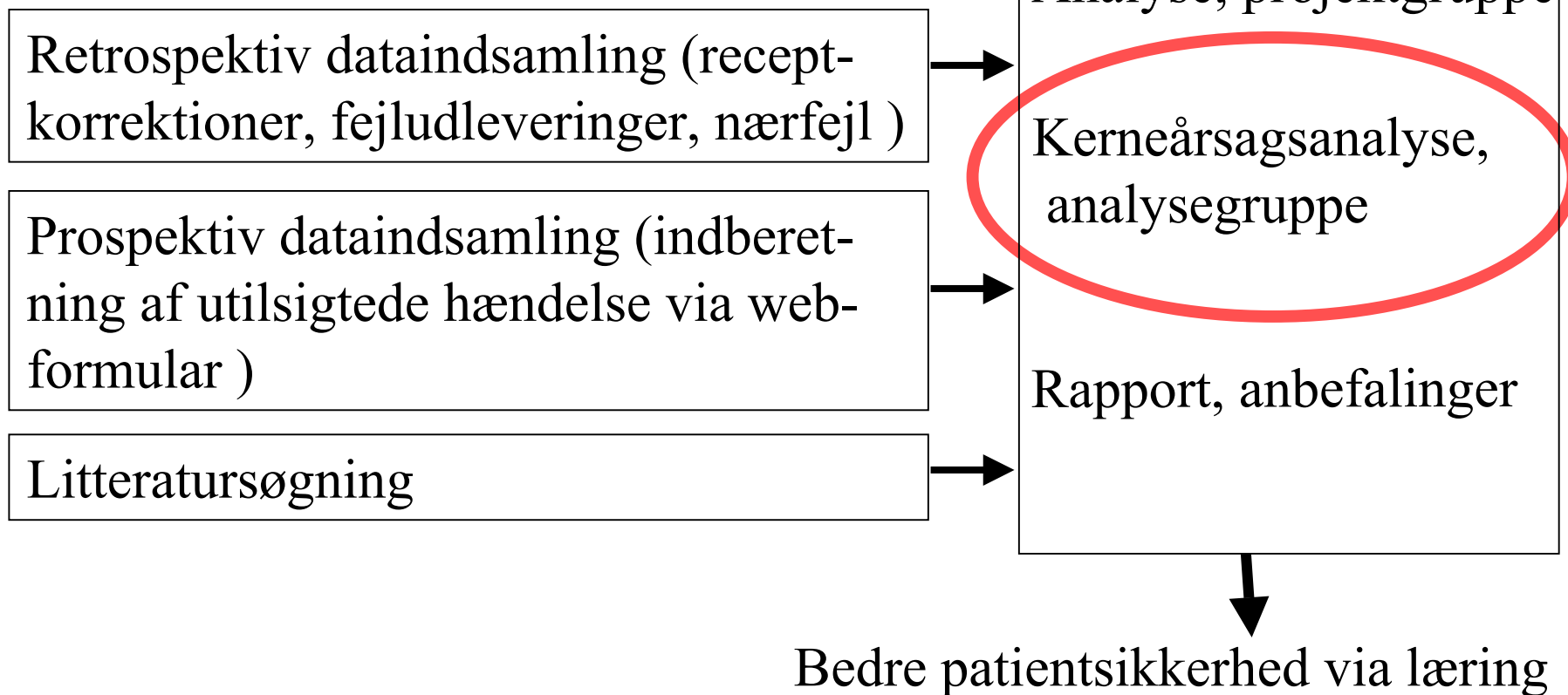


Apotekets forebyggelse af fejl

Proces



DATAINDSAMLING:



Kerneårsagsanalyse på brancheniveau

- Sammensætning af relevant analysegruppe
 - Apoteker
 - Farmaceut - erfaren
 - Farmaceut - nyuddannet
 - Farmakonom - erfaren
 - Farmakonom - nyuddannet
 - Praktiserende læge
 - Risikomanager
 - Risikomanager under oplæring
 - Farmaceut fra Pharmakons udviklingsafdeling
 - Brancheforeningens kvalitetskonsulent
- 3 møder afholdt i løbet af marts 2005

1. møde

- Bringe alle på niveau: Baggrund, møderegler, introduktion til patientsikkerhed
- Gennemgang af data og litteratur samt valg af analyseemne
- Gennemgang af alle hændelser med forkert styrke
- Procesgennemgang for lægemiddeldistributionen på apoteket

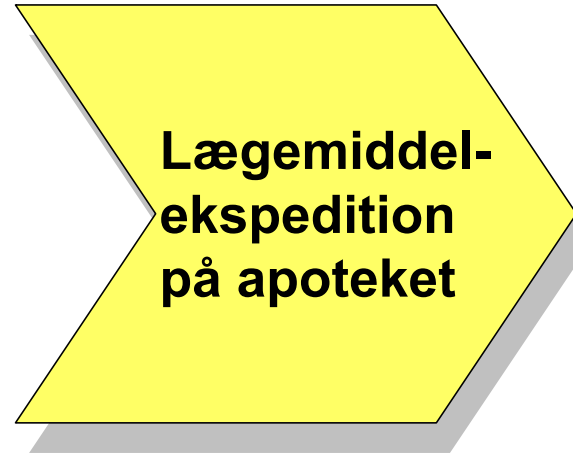
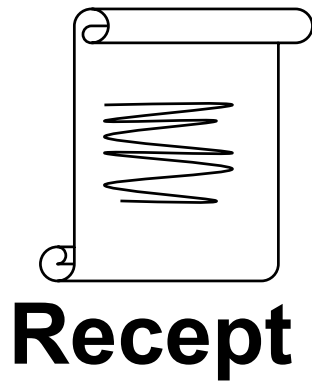
2. møde

- Arbejde i dybden med den valgte problemstilling
 - Hvorfor opstår hændelser med forkert styrke
 - Hvorfor opstår hændelser med forkert dosering
 - Hvorfor.....
- Forslag til handlingsplaner

3. møde

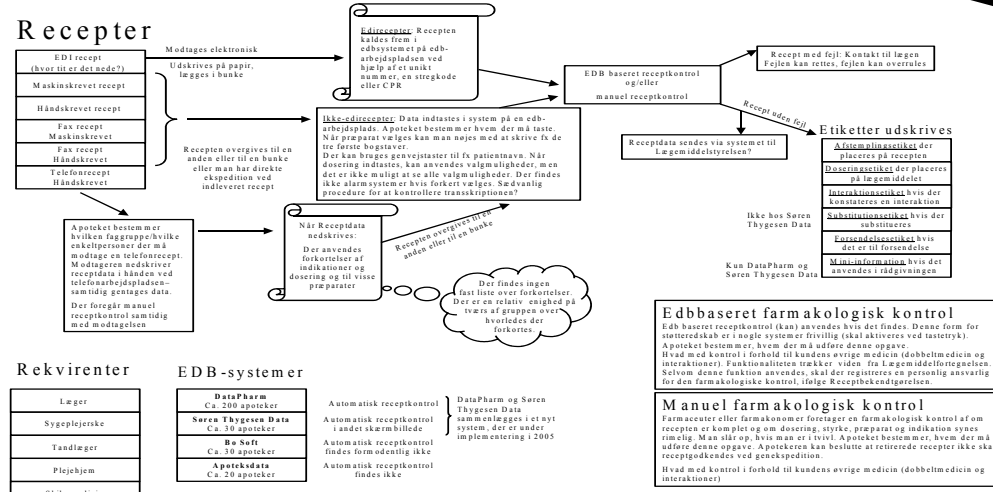
- Udkast til rapport fremsendes inden mødet
- Gennemgang og kommentering af rapport
- Formulering af anbefalinger og forslag til handlingsplaner
- Evaluering af forløbet
- Efterfølgende skriftlig kommenteringsrunde af gruppens rapport

Procesgennemgang



Lægemediel

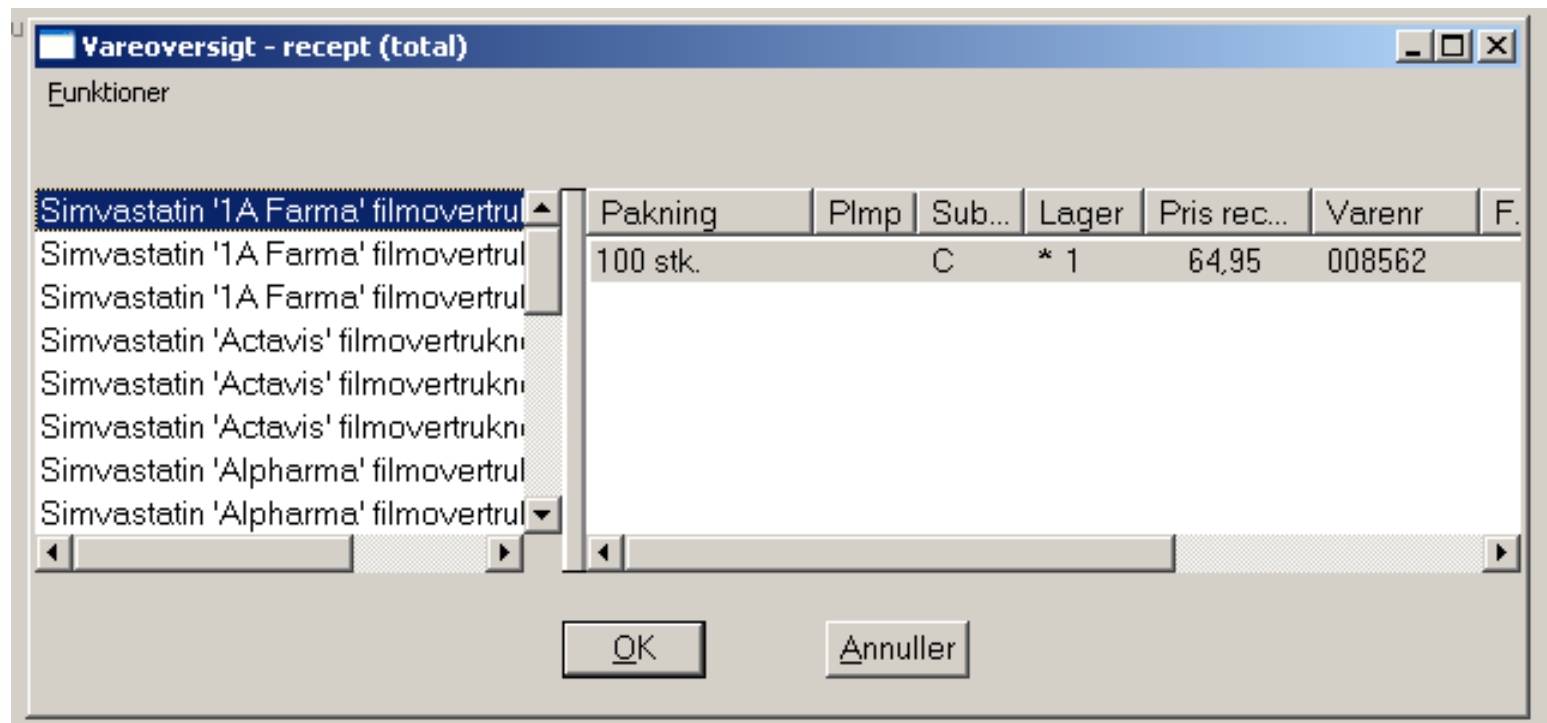
Aptekernes forebyggelse af fejl 2005. Flow diagram over takseringsprocessen. 1. møde i analyseteam



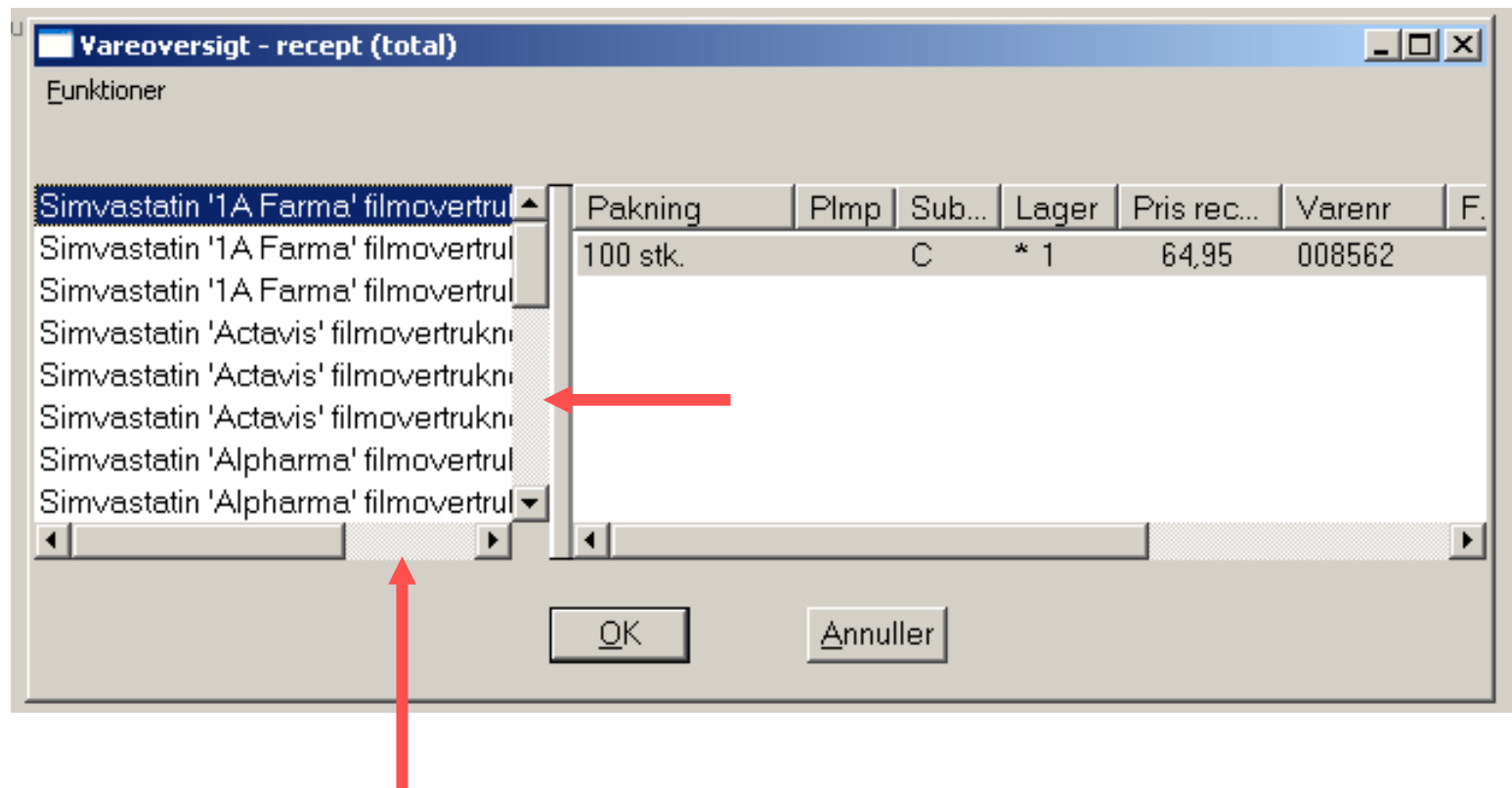
Kerneårsager

- Kontrolsystem
- "Fælder"
- Afbrydelser
- Håndskrevne recepter

Mulige problemer ved skærbilleder



Mulige problemer ved skærbilleder



Navngivning og lægemiddelform

Eksempler på forveksling:

Xalatan	Xalacom
Prednisolon	Prednison

Eksempler på problemer med "efternavne":

Mixtard® 30 InnoLet®	Mixtard® 30 NovoLet®	Mixtard® Penfill®
Orfiril®	Orfiril® Retard	Orfiril® Long

Eksempler på forveksling af lægemiddelform:

Orudis® (kapsler)	Orudis® (depotkapsler)
Spirocort® Turbuhaler®	Spirocort® inhalationsspray

Internt samarbejde og recepthåndtering

- Afbrydelser
- Nye medarbejders introduktion og oplæring
- Vanskelige receptors håndtering
 - Håndskrevne recepter
 - Doseringer til børn
 - Ugentlige doseringer

Forslag til handling

- Selvevaluering af kontrolrutiner
- Dialog med systemleverandører
- Producenter og myndigheder bibringes viden om hvilke lægemiddelnavne, der giver anledning til forveksling
- Arbejde for at begrænse håndskrevne recepter
- Apoteket tilbyder undervisning af turnuslæger
- M.m.

Spørgsmål