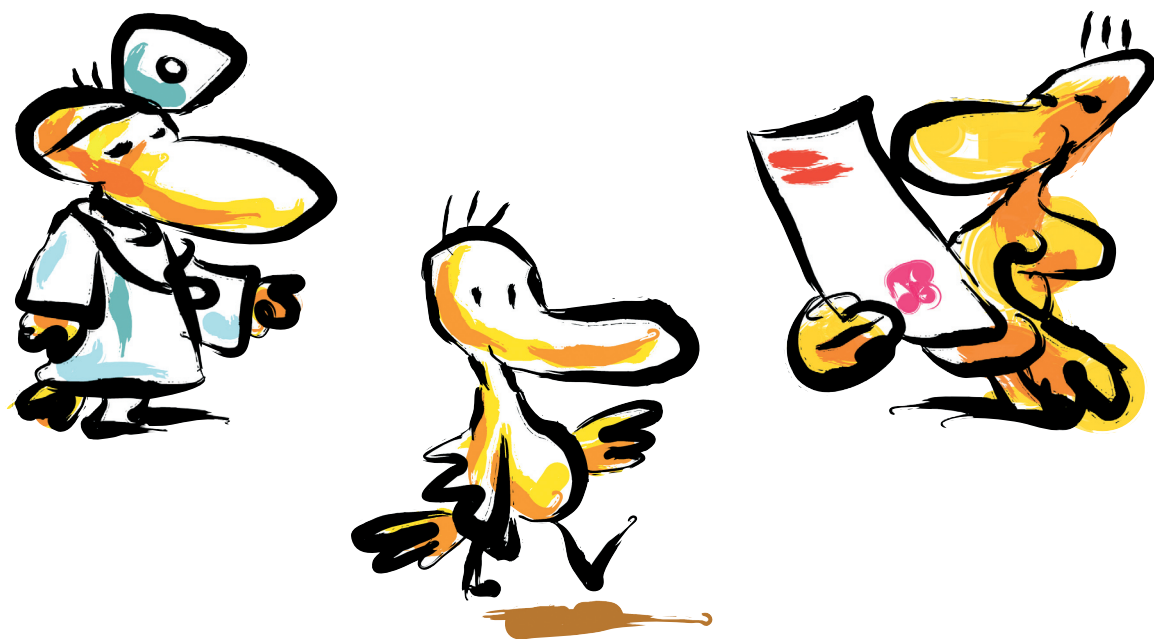


# PATIENTSIKKERHED I PRIMÆRSEKTOREN

- TVÆRFAGLIG ANALYSE AF MEDICINERINGSFEJL I ET LOKALOMRÅDE

## Evalueringsrapport



Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed

August 2006

# Patientsikkerhed i primærsektoren - Tværfaglig analyse af medicineringsfejl i et lokalområde

## Evalueringsrapport

Et samarbejde mellem Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Annemarie Hellebek, Pia Knudsen, Lotte Fonnesbæk.

**Pharmakon**

  
Dansk Selskab  
for Patientsikkerhed

Patientsikkerhed i primærsektoren - Tværfaglig analyse af medicineringsfejl i et lokalområde.  
Et samarbejde mellem Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
Evalueringsrapport

Udarbejdet af Annemarie Hellebek, Dansk Selskab for Patientsikkerhed samt Pia Knudsen og  
Lotte Fønnesbæk, Pharmakon.

© Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, august 2006

Format: pdf  
Version: 1.0

ISBN: 87-91598-09-5

Pharmakon a/s  
Milnersvej 42  
3400 Hillerød

Tel 4820 6000  
Fax 4820 6060  
[www.pharmakon.dk](http://www.pharmakon.dk)

Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
c/o Hvidovre Hospital, Afsnit 023  
Kettegårds Alle 30  
2650 Hvidovre

Tel 3632 2171  
Fax 3632 3607  
[www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

## Forord

Denne rapport beskriver metoder og resultater fra den første tværfaglige kerneårsagsanalyse i primærsektoren i Danmark.

Patientsikkerhed har været på dagsordenen i Danmark siden år 2000. Fokus har i begyndelsen været koncentreret om at forbedre patientsikkerheden i forbindelse med behandling af patienter i sygehusvæsnet. *Lov om patientsikkerhed*, som trådte i kraft den 1. januar 2004, har skabt det legale grundlag for patientsikkerhedsarbejdet.

Såvel apoteker som praktiserende læger har gennem flere år efterspurgt viden om utilsigtede hændelser. I erkendelse af at efterspørgslen på viden om patientsikkerhed og analysemetoder knyttet til patientsikkerhed bliver stadig større, tog gruppen bag projektet derfor initiativ til at udvikle en metode, som kan bruges lokalt med udspring i et apotek eller i en lægepraksis. Metoden og materialerne er videreudviklet med udgangspunkt i materiale brugt i Dansk Selskab for Patientsikkerhed og i projektet *Apotekets forebyggelse af fejl*.

Rapporten beskriver konceptet for og resultatet af en tværfaglig kerneårsagsanalyse af indsamlede hændelser i et lokalområde. Desuden beskrives resultaterne af evalueringen af metoden, af det udviklede materiale og af forløbet.

Vi håber, at rapporten og anbefalingerne både kan bruges som indlæg i overvejelserne om, hvordan *Lov om patientsikkerhed* kan implementeres i primærsektoren, og som inspiration for lokalområder, der ønsker at arbejde tværfagligt med patientsikkerhed.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon. Projektet har modtaget økonomisk støtte fra "Apotekerfonden af 1991" og "Læge Sofus Carl Emil Friis og hustru Olga Doris Friis' Legat".

Vi vil gerne takke deltagerne i arbejdsgruppen for deres aktive deltagelse i projektet og medlemmerne af projektets følgegruppe for konstruktive diskussioner.

Annemarie Hellebek  
Lotte Fonnesbæk



## Indholdsfortegnelse

Resume .....	5
Formål .....	5
Metode .....	5
Resultater .....	6
Konklusion .....	8
Anbefalinger .....	8
Baggrund .....	9
Forekomst af lægemiddelrelaterede problemer .....	9
Lov om patientsikkerhed og primærsektoren .....	9
Særlige udfordringer ved medicinering i primærsektoren .....	10
Projektets formål .....	10
Organisation .....	10
Metode .....	11
Sammensætning af arbejdsgruppe .....	11
Ethiske overvejelser .....	11
Mødemateriale .....	12
Identifikation og rapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser .....	12
Kategorisering af hændelser .....	13
Analysemodel .....	13
Evaluering .....	15
Resultater .....	15
Indsamlede hændelser .....	15
Kerneårsagsanalyse .....	18
Arbejdsgruppens evaluering af projektføreløbet .....	21
Hvad var bedst ved projektet? .....	21
Hvilke ting i projektet skal laves om? .....	21
Indsamling af hændelser .....	21
Mødeprocessen .....	23
Mødeformen .....	25
Patientsikkerhedskultur på arbejdspladsen .....	26
Fremtiden .....	29
Diskussion .....	30
Projektføreløbet .....	30
Indsamling af hændelser .....	30
Scoring af hændelserne .....	31
Reaktioner på indsamlingen af hændelser .....	32
Mødeprocessen .....	32
Mødeformen .....	33
Patientsikkerhedskultur på arbejdspladsen .....	34
Fremtiden .....	34
Metode .....	34
Konklusion .....	35
Perspektivering til rapportering i primærsektoren .....	35
Referencer .....	37
Bilag 1. SAC-score .....	39
Bilag 2. Begrebsafklaring .....	41
Bilag 3. Mødemateriale .....	42
Bilag 4. Skema til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser .....	45
Bilag 5. Vejledning til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser .....	47



## Resume

### Formål

Formålet med projektet *Patientsikkerhed i primærsektoren – Tværfaglig analyse af medicineringsfejl i et lokalområde* var at udvikle, afprøve og evaluere en metode til tværfaglig analyse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren.

Det var målet:

- at skabe læring om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren
- at udvikle redskaber, som gør det overkommeligt at indsamle og dokumentere utilsigtede hændelser
- at bringe aktører involveret i medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren sammen
- at skabe rammer, som gør det muligt at gennemføre kerneårsagsanalyser af hændelser i en tværfagligt sammensat gruppe
- at give et billede af typerne og alvoren af medicinrelaterede utilsigtede hændelser, der identificeres i primærsektoren
- at vise, at det er muligt at gennemføre analyser, der peger fremad mod løsninger til forbedring af patientsikkerheden.

Der blev etableret en bredt sammensat følgegruppe, som gav værdifuldt input til projektgruppen. Derudover blev der nedsat en arbejdsgruppe repræsenterende fire forskellige aktører og otte personalegrupper fra den primære sundhedssektor i et lokalområde. Arbejdsgruppen havde følgende sammensætning:

1. Fra tre forskellige lægepraksis: praktiserende læge, kliniksygeplejerske og klinisk sekretær
2. Fra hjemmeplejen: social- og sundhedsassistent og hjemmesygeplejerske
3. Fra plejehjem: plejehjemssygeplejerske
4. Fra apotek: farmaceut og farmakonom.

### Metode

Arbejdsgruppen mødtes fire gange i perioden fra september 2005 til januar 2006 i et lokale på biblioteket i kommunen. I møderne deltog en proceskonsulent fra Pharmakon.

På første møde gav proceskonsulenten en introduktion til patientsikkerhed og metoden for kerneårsagsanalyse. Mødet blev afsluttet med introduktion af et skema til rapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser samt fastlæggelse af fælles aftaler vedr. indsamling. Mellem første og andet møde indsamlede alle i gruppen aktuelle medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Gruppen blev også bedt om, 12 måneder retrospektivt, at dokumentere medicinrelaterede utilsigtede hændelser, der havde involveret to eller flere af de fire aktører.

Gruppen valgte, at de indsamlede hændelser skulle samles hos et gruppemedlem (den praktiserende læge). Til brug for det andet møde blev der udarbejdet en samlet, anonymiseret oversigt over hændelserne og gennemført en alvorsvurdering. På andet og tredje møde gennemførte gruppen kerneårsagsanalyser af udvalgte hændelser. På fjerde møde blev et udkast til gruppens rapport diskuteret. Efterfølgende blev den endelige rapport skrevet og udsendt til gruppen til kommentering. Efter møderækken besvarede deltagerne et spørgeskema om processen og mødematerialet.

## Resultater

Gruppen indsamlede 47 hændelser; heraf stammede 38 fra projektperioden, mens 9 stammede fra året forud for projektperioden. I tabellen nedenfor ses, hvordan hændelserne fordeler sig i forhold til en række kendte kategorier for medicineringsfejl. De hyppigste hændelser er forkert dosering, forkert administration og forvekslinger af præparater.

Kategori	Total	%
Forkert dosering	12	26
Administrationsfejl	8	17
Præparatforveksling	8	17
Andet	6	13
Patientforveksling	4	9
Transskriptionsfejl	3	6
Forkert indikation	2	4
Forkert styrke	2	4
Dobbeltordination	1	2
For få tabletter	1	2
I alt	47	100

Hændelserne blev vurderet med hensyn til omfang og hyppighed efter en modificeret SAC-score<sup>1</sup>. Hændelsernes faktuelle og potentielle alvor fremgår af nedenstående tabel.

Hændelsen med en faktisk alvorsscore på 3 er ikke sket i primærsektoren, men stammer fra et gruppemedlems tidligere ansættelse i sygehusvæsnet flere år tilbage. Hændelsen er ikke fjernet fra denne analyse af materialet, da den er et udtryk for problemstillingen ”Det andet offer” og illustrerer behovet for, at alvorlige hændelser bearbejdes.

SAC-score	Faktuel score Antal	Potentiel score Antal	Faktuel score %	Potentiel score %
1	34	12	72	26
2	12	33	26	70
3	1*	2*	2*	4*

\* Den faktuelle hændelse er ikke foregået i primærsektoren.

26 % af hændelserne blev vurderet til at give minimal potentiel gene af praktisk karakter (SAC-score 1). 70 % af hændelserne ville potentielt kunne påvirke patientens behandling, men formentlig sådan at det er af moderat gene (SAC-score 2). Vedrørende alvor af hændelsernes faktiske konsekvenser, var der ingen hændelser i projektperioden, der havde en faktisk SAC-score på 3. 2 % af hændelserne vurderedes potentielt alvorlige (her er korrigeret for den hændelse, som ikke er foregået i primærsektoren).

Arbejdsgruppen gennemførte en kerneårsagsanalyse for fire ud af fem udvalgte hændelser. En af disse involverede også et ambulatorium, hvorfor den kun blev analyseret ud fra et primærsektorperspektiv. Der blev identificeret mellem en og tre kerneårsager til hver hændelse, og der blev foreslået mellem tre og seks handlingsplaner til hver hændelse. Handlingsplanerne omfattede bl.a. forslag til ændrede lokale arbejdsgange, herunder ændringer i procedurer og tjeklister, medicinlister sorteret efter ATC-koder, mere patientinddragelse, generisk navngivning af lægemidler og afbrydelsesfri zoner. Alle

1 Se bilag 1. Score 3 er udtryk for en alvorlig hændelse, som evt. medfører indlæggelse. Score 2 er udtryk for en hændelse, som får indflydelse på behandlingen, mens score 1 er den mindst alvorlige.

gruppens medlemmer gennemførte ændringer på egen arbejdsplads som følge af projektet. Dette er illustreret herunder ved udvalgte citater fra deltagernes evalueringer.

*"Medicinbestilling fra hjemmeplejen bliver gennemgået hver gang, ændringer bliver faxet, fejl og mangler fra plejehjemmene bliver rettet ved henvendelse til de pågældende. Har også fået et meget bedre samarbejde med apoteket."*

*"Jeg/ vi er blevet meget mere opmærksomme på vores måde at udskrive medicin på. Vi er også blevet mere positive, når apoteket ringer og spørger om et eller andet."*

*"Tidsfrister for ændringer til dosispatienter er blevet lavet om. Registreringsskema skal laves til registrering af fejl til dosispakket medicin på plejehjem."*

Projektet blev evalueret ved hjælp af et spørgeskema udsendt til medlemmerne i arbejdsgruppen. Evalueringen viste, at der var stor enighed i arbejdsgruppen om, at et sådant projekt gør en forskel, og at åbenhed omkring utilsigtede hændelser er et positivt tiltag.

*"Før var det tabu at tale om fejl, men nu kom selv sygeplejersken og indberettede fejl til brug for projektet. Det var dejligt, pludselig var det ikke kun en selv, der lavede fejl."*

*"Indsamlingen påvirkede mig i positiv retning. Før mente jeg ikke, at der blev lavet fejl, men jeg blev meget klogere. Blev meget opmærksom på genbestillinger på medicin, at det skete korrekt med medicinlisten osv. Samarbejdet med hjemmeplejen og apoteket er meget bedre i dag. Så for mig har det været en stor hjælp i hverdagen at være med i dette projekt, og jeg kunne godt tænke mig, at det fortsatte."*

Evalueringen viste, at ingen oplevede problemer med anonymitet og fortrolighed. Det tværfaglige samarbejde blev fremhævet, og specielt var det den direkte kontakt samt det at få indblik i de andre faggruppers arbejdsgange, som blev nævnt. Medlemmerne i arbejdsgruppen mente generelt, at projektet havde påvirket deres tanker omkring patientsikkerhed.

*"Det er gået op for mig, hvor vigtigt det er at være korrekt, og hvor galt det kan gå. Det er i tankerne hver dag på min arbejdsplads, og det har faktisk lettet min hverdag."*

*"Jeg har været meget glad for projektet, har lært meget og fået meget bedre kontakt med kolleger i arbejdsgruppen."*

*"Gruppen havde en fin sammensætning med en bred repræsentation fra primærsektoren. Jeg oplevede det meget positivt, og det gav en utrolig stor forståelse for hinandens arbejdsområder og arbejdsgange. Personligt har jeg nu en anden tilgang til utilsigtede hændelser, og jeg er blevet en del klogere."*

Mødematerialet, mødeformen og processen blev positivt evalueret. Skemaet til rapportering af utilsigtede hændelser og *Håndbog i kerneårsagsanalyse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser* er begge udviklet til projektet. Skemaet har fungeret godt, men gruppen har forslag til ændringer og peger på vigtigheden af, at rapportering er så simpel som mulig. Håndbogen har støttet forståelsen for processen i kerneårsagsanalysen, og det anbefales, at den bliver yderligere optimeret i forhold til anvendelse i primærsektoren.

Alle medlemmerne i arbejdsgruppen vil anbefale et tilsvarende projekt til kolleger og til andre kommuner. Med hensyn til fremtidigt arbejde med patientsikkerhed i lokalområdet, pegede gruppen på en permanent analysegruppe med enkelte faste medlemmer og et antal medlemmer, der løbende blev udskiftet. Flere af medlemmerne i arbejdsgruppen pegede på det væsentlige i, at nogle medlemmer i en analysegruppe har kendskab til patientsikkerhed og arbejdet med utilsigtede hændelser, eller alternativt at gruppen støttes af en proceskonsulent i form af en risikomanager.

*”Jeg synes ikke, man skal gentage projektet. Jeg synes, at man på baggrund af de indvundne erfaringer skal opstille en model for drift af et tværsektorielt samarbejde omkring læring fra utilsigtede hændelser ... med en fast stab, der sikrer kontinuiteten, og en skiftende gruppe deltagere, dels for at mindske arbejdsbyrden, dels for at brede kulturen ud til flere områder og personer. Organisationen skal opsættes, så der er mulighed for løbende evaluering og ændring. Endelig skal kommunens administrationspersonale også indtænkes i en varig løsning.”*

## **Konklusion**

Projektet viser, at det er muligt for en tværfaglig arbejdsgruppe, efter en kort introduktion, at indsamle og analysere medicinrelaterede utilsigtede hændelser, der involverer flere aktører i primærsektoren. Desuden viste projektet, at arbejdsgruppen kunne identificere kerneårsager og komme med forslag til handlingsplaner.

Projektet har bekræftet, at medicinrelaterede utilsigtede hændelser forekommer i primærsektoren, samt at de er hyppige og opstår hos alle aktører. Projektet viser, at det er muligt at identificerede dem. Alvorsvurderingen viser desuden, at hændelserne er alvorlige.

Samlet viser projektet, at patientsikkerhedsarbejde kan foregå tværfagligt på lokalt niveau trods forskellige organisatoriske tilhørsforhold. Alle oplevede initiativet positivt, alle gennemførte ændringer på egen arbejdsplads som følge af projektet, og alle understregede vigtigheden af at have en bred repræsentation af forskellige personalekategorier.

Projektets produkter kan frit bruges som inspiration, og de kan findes på henholdsvis [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) og [www.pharmakon.dk](http://www.pharmakon.dk).

## **Anbefalinger**

Projektgruppen har følgende anbefalinger på baggrund af projektet:

1. Ved revision af *Lov om patientsikkerhed* med henblik på inklusion af primærsektoren anbefales det, at der rettes opmærksomhed på de særlige forhold, der er gældende for primærsektoren. Her tænkes særligt på det forhold, at de sundhedsprofessionelle i primærsektoren arbejder i forskellige organisatoriske rammer. Det anbefales ligeledes, at Loven kommer til at omfatte alle sundhedsprofessionelle i primærsektoren.
2. Det anbefales, at man på det lokale niveau etablerer et tværfagligt, formaliseret samarbejde om patientsikkerhed. Projektet afslørede hændelser og risikoområder, som var forårsaget af manglende kendskab til andre lokale aktørers arbejdsforhold.
3. Det anbefales, at der uddannes risikomanagere og patientsikkerhedsansvarlige til at gå forrest i arbejdet med patientsikkerhed i kommunerne. Projektet viste, at personer, som ikke har nogen form for uddannelse i patientsikkerhed, har vanskeligt ved at styre kerneårsagsanalyser uden processtøtte.
4. Det anbefales, at analysegrupperne på kommunalt niveau sammensættes tværfagligt ud fra de fire forskellige aktører.
5. Det anbefales, at der iværksættes et program for tilpasning af analysemetoderne fra hospitalerne, så de kan bruges i primærsektoren. Herunder at den til projektet udarbejdede *Håndbog i kerneårsagsanalyse til brug for analyse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren* anvendes, men også optimeres.
6. Projektgruppen anbefaler, at der arbejdes videre på at udvikle og tilpasse et scoringssystem til primærsektoren baseret på hændelsesklassificeringsscoren (SAC-scoren).
7. Det anbefales, at der udvikles et uddannelsesprogram i patientsikkerhed til personalet i primærsektoren.

## Baggrund

### Forekomst af lægemiddelrelaterede problemer

Lægemiddelrelaterede problemer<sup>2</sup> er hyppige og kan have alvorlige konsekvenser i form af utilsigtede lægemiddelhændelser, som for eksempel indlæggelser, skadestuehenvendelser og øvrige helbredsmæssige konsekvenser. Lægemiddelrelaterede problemer har i den sammenhæng også konsekvenser for samfundsøkonomien. I en evidensrapport fra Apotekernes Dokumentationsdatabase om kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer fandtes følgende billede (1):

- Metaanalyserne viser en forekomst af lægemiddelrelaterede indlæggelser på 6-14 %
- Forekomsten af lægemiddelrelaterede indlæggelser fundet i enkeltundersøgelser er 4-10 %
- Metaanalyserne viser en forekomst af de rent bivirkningsrelaterede indlæggelser på 3-5 %
- Forekomsten af bivirkningsrelaterede indlæggelser fundet i enkeltundersøgelser er 2,5-8,0 %
- Lægemiddelrelaterede indlæggelser har indlæggelsestid over det normale
- Lægemiddelrelaterede indlæggelser har udgifter over det normale
- Ca. 2 % af indlæggelserne er dødelige
- Bivirkninger er årsag til 23-52 % af lægemiddelrelaterede indlæggelser
- Non-compliance er årsag til 2-11 % af lægemiddelrelaterede indlæggelser
- Terapisvigt er årsag til 2,5-4,5 % af lægemiddelrelaterede indlæggelser
- Hjerter-kar-medicin (specielt diuretika), antibiotika, smertestillende medicin og CNS-virkende lægemidler er risikolægemidler ifm. lægemiddelrelaterede indlæggelser
- Risikoen for lægemiddelrelaterede indlæggelser stiger med stigende alder og øget antal lægemidler. Sammenhængen med køn er usikker
- Ca. 60 % af indlæggelserne er forebyggelige, dog afhænger det af sygdomsgruppe.

Medicineringsfejl er den største gruppe af utilsigtede hændelser på sygehusene (2), og der pågår et stort arbejde med at reducere forekomsten. Dette arbejde udspringer primært af analyser af individuelle alvorlige hændelser og såkaldte aggregerede analyser af grupper af mindre alvorlige sammenlignelige hændelser (3, 4). Omfanget af medicineringsfejl i primærsektoren er ikke velbelyst (5).

### Lov om patientsikkerhed og primærsektoren

*Lov om patientsikkerhed* trådte i kraft 1. januar 2004 (6) og har i de første år alene omfattet sygehusene. Det er planen, at loven skal evalueres i 2006 med henblik på også at inddrage primærsektoren.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har siden stiftelsen i 2001 haft fokus på medicineringsproblemer, og indsatsen har i de første år primært været rettet mod sygehusene. Selskabet har fra 2004 sat fokus både på medicineringsfejl og på opstart af arbejdet med patientsikkerhed i primærsektoren (7).

I 2004 initierede Danmarks Apotekerforening et betydeligt arbejde for at få fokus på patientsikkerhed på landets apoteker støttet af redskaber, uddannelsesmaterialer og kurser. 2004 og 2005 blev udnævnt til Patientsikkerhedsår på apotekerne, og de følges af to år med fokus på implementering af klinisk farmaci i et primærsektor perspektiv. En tilsvarende bred indsats findes endnu ikke blandt praktiserende læger eller hjemmepleje/plejehjem.

Der er gennemført pilotprojekter med rapportering af utilsigtede hændelser i enkelte amter blandt enkelte lægepraksis (8), og der er gjort en indsats for at forbedre medicineringen i hjemmeplejen (9). En pilotundersøgelse af utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen er undervejs i regi af DSI Institut for Sundhedsvæsen (11). Undersøgelsen omfatter to

<sup>2</sup> Begrebsafklaring kan findes i bilag 2

områdekontorer. Formålet var at undersøge arten og omfanget af utilsigtede hændelser, samt belyse det sundhedsfaglige personales holdninger, behov og ønsker til et rapporteringssystem. En undersøgelse har ligeledes kortlagt de fejl, der registreres på apotekerne, og analyseret udvalgte aggregerede fejl (10).

I 2005 har DSAM og PLO initieret en beskrivelse af, hvorledes en organisation for patientsikkerhed kan etableres for praktiserende læger (12). En lignende beskrivelse er udarbejdet for resten af primærsektoren i en arbejdsgruppe initieret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Disse to gruppers arbejde blev ultimo 2005 udmøntet i et fælles sæt anbefalinger (13).

### **Særlige udfordringer ved medicinering i primærsektoren**

En kortlægning gennemført af Den Digitale Task Force viser, at der kan være op mod 36 overførsler af viden om medicin i primærsektoren for den enkelte patient (14). Desuden er det karakteristisk, at de forskellige aktører ikke kender hinanden og refererer til forskellige arbejdsgivere. De kommunikerer overvejende, pr. skrift enten systematisk (fx via recept) eller usystematisk (fx genbestilling af medicin til borgere på plejehjem).

Nogle aktører, men ikke alle, har nedskrevne procedurer for, hvordan de håndterer medicin i eget regi. Der er dog ingen fælles standarder for kvalitet i lægemiddelbehandlingen og ingen fælles standarder for kommunikation. Disse forhold vanskeliggør arbejdet med patientsikkerhed for medicinområdet i primærsektoren.

### **Projektets formål**

Som beskrevet ovenfor er der endnu ikke etableret en organisation for patientsikkerhedsarbejdet i primærsektoren, og i modsætning til sekundærsektoren sidder de forskellige aktører spredt, og de refererer ikke til samme arbejdsgiver.

Ideen med nærværende projekt er at skabe rammer og redskaber, så det bliver overkommeligt dels at indsamle og dokumentere utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemidler i primærsektoren og dels at identificere kerneårsager og forslag til løsninger ved dialog og samarbejde mellem apotek, praktiserende læger, plejehjem og hjemmeplejen.

Formålet er således at gennemføre et udviklingsprojekt vedr. patientsikkerhed i lægemiddelanvendelsen i primærsektoren i samarbejde mellem praktiserende læger, apoteker og hjemmepleje med henblik på:

1. At skabe læring om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren
2. At udvikle og afprøve modeller for hvordan man kan organisere lokalt samarbejde om indsamling, analyse og forebyggelse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren.

Målet er i første omgang at få erfaring med samarbejdet mellem aktørerne vedr. patientsikkerhed gennem anonymiseret rapportering af utilsigtede hændelser til hinanden med henblik på videndeling, analyse af årsager, samt opstilling og implementering af løsningsstrategier. Et delmål er således at afprøve en mulig model for tværfaglig analyse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

Et andet delmål er, at modellen kan overtages og videreføres af deltagerne, ligesom materialerne kan stilles til rådighed for tilsvarende grupper i andre lokalområder.

### **Organisation**

Projektet er gennemført i samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon. Projektet har modtaget økonomisk støtte fra "Apotekerfonden af 1991" og "Læge Sofus Carl Emil Friis og hustru Olga Doris Friis' Legat".

#### *Projektgruppe:*

Læge, ph.d. Annemarie Hellebek, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.  
Udviklingskonsulent Pia Knudsen, projektkoordinator Lotte Fønnesbæk og udviklingschef Hanne Herborg, Forsøgs- og udviklingsfunktionen, Pharmakon.

#### *Følgegruppe:*

Vicekontorchef Aase Nissen, KAEVEN – Københavns Amts Enhed for Rationel Lægemiddelanvendelse  
Praktiserende læge Aase Jacobsen, Albertslund  
Apoteker Lone Elken, Værløse Apotek  
Ældrechef Gitte Ammundsen, Værløse Kommune (ansvarlig for plejehjem og hjemmepleje).

## **Metode**

Projektet gennemføres som et udviklingsorienteret pilotprojekt i et lokalområde med repræsentation fra interesserede apoteker, lægehuse og hjemmepleje/plejehjem.

### **Sammensætning af arbejdsgruppe**

Der blev etableret en "arbejdsgruppe" til projektet. I overensstemmelse med almindelige principper for sammensætning af patientsikkerhedsteams blev gruppen sammensat, så den bestod af både erfarent og uerfarent personale og repræsenterede personale fra forskellige faggrupper.

Gruppen bestod af:

- en praktiserende læge
- en klinisygeplejerske
- en klinisk sekretær
- en hjemmesygeplejerske
- en social- og sundhedsassistent
- en plejehjemssygeplejerske
- en farmaceut
- en farmakonom
- en proceskonsulent, farmaceut fra Pharmakon.

Gruppens medlemmer blev udpeget af projektgruppen samt et medlem fra arbejdsgruppen med et bredt kendskab til de forskellige faggrupper i lokalområdet. Projektgruppen valgte lokalområdet ud fra viden om, at der her var interesse for patientsikkerhedsarbejdet. Desuden er området meget velafgrænset – en kommune, et apotek og en veldefineret gruppe af praktiserende læger.

### **Etiske overvejelser**

Det forhold, at primærsektoren ikke er omfattet af *Lov om patientsikkerhed*, blev diskuteret med projektets følgegruppe. Projektet lovede anonymitet af institution og personale i projektet. Der kunne dog opstå en situation, hvor projektgruppen blev bekendt med en meget alvorlig utilsigtet hændelse. I et sådant tilfælde blev det besluttet, at projektgruppen skulle opfordre de involverede til at tale med deres leder om problemet og følge sædvanlig praksis.

På apoteker er der en lang tradition for dokumentation af fejl og utilsigtede hændelser. Der er således velbeskrevne retningslinier for, hvad der skal gøres i tilfælde af fejl og utilsigtede hændelser. Plejehjemmet og hjemmeplejen havde arbejdet med kvalitetssikring, og kommunens repræsentant i følgegruppen mente ikke, at der var behov for særlige forholdsregler eller information.

Det blev vurderet, at information til områdets læger var særlig vigtig. Den praktiserende læge, som har deltaget i projektet, orienterede sine kolleger på et møde. Den umiddelbare

reaktion var her, at der var interesse – og flere gav tilsagn til, at hændelser, som involverede deres praksis, kunne anvendes.

Efterfølgende blev der udsendt et brev fra projektgruppen til alle praktiserende læger i området. Lægerne blev informeret om, at indrapporteringen var fortrolig, og at alle hændelser blev anonymiseret, inden databehandlingen blev begyndt, således at ingen navne på hverken patienter eller ansatte i lægepraksis, hjemmepleje eller plejehjem ville være tilgængelige. De blev orienteret om, at evt. anonymisering og sortering blev foretaget lokalt af den deltagende læges sekretær. Lægerne blev bedt om at give skriftligt tilsagn om, at hændelser, som involverer deres praksis, må anvendes i en anonymiseret form. En ud af 11 læger gav ikke tilsagn.

Hændelser, som involverede læger uden for lokalområdet, blev ikke medtaget.

### **Mødemateriale**

Mødematerialet blev udviklet med udgangspunkt i ”Kompendium i kerneårsagsanalyse” udviklet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed (16) og i det materiale, som blev udviklet til projektet ”Apotekets forebyggelse af fejl” (10). Al materiale blev samlet i en mappe og udleveret til alle medlemmer af arbejdsgruppen. Indholdet af mappen fremgår af bilag 3.

Det anvendte materiale bestod af PowerPoint præsentationer, dagsorden for møderne, ”Håndbog i kerneårsagsanalyse” samt udvalgt dansk litteratur omkring medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

Der blev lagt vægt på at forenkle sprogbrugen i materialet til brug for en bredere sammensat gruppe i primærsektoren og samtidigt målrette præsentationerne til medicinområdet. Desuden blev der lagt vægt på at målrette ”Håndbog i kerneårsagsanalyse” (17) til medicinområdet i primærsektoren. Derudover blev der indført et ekstra møde (møderækker i sekundærsektoren er normalt på 3 møder) med henblik på at introducere hele patientsikkerhedsområdet og instruere i rapportering.

### **Identifikation og rapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser**

I en periode på knap 2 måneder mellem første og andet møde indsamlede alle i gruppen aktuelle medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Gruppen blev også bedt om 12 måneder retrospektivt at dokumentere utilsigtede medicinrelaterede hændelser, der havde involveret to eller flere aktører. Hændelserne skulle være forekommet eller opdaget på deres arbejdsplads.

For læge, praksissygeplejerske og sekretær omfattede arbejdspladsen hele klinikken inklusiv eventuelle andre læger i kompagniskab. I kommunen er der 2 lægehuse og 6 solopraksis. Det betyder, at der i projektet indgår hændelser fra 3 ud af kommunens 8 klinikker, hvilket svarer til 5 ud af kommunens 11 praktiserende læger.

Der er to selvejende plejehjem i kommunen og et plejecenter for demente borgere med 16 permanente boliger. I projektet deltog en sygeplejerske fra en af de selvejende plejehjem, som har en totalnormering på 55 personer, fordelt på følgende personalekategorier: pleje, genoptræning, rengøring og andet (køkken, teknik og administration). Plejhjemmet har 54 plejeboliger og 6 aflastningspladser. For plejhjemssygeplejersken omfattede arbejdspladsen ca. halvdelen af plejhjemmet.

For social- og sundhedsassistenten og hjemmesygeplejersken omfattede arbejdspladsen den gruppe af hjemmesygeplejen, som de organisatorisk er tilknyttet.

For farmakonom og farmaceuten omfattede arbejdspladsen hele apoteket med i alt 2 farmaceuter, 9 farmakonomer og apotekeren.

Det er ikke muligt at estimere et entydigt patientgrundlag for projektet, idet apotekets patientgrundlag omfatter hele kommunen, mens de øvrige medlemmer af arbejdsgruppen omfattede forskellige mindre delmængder af kommunens borgere.

Rapporteringen foregik på papirschema. Projektgruppen havde et ønske om, at arbejdsgruppen selv kunne medvirke til at kategorisere hændelserne, hvorfor skemaet blev en blanding af rubrikker til beskrivelse af hændelsen samt til kategorisering (bilag 4). Der blev udarbejdet en detaljeret vejledning til rapporteringsskemaet (bilag 5).

Skemaet blev udarbejdet af projektgruppen på baggrund af rapporteringsskemaer fra projektet "Apotekets forebyggelse af fejl" (10) og projektet "Utilsigtede hændelser. Evaluering af et kvalitetsudviklingsprojekt i almen praksis" (8).

Gruppens udfyldte skemaer blev sendt til den deltagende lægepraksis, hvor de blev indtastet i et regneark af en sekretær. Indtastningen indeholdt ikke oplysninger, der kunne føre tilbage til personale eller patient.

### **Kategorisering af hændelser**

Hændelserne blev scoret af den deltagende læge efter en modificeret SAC-score:

- 1 = Hændelsen når ikke patienten, eller kun uvæsentlig
- 2 = Hændelsen når patienten, får indflydelse på behandlingen
- 3 = Hændelsen når patienten, hændelsen medfører indlæggelse.

Scoringen blev foretaget for såvel den skade, som reelt blev påført patienten (faktuel score), som for den skade, som patienten kunne have fået, hvis hændelsen ikke var blevet opdaget eller hvis patienten havde været mindre robust (potentiel score). Hændelserne blev herudover kategoriseret efter hvilke aktører, der var involveret og efter hvilke systemproblemer, der umiddelbart kunne identificeres.

### **Analysemodel**

Projektet tog udgangspunkt i modellen for den aggregerede kerneårsagsanalyse, som er beskrevet nedenfor.

En aggregeret analyse af utilsigtede hændelser foregår på sygehusene i flg. trin (15):

1. Risikomanageren trækker relevante utilsigtede hændelser ud af sit rapporteringssystem
2. Risikomanageren strukturerer data fra hændelserne og vælger hvilke hændelser/typer af hændelser, der skal analyseres nærmere
3. Risikomanageren samler en gruppe, der skal analysere hændelserne
4. Risikomanageren afholder en struktureret møderække med gruppen, hvorunder hændelserne analyseres med udgangspunkt i "Håndbog i kerneårsagsanalyse"
5. Efter møderækken formulerer risikomanageren en analyserapport, hvis forslag om ændringer vurderes i fx et kvalitetsråd.

Der blev gennemført fire møder á 3½ times varighed i perioden fra ultimo september 2005 til primo januar 2006.

På møderne diskuterede og analyserede arbejdsgruppen de indkomne medicinrelaterede utilsigtede hændelser, forslag til handlinger og implementeringsmuligheder med udgangspunkt i "Håndbog for kerneårsagsanalyse". Håndbogen var bearbejdet af projektgruppen til formålet.

Gruppelederen var en farmaceut fra lokalområdet, assisteret af en proceskonsulent med indblik i patientsikkerhed.

Der blev til hvert møde udsendt en dagsorden, og møderne foregik nøje struktureret:

#### Dagsorden for første møde i arbejdsgruppen

1. Baggrunden for møderækken
2. Introduktion til projektet Patientsikkerhed i primærsektoren
3. Gennemgang af forløb for møderne
4. Præsentation af alle deltagere og møderegler
5. En kort introduktion til patientsikkerhed
6. Præsentation af kerneårsagsanalyse som metode – illustreret med eksempel
7. Pause
8. Gennemgang af viden om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren
9. Gennemgang og beskrivelse af medicineringsvejene i lokalområdet – Hvordan plejer vi at gøre?
10. Præsentation af rapporteringsskema og vejledning
11. Aftaler vedr. indsamling af hændelser
12. Opsummering til rapport fra gruppen
13. Aftaler vedr. evt. hvad der kan refereres fra mødet.

#### Perioden mellem første og andet møde

Alle bidrager til at indsamle hændelser, som sker i projektperioden. Alle registrerer udvalgte tidligere hændelser, som involverer mindst 2 aktører fra primærsektoren så langt som et år tilbage.

#### Dagsorden for andet møde i arbejdsgruppen

1. Opsamling fra sidste møde – Hvad talte vi om?
2. Præsentation af indsamlede hændelser
3. Pause
4. Placering af hændelser i forløbsdiagram
5. Diskussion af hvad gruppen skal analysere
6. Diskussion af evt. behov for indsamling af yderligere oplysninger
7. Aftaler frem til næste møde
8. Opsummering til rapport fra gruppen
9. Aftaler vedr. evt. hvad der kan refereres fra mødet.

#### Perioden mellem andet og tredje møde

Evt. indsamling af supplerende oplysninger.  
Forberedelse til analysen på tredje møde: Gennemlæsning af hændelser og brug af analysehåndbog.

#### Dagsorden for tredje møde i arbejdsgruppen

1. Opsamling fra sidste møde – Hvad talte vi om?
2. Analyse af de udvalgte hændelser og identifikation af kerneårsager
3. Diskussion af muligheder og forslag til løsninger
4. Pause
5. Opstilling af handlingsplaner
6. Opsamling på konklusioner
7. Aftaler frem til næste møde
8. Opsummering til rapport fra gruppen
9. Aftaler vedr. evt. hvad der kan refereres fra mødet.

#### Perioden mellem tredje og fjerde møde

Læsning af rapportudkast fremsendt en uge før fjerde møde.

#### Dagsorden for fjerde møde i arbejdsgruppen

1. Opsamling fra sidste møde – Hvad talte vi om?
2. Diskussion af rapportudkast – løsningsforslag rettes til, og implementeringsforslag skrives ind
3. Pause
4. Evaluering af mødeprocessen for gruppen

5. Evaluering af modellen i projektet – og anbefalinger til model for et forsat arbejde lokalt, samt model for udbredelse i andre lokalområder
6. Aftaler vedr. evt. hvad der kan refereres fra mødet.

Efter første og andet møde blev der ført referat. Derefter blev der udelukkende arbejdet på rapporten.

## Evaluering

Ved projektets afslutning blev arbejdsgruppens tilfredshed med processen og med udbyttet for patientsikkerheden evalueret gennem et spørgeskema. Spørgeskemaet blev udarbejdet til denne undersøgelse og tilstræbte at afdække gruppens generelle holdninger til rapportering og analyse, deres vurdering af den til projektet knyttede metode (herunder mødematerialet) samt deres vurdering af resultaterne fra projektet. Evalueringsskemaet tog udgangspunkt i det udleverede materiale og en patientsikkerhedskulturundersøgelse fra H:S (19).

Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk. Programmet ”*Select Survey ASP Advanced*” blev anvendt. Halvdelen af gruppen svarede elektronisk. Den anden halvdel af svarene kom i papirversion. Det viste sig ved dataopførelsen, at de uddybende kommentarer til de kvantitative svar for de fire, som svarede elektronisk, ikke var blevet registeret. Disse fire gruppemedlemmer er derfor efterfølgende blevet kontaktet for at genkonstruere nogle af de forsvundne kommentarer. Det drejede sig specifikt om de spørgsmål, hvor arbejdsgruppen ikke havde en entydig evaluering. Tre svarede tilbage.

Alt i alt vil det sige, at der findes et fuldt kvantitativt datasæt, men at kommentarerne til de kvantitative svar ikke er fuldstændige.

Der er ud fra de data, der forefindes, foretaget en deskriptiv analyse, suppleret med udvalgte citater til understøttelse af resultaterne.

## Resultater

### Indsamlede hændelser

Gruppen indsamlede 47 hændelser, heraf var 38 fra projektperioden, mens 9 stammede fra året forud for projektperioden. Blandt hændelserne var der tolv, som scorede faktisk 2 og en som scorede faktisk 3 (tabel 1). Hændelsen, der scorede 3, var ikke foregået i primærsektoren, men stammede fra et gruppemedlems tidligere ansættelse i sygehusvæsenet flere år tilbage.

SAC-score faktisk	Antal	%
1	34	72
2	12	26
3	1	2
I alt	47	100

Tabel 1

Der var 2 hændelser, som scorede potentiel 3, og 33, som scorede potentiel 2 (tabel 2).

SAC-score potentiel	Antal	%
1	12	26
2	33	70
3	2	4
I alt	47	100

Tabel 2

Der blev rapporteret flest hændelser fra lægepraksis og færrest fra hjemmeplejen (tabel 3).

Rapportør	Antal	%
Apotek	17	37
Hjemmepleje	2	4
Plejhjem	4	9
Praksis	23	50
Ikke angivet	1	0
I alt	47	100

Tabel 3

Alle hændelserne undtagen to involverede to eller flere aktører (tabel 4).

Aktører involveret direkte i hændelse	Antal gange
Læge	35
Apotek	25
Patient	24
Plejhjem	11
Pårørende	8
Hjemmepleje	6
Sygeplejerske	4
Sekretær	3
Sygehus	3

Tabel 4

Hændelserne fordelte sig i medicineringsprocessen som vist i tabel 5.

Hvilket led	Total	%
Ordination	29	62
Dosering	8	17
Rekvisition	4	9
Monitorering	2	4
Transskription	2	4
Udlevering	2	4
I alt	47	100

Tabel 5

Hændelserne blev yderligere opdelt efter forekomster af en række karakteristiske medicineringsfejl. De hyppigste fejl var inden for forkert dosering, forkert administration og forvekslinger af præparater (tabel 6).

Kategori	Total	%
Forkert dosering	12	26
Administrationsfejl	8	17
Præparatforveksling	8	17
Andet	6	13
Patientforveksling	4	9
Transskriptionsfejl	3	6
Forkert indikation	2	4
Forkert styrke	2	4
Dobbeltordination	1	2
For få tabletter	1	2
I alt	47	100

Tabel 6

Personalet kategoriserede hvilke systemfejl, de så som årsager til hændelserne. Den hyppigste årsag var manglende kontrol, herefter kom problemer med edb. Problemer med manglende oplæring var kun nævnt i to hændelser (tabel 7).

Årsag	Antal
Manglende kontrol	15
Edb-problemer	14
Uhensigtsmæssig ordination	13
Problemer i skriftlig kommunikation	12
Problemer i mundtlig kommunikation	9
Forvekslinger	8
Uhensigtsmæssig dispensering/administration	6
Forglemmelse	6
Stort arbejdspress	5
Forstyrrelse/afbrydelse	5
Manglende procedure	3
Fejl i overførsel af dokumentation	3
Manglende oplæring	2

Tabel 7

## Kerneårsagsanalyse

Arbejdsgruppen besluttede at analysere fem hændelser. Disse hændelser blev valgt, da de alle har en faktisk og potentiel SAC-score på 2 eller 3. Desuden er der to eller flere aktører involveret i hændelsen. Der var ingen hændelser, der var så ensartede, at man kunne analysere dem sammen.

Kerneårsagsanalysen er udført og dokumenteret af arbejdsgruppen. Gruppens rapport for kerneårsagsanalysen er i denne sammenhæng et fortroligt arbejdsdokument og er derfor ikke vedlagt denne rapport.

Arbejdsgruppen gennemførte kerneårsagsanalyse for fire ud af de fem udvalgte hændelser. En af hændelserne blev vurderet, men kunne ikke analyseres til bunds, idet den involverede aktører (pårørende), der ikke var repræsenteret i arbejdsgruppen. Endnu en af hændelserne viste sig at involvere et ambulatorium, hvorfor den kun blev analyseret ud fra et primærsektorperspektiv. Der blev identificeret mellem en og tre kerneårsager til hver hændelse og foreslået mellem tre og seks handlingsplaner til hver hændelse. I den efterfølgende deltagerevaluering giver flere udtryk for, at der fortsat arbejdes med forebyggelse af utilsigtede hændelser, og at alle aktører gennemførte ændringer som følge af projektet.

I det følgende beskrives de fem hændelser kort med konsekvensvurdering og gruppens forslag til handlingsplaner.

### 1. Dobbeltordination

En patient fik skriftligt at vide fra ambulatoriet, at hans rygsmærter ikke kunne behandles operativt. Han skulle i stedet tage paracetamol 1 g 3 gange daglig og komme til kontrol efter 4 uger for at få vurderet effekten af behandlingen. Patienten tager i forvejen Pinex 1 g 4 gange daglig. Patienten havde ved ambulatoriebesøget afleveret en total medicinliste, hvor Pinex-ordinationen var anført. Patienten opdagede sammenfaldet af de to ordinationer og ringede til egen læge.

Konsekvens: Der skete intet, men hvis patienten ikke havde været opmærksom, ville han have indtaget 7 g paracetamol i døgnet og dermed være blevet forgiftet (SAC faktisk 1, SAC potentiel 3).

Forslag til handlingsplaner:

- at finde løsninger, som kan lette overblikket over polymedicinerede patienters lægemiddelbehandling, fx
  - at hjemmeplejens medicinlister sorteres efter ATC-gruppeniveau (fx at alle smertestillende lægemidler står sammen, derefter alle hjerte-kar-lægemidler)
  - at få udviklet en funktionalitet i både lægernes og apotekernes edb-systemer, således at sortering på forskellige ACT-niveauer muliggøres
- at sørge for at alle patienter har en opdateret oversigt over deres egen medicin
- at implementere Elektronisk Patient Journal (EPJ) på sygehuse
- at formidle til sygehuse, hvordan praksis er vedr. medicinlister i de enkelte kommuner, fx via læge fra praksiskonsulentordningen
- at alle aktører er særligt opmærksomme og tjekker, når lægemidler fås både i håndkøb og på recept og både kan bruges pn. og i fast dosering
- at implementere et fast tilbud om medicingennemgang til polyfarmacipatienter.

### 2. Forkert antihypertensiv behandling

En beboer på plejehjem fik målt for lavt blodtryk ved generelt tjek hos egen læge. Beboeren var nyligt tilflyttet plejehjemmet og var derfor ny patient hos lægen. Pårørende medbragte medicinliste, hvor tidligere læge i anden kommune havde ordineret en ændring af behandlingen (seponering af Selo-Zok), som ikke var blevet implementeret inden flytningen, hvorfor behandlingen var fortsat. Herved blev det opdaget, at den ny praktiserende læges oplysninger om patientens medicin ikke var identiske med

plejehjemmets. Patienten fik dosispakket medicin ved flytning, og dette var fortsat. Doseringskort blev overført (gælder i 2 år). Ved indflytning på plejehjem var der målt et for lavt blodtryk, men der var ikke blevet reageret på det. Patienten blev således medicineret trods for lavt blodtryk og seponeret behandling.

Konsekvens: Svimmelhed som følge af for lavt blodtryk (SAC faktisk 2, SAC potentiel 2).

Forslag til handlingsplaner:

- at plejehjemmets arbejdsgange ved modtagelse af nye beboere evalueres
- at plejehjemmets retningslinjer for måling af blodtryk evalueres med henblik på, hvem må tage blodtryk
- at indføre instruktion for hvordan der skal reageres, hvis blodtrykket ligger over eller under normale værdier
- at indføre en procedure for, hvornår ny læge skal tilse ny patient ved indflytning på plejehjem
- at etablere rutiner og procedurer hos læge for tjek af patienter, som modtager dosisdispensering, således at det ligger fast, hvordan læge, hhv. sekretær, håndterer dette
- at etablere kultur for arbejdsgange uden afbrydelser hos læge/sekretær ved kontrol af doseringskort.

### 3. Pårørendes medicinadministration

Klient i hjemmeplejen fik doseret medicin. Ved besøg i hjemmet konstaterede hjemmeplejen, at pårørende havde doseret, og at der var lagt 1 tablet af et lægemiddel i æskerne i stedet for ½ tablet, som var ordineret.

Konsekvens: Patienten fik dobbelt dosis i en periode. Der var ingen faktuelle gener af dette, men idet der var tale om et NSAID kunne patienten i værste tilfælde have udviklet mavesår (SAC faktisk 1, SAC potentiel 3).

(Gruppen diskuterede denne hændelse, men kunne ikke gennemføre en fuld kerneårsagsanalyse, idet der ikke var patienter/pårørende med i analysegruppen).

Forslag til handlingsplaner:

- at indføre en markering på doseringsæskerne, som information til pårørende om, at medicinen doseres af hjemmeplejen, og angive kontaktoplysninger, som kan anvendes i tilfælde af tvivlsspørgsmål
- at indføre en oversigt i samarbejdsbog, hvoraf det fremgår, hvornår der sidst er doseret, og hvornår der doseres næste gang
- at undgå dosering af halve tabletter generelt.

### 4. Substitution

En patient har i en periode taget dobbeltdosis blodtryksmedicin (to præparater), idet han ikke har været klar over, at det ene præparat var et kopipræparat med samme indholdsstof som det andet.

Konsekvens: Patienten var generet af bivirkninger af den høje dosis (SAC faktisk 2, SAC potentiel 2)

Forslag til handlingsplaner:

- at give patienterne medansvar for medicinen, fx ved:
  - ved ordination og receptfornyelse at informere patienten om, at der findes kopipræparater således, at de har mulighed for at tage et medansvar for at have styr på medicinen
  - at lære patienterne i lægepraksis og kunderne på apoteket, hvad det aktive indholdsstof i deres medicin hedder

- at indføre en praksis, hvor lægen ved ordination tjekker, hvad vedkommende sidst fik udleveret på apoteket ved at slå op i patientens medicinprofil – og så rådgive ud fra den viden
- at indføre et tilbud om, at apoteket altid tjekker i PEM mht. dobbeltmedicinering eller risiko for problemer som resultat af substitution
- at supplere den mundtlige information på apoteket om, hvad medicinen hedder i dag, og hvad den evt. hed sidst
- at indføre generisk ordination i Danmark; alternativt at foreslå, at indholdsstoffet fremgår af recepten
- at foreslå ændring af mærkningsbekendtgørelsen, så der bliver krav om, at lægemiddelpakninger designes således, at det generiske navn fremgår tydeligst (primært) og handelsnavnet er sekundært
- at arbejde for udvikling af software i lægesystemer, som gør, at lægen kan sortere ordinationer ATC-kodevis.

## 5. Dosisdispensering

En patient fik dosispakket medicin. Dosis af Mandolgin blev ændret fra 50 mg 3 gange daglig til 50 mg 2 gange daglig. Da dosiskortet som kontrol blev faxet til lægen figurerede både Mandolgin 3 gange daglig og 2 gange daglig. Ved kontakt til apoteket viste det sig, at det felt, hvor lægen angiver, at der er tale om en dosisændring, ikke er blevet overført fuldstændigt til apotekets edb-system. Apoteket når at kontakte pakkeapoteket, før end medicinen doseres og pakkes.

Konsekvens: Der skete intet, idet fejlen blev opdaget, inden at medicinen blev pakket. Hvis fejlen ikke var blevet opdaget, kunne patienten risikere at få Mandolgin i dobbeltdosis (SAC faktisk 1, SAC potentiel 2).

Forslag til handlingsplaner:

- at apoteket udarbejder doseringskort således, at ordinationerne på kortet er ordnet ATC-gruppevis, hvilket giver mulighed for et større overblik over lægemidlerne hos alle aktører (apotek, lægepraksis og plejehjem)
- at vidensdele om problemerne i, at lægerne har forskellig praksis vedr. ordinationsændringer for patienter i dosisdispensering; dette kan bl.a. anskueliggøres ved, at apoteket faxer Edi-recepter tilbage til udsteder
- at fremføre ønske til apotekets software-leverandør om implementering af beslutningsstøtte i form af bl.a. tjek for dobbeltmedicinering og normalt dosisinterval
- at udarbejde en politik for afbrydelser ved kontrol af dosiskort – både på apoteket og i lægepraksis.

Gruppen har i forbindelse med kerneårsagsanalysen af hændelserne diskuteret en lang række forhold, herunder forslag til handlingsplaner, som ikke retter sig mod en konkret kerneårsag, men som gruppen mener, vil kunne øge patientsikkerheden.

Eksempelvis kunne den praktiserende læge godt se et samarbejde med farmaceuten og sygeplejersken på plejehjemmet om medicingennemgang, som er målrettet patienter, som får medicinen dosisdispenseret. Disse patienter er oftest polymedicinerede, og der er en øget risiko for lægemiddelrelaterede problemer.

Et andet forhold, som blev diskuteret i gruppen, var, at der pr. 1. januar 2006 trådte en ny samarbejdsaftale i kraft mellem kommunen og et privat firma. Aftalen betyder, at borgere med hjemmepleje nu får deres indkøb via dette firma – herunder medicin med mindre borgeren modsætter sig det og finder en anden privat løsning. Gruppen ser på dette tiltag med stor bekymring og mener, at der er en reel risiko for en forringet patientsikkerhed.

## Arbejdsgruppens evaluering af projektorløbet

Projektet blev evalueret ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse til medlemmerne i arbejdsgruppen.

### Hvad var bedst ved projektet?

Ved spørgsmålet "Hvad var bedst ved projektet?" var det meget tydeligt, at medlemmerne af arbejdsgruppen var glade for det tværfaglige arbejde. Specielt var det indsigt i de andre faggruppers arbejdsgange, der blev fremhævet som vigtig. Denne indsigt gav en øget forståelse for de forskellige faggruppers arbejdsgange og dermed også for, hvorfor fejl kunne ske. I dette fællesskab blev "hullerne", der fandtes i patientsikkerhed i primærsektoren i det tværfaglige arbejde, mere synlige, og dette skabte en øget forståelse for vigtigheden af, at der blev samarbejdet på tværs, samt en øget tolerance. En anden vigtig faktor var den, at man i gruppen fik ansigt på nogle mennesker, hvilket ligeledes var positivt i forhold til samarbejdet.

Et af gruppens medlemmer udtrykker det således:

*Hvad var bedst ved projektet? "Være i samarbejde med alle instanser, som man taler med i hverdagen, men ikke har ansigt på. Man bliver meget mere bevidst om arbejdsgangen, får nye idéer og ikke mindst meget mere opmærksomhed på, hvor vigtigt det er, at alle gør en indsats for, at tingene glider. Vi taler indbyrdes meget bedre sammen, os der var med i projektet."*

En anden siger:

*Hvad var bedst ved projektet? "Det tværfaglige samarbejde. En stor fordel at have kendskab til hinandens arbejdsområde og arbejdsgange. Det giver en større forståelse for, hvorfor der kan ske fejl."*

### Hvilke ting i projektet skal laves om?

Til spørgsmålet "Hvilke ting i projektet skal laves om?" var svarene ikke så entydige. Der blev dels peget på, at kerneårsagsanalysen skulle tilpasses bedre til primærsektoren, og at der skulle ske en forbedring af indrapporteringsskemaet af de utilsigtede hændelser.

Medlemmernes kendskab til analyseprocessen og hele patientsikkerhedskulturen er vigtig for dynamikken i gruppen. To af gruppemedlemmerne pegede på denne problemstilling:

*"Der har været termer/ord, der har været nye og fremmede. Det kunne være en god idé med en teoretisk gennemgang af teorien bag".*




*"Jeg forestiller mig, at 'indkøringsfasen' altid vil være lidt tungere, i og med vi ikke var fuldt sat ind i metoden på forhånd. Jeg er sikker på, at hvis der blev etableret egentlige grupper fremover, ville det køre mere glat".*

En etablering af egentlige patientsikkerhedsgrupper i lokalområdet samt udbredelsen af sikkerhedskulturen i lokalområdet var også en pointe i et svar:

*"Svagheden ved den form, vi arbejdede på i projektet, var den manglende universalisering til resten af lokalområdets praksis, plejehjem m.m. Jeg kunne forestille mig en driftsform, hvor der dels var en fast stab, der sikrede kontinuiteten, derudover dels var skiftende medlemmer, så kulturændringen lettere blev bredt ud i hele lokalområdet".*

### Indsamling af hændelser

Halvdelen af arbejdsgruppen syntes, at skemaet til indrapportering af hændelser var 'godt', hvorimod den anden halvdel opfattede skemaet som 'middel' eller 'under middel' (tabel 8). Skemaet blev vurderet positivt i forhold til, at det gjorde en registrering overskuelig og ensartet. Der blev dog peget på specifikke kategorier, som kunne misforstås.

Hvad er din samlede vurdering af skemaet til indrapportering af hændelser?			
		Antal svar	Procent
Meget godt		0	0 %
Godt		4	50 %
Middel		3	38 %
Under middel		1	12 %
Utilfredsstillende		0	0 %
Totale antal svar			8

Tabel 8




Gruppen blev bedt om at indsamle hændelser for perioden 1 år tilbage og frem til deres andet møde. Disse blev derefter samlet hos en sekretær, som udarbejdede et samlet overblik over hændelserne. Dette blev af alle vurderet som 'meget godt' og 'godt'.

Ingen i gruppen oplevede problemer med anonymitet og fortrolighed. Gruppemedlemmerne oplevede, at deres kolleger modtog indsamlingen af hændelserne 'meget' eller 'godt', og i nogle tilfælde deltog kollegerne aktivt i indsamlingen af hændelserne.

I et tilfælde kom det frem, at indsamlingen var med til at nedbryde barrierer og introducere en patientsikkerhedskultur:

*"Før var det tabu at tale om fejl, men nu kom selv sygeplejersken og indberettede fejl til brug til indberetningerne. Det var dejligt, pludselig var det ikke kun en selv, der lavede fejl".*

Næsten samme billede viste sig i forhold til ledelsen (tabel 9). En havde ikke svaret, da der endnu ikke havde været mulighed for en tilbagemelding fra ledelsen.

Hvordan oplevede du, at din ledelse modtog indsamlingen af hændelserne?			
		Antal svar	Procent
Meget godt		5	71 %
Godt		1	14 %
Middel		1	14 %
Under middel		0	0 %
Utilfredsstillende		0	0 %
		Totale antal svar	7
		(ikke svaret)	1

Tabel 9

Generelt øgede indsamlingen af hændelserne opmærksomheden på fejlhændelser. For en enkelt af medlemmerne kom gamle, ikke færdigbearbejdede hændelser frem under indsamlingen. I indsamlingsprocessen fik nogle gruppemedlemmer taget deres arbejdsrutiner op til revision i forhold til patientsikkerhed. Indsamlingen fik også synliggjort problemområder.

Det, at de indsamlede hændelser blev diskuteret i gruppen, gjorde også, at der blev reflekteret over samarbejdet med de andre faggrupper. Som to gruppemedlemmer udtrykker det:

*"Indsamlingen påvirkede mig i en positiv retning. Før mente jeg ikke, der blev lavet fejl, men jeg blev meget klogere. Blev meget opmærksom på genbestillinger på medicin, at det skete*

korrekt med medicinlisten, osv. Samarbejdet i dag er meget bedre med hjemmeplejen og apoteket. Så for mig har det været en stor hjælp i hverdagen at være med i dette projekt, og jeg kunne godt tænke mig, at det fortsatte”.

”Ja, det har helt sikkert skærpet min opmærksomhed på mulige fejl i kommunikationen mellem sektorer. Det har også øget min forståelse for, hvorfor fx apoteket reagerer en gang imellem. Plejehjemmene får deres uklare fax retur med ønsket om præcisering, hvor jeg måske før regnede med, at jeg vidste, hvad de mente”.

### Mødeprocessen

Som helhed vurderede patientsikkerhedsgruppen afviklingen af møderne positivt (tabel 10).

Hvordan vil du som helhed vurdere afviklingen af møderne?		Antal svar	Procent
Meget godt		7	88 %
Godt		1	12 %
Middel		0	0 %
Under middel		0	0 %
Utilfredsstillende			0 %
		Totale antal svar	8

Tabel 10




Blandt andet blev der peget på, at det var godt med en dagsorden til hvert møde. En god atmosfære blev også fremhævet som noget positivt.

Relevansen af materialet blev vurderet som 'meget godt' og 'godt' af gruppemedlemmerne (en havde ikke svaret). Det, at materialet var samlet i en færdig mappe, blev fremhævet positivt. En nævnte, at noget af litteraturen om medicineringsfejl og utilsigtede hændelser måske kunne undværes.

Som noget af det første præsenterede de enkelte deltagere i patientsikkerhedsgruppen sig, og dette fandt alle otte deltagere relevant. Præsentationen blev trukket frem som noget positivt i forhold til det videre samarbejde i gruppen. Igen blev vigtigheden af at få ansigter på hinanden fremhævet.

”Meget relevant, også da det er nogle mennesker, som man enten allerede kommunikerer med eller kan bruge ved denne lejlighed. Dejligt at få sat ansigt på stemmen”.




I gruppen blev medicineringsvejene i lokalområdet gennemgået, dette blev generelt vurderet positivt af gruppen (tabel 11). Det var positivt, at man fik forstået alles arbejdsgange i denne proces og eventuelt revurderet egne procedurer. Ulempen var, at det blev meget komplekst.

Hvordan vurderer du relevansen af patientsikkerhedsgruppens fælles skitsering af medicineringsvejene i kommunen?			
		Antal svar	Procent
Meget godt		5	62 %
Godt		2	25 %
Middel		1	12 %
Under middel		0	0 %
Utilfredsstillende		0	0 %
		Totale antal svar	8

Tabel 11

Der blev i gruppen indgået aftaler vedrørende indsamling af hændelser, og alle i gruppen oplevede, at det fungerede 'meget godt' og 'godt'. Der blev indsamlet 47 hændelser. Dette antal blev af syv i gruppen anset som et overkommeligt antal hændelser at arbejde med. Hvorimod en fandt antallet svært at overskue.

Samtlige i gruppen fandt det 'meget godt', at én fra gruppen gennemgik de 47 indsamlede hændelser. Hændelserne blev vurderet ved hjælp af SAC-scoren. Denne vurderingsmetode var gruppen overvejende positivt stemt over for (tabel 12).

SAC-scoren blev brugt som en metode til at trække hyppige og alvorlige hændelser frem. Hvordan synes du, det fungerede?			
		Antal svar	Procent
Meget godt		4	50 %
Godt		3	38 %
Middel		1	12 %
Under middel		0	0 %
Utilfredsstillende		0	0 %
		Totale antal svar	8

Tabel 12

Her er der dog lidt afvigelse i gruppens kommentarer til processen omkring SAC-scoren. Det blev nævnt som noget godt, at *"alle, der havde brug for det, fik lov at fortælle om det"*, men samtidigt var der også følgende kommentar: *"Måske mere tid, så alle kunne få lov at høre andres mening."*

Der blev udvalgt 5 hændelser til en videre kerneårsagsanalyse. Dette blev af hele gruppen vurderet som 'meget godt' eller 'godt'. Syv i gruppen fandt, at dette var et overkommeligt antal hændelser at arbejde med, hvorimod én ikke fandt det overkommeligt. Det blev nævnt, at der måske skulle afsættes lidt mere tid.

I kerneårsagsanalysen blev *Håndbogen i kerneårsagsanalyse* anvendt. Håndbogen blev overvejende godt modtaget (tabel 13). Det blev fremhævet som noget positivt, at den var et godt redskab i kerneårsagsanalysen, men det blev påpeget, at den skulle tilpasses primærsektoren bedre, og at sproget burde være lettere tilgængeligt.

	Meget godt	Godt	Middel	Under middel	Utilfredsstillende	Antal svar
Indhold	25 % (2)	75 % (6)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	8
Brugbarhed i analysen	25 % (2)	50 % (4)	25 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	8
Samlede indtryk	38 % (3)	50 % (4)	12 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	8

Tabel 13

Generelt vurderede gruppen selv sit arbejde som 'meget godt' eller 'godt'. Engagementet og den øget indsigt blev trukket frem som noget positivt.

Medlemmerne i gruppen var ikke helt enige i forhold til spørgsmålet, om de var kommet frem til de vigtige forklaringer og løsninger på hændelserne (tabel 14). Det blev kommenteret, at der godt kunne være mere tid, og at det var svært at analysere efter kerneårsagsanalysehåndbogen.

Synes du, at gruppen kom frem til alle de vigtige forklaringer og løsninger på hændelserne?			
		Antal svar	Procent
Ja		7	88 %
Nej		1	12 %
Totale antal svar			8

Tabel 14

Syv i gruppen fandt det 'meget godt' eller 'godt', at én fra gruppen skrev første udkast til gruppens rapport. Personen, som skrev rapporten, har ikke svaret på dette spørgsmål. Rapportudkastet blev efterfølgende diskuteret i arbejdsgruppen. Syv fandt, at dette fungerede 'meget godt' og 'godt', og én vurderede det til 'middel'. Som noget godt blev det fremhævet, at alle var blevet spurgt eller kom med deres kommentarer. Men samtidigt blev der stillet spørgsmålstejn ved, om alle havde forberedt sig til mødet.

Gruppens vurdering af den endelige rapport var 'meget god' eller 'god' (én havde ikke svaret, da denne ikke havde modtaget rapporten). Som noget positivt blev det fremhævet, at rapporten synliggjorde lokalområdets patientsikkerhed, samt at diverse diskussioner var synlige i rapporten.

#### Mødeformen

Generelt var der en positiv vurdering af mødeformen. Alle fandt det positivt, at proceskonsulenten deltog i møderne. Det blev nævnt, at intervallet mellem møderne ind i mellem var lidt langt, og at man måske kunne forestille sig, at mødehyppigheden mindskedes i en driftsform (tabel 15).

	Meget godt	Godt	Middel	Under middel	Utilfredsstillende	Antal svar
Samlede indtryk	88 % (7)	12 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	8
Mødestedet (biblioteket)	38 % (3)	62 % (5)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	8
Antallet af møder	38 % (3)	50 % (4)	12 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	8
Varighed af møderne	25 % (2)	75 % (6)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	8
Intervallet mellem møderne	25 % (2)	62 % (5)	12 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	8

Tabel 15




Gruppens sammensætning blev af alle vurderet til at være 'meget god'. På spørgsmålet om man savnede deltagelse fra nogle faggrupper svarede to 'ja' og fire 'nej' (to svarede ikke), og det blev nævnt, at det kunne være en ide med personale fra speciallæger og hospitaler:

*"God sammensætning, der manglede måske en praksiskonsulent, der kunne knytte trådene til hospitalssystemet".*

Det blev desuden pointeret, at det efter strukturreformen kunne være gavnligt at have en repræsentant fra kommunen med i gruppen:

*"Jeg kunne godt forestille mig, at vi efter strukturreformen vil have gavn af at have en repræsentant fra kommunen med i gruppen, derudover synes jeg, at én læge er for lidt".*

Ingen af de otte gruppemedlemmer syntes, at gruppen kun skulle bestå af deltagere fra egen faggruppe (tabel 16). Det blev kommenteret, at det netop var tværfagligheden, som gruppen var afhængig af, og at én faggruppe ville give et for snævert og unuanceret billede.

Hvordan ville du synes om, at gruppen kun bestod af deltagere fra din egen faggruppe?			
		Antal svar	procent
Meget godt		0	0 %
Godt		0	0 %
Middel		1	12 %
Under middel		3	38 %
Utilfredsstillende		4	50 %
		Totale antal svar	8




Tabel 16

Seks synes, at gruppen burde være repræsenteret af en person med særlig viden inden for patientsikkerhed og analyse af hændelser. To fandt det ikke nødvendigt. Det blev vurderet, at gruppen var godt repræsenteret, og at alle havde en viden, som kunne bruges. Omvendt nævnte nogle, at det var vigtigt med en person med særlig viden, da denne har et øget kendskab til oplevelser og hændelser, og fordi arbejdet efter håndbogen kræver et stort overblik og indsigt i tankegangen. Et kendskab var også nødvendigt for udbredelsen af tankegangen:

*"I den gruppe, der foretager analyser af rapporter fra lokalområdet skal mindst en af deltagerne have indsigt i analysemetodik og tankegangen bag rapportering og analyse af UTH. Det er vigtigt, at selve analyseprocessen bibringer deltagerne indsigt og viden - ikke kun om de konkrete hændelser, men også om hele idégrundlaget for håndtering af UTH. Deltagerne vil på denne måde blive en vigtig faktor for udbredelsen af den kulturændring, der er nødvendig for at uddrage læring af UTH".*



#### Patientsikkerhedskultur på arbejdspladsen

Patientsikkerhedsgruppens erfaring med patientsikkerhed svingede fra bred erfaring til ingen (tabel 17).

Min erfaring med patientsikkerhed før projektet:			
		Antal svar	Procent
Ingen erfaring		4	50 %
Nogen erfaring		3	38 %
Meget erfaring		1	12 %
		Totale antal svar	8

Tabel 17

Patientsikkerheden på gruppemedlemmernes respektive arbejdspladser blev generelt bedre efter projektets start. Én vurderede dog, at sikkerheden efter projektets start var dårligere (én havde svaret i flere kategorier under den nuværende vurdering, og blev derfor ikke medtaget) (tabel 18).

		Hvad er din vurdering af patientsikkerheden på din arbejdsplads <u>før</u> projektet?	Hvad er din vurdering <u>nu</u> af patientsikkerheden på din arbejdsplads?
		Antal svar	Antal svar
Fremragende		0 % (0)	0 % (0)
Meget god		62 % (5)	86 % (6)
Acceptabel		38 % (3)	0 % (0)
Dårlig		0 % (0)	14 % (1)
Meget dårlig		0 % (0)	0 % (0)
Totale antal svar		8	7

Tabel 18



Når dette skal uddybes, er der specielt tre steder, hvor der efter projektets start var sket ændringer (tabel 19):

- Hvor kun tre af gruppens medlemmer før projektets begyndelse var enige i, at 'fejl og utilsigtede hændelser blev brugt til forebyggelse og positiv forandring', er syv af medlemmerne efter projekts begyndelse enige i dette udsagn.
- Hvor kun tre af medlemmerne var enige i, at patientens sikkerhed aldrig blev sat til side til fordel for at nå mere arbejde før projektet, var seks enige med dette udsagn efter projektets begyndelse.
- Kun et medlem før projektets begyndelse var enig i følgende udsagn: 'Vi blev informeret om utilsigtede hændelser, der var sket på vores arbejdsplads'. Fem var enige i dette udsagn efter projektets begyndelse (én har undladt at svare på et spørgsmål).

Tiden <u>før</u> og <u>efter</u> projektets begyndelse.	Meget uenig		Uenig		Både/og		Enig		Meget enig	
	Antal		Antal		Antal		Antal		Antal	
	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter
Alle kendte til patientsikkerhed på min arbejdsplads	0	0	3	1	2	1	1	3	2	3
Vi havde problemer med patientsikkerheden på vores arbejdsplads	0	0	4	5	3	2	1	1	0	0
Vores arbejdsgange til at forhindre utilsigtede hændelser var gode	0	0	0	1	4	2	4	4	0	1
Fejl og utilsigtede hændelser blev brugt til forebyggelse og positiv forandring	0	0	4	0	0	0	3	7	1	1
Patientens sikkerhed blev aldrig sat til side til fordel for at nå mere arbejde	1	0	1	0	1	1	3	6	2	1
Når der var en utilsigtet hændelse, følte det som om personen, og ikke problemet, kom i centrum	1	2	3	4	2	2	1	0	1	0
Vi ytrede os frit, hvis vi observerede noget, der kunne påvirke behandlingen af en patient i en negativ retning	0	0	1	1	4	0	1	3	2	3
Vi blev informeret om utilsigtede hændelser, der var sket på vores arbejdsplads	0	0	3	0	2	2	1	5	2	1
Information om patienter gik tabt i arbejdsprocessen på min arbejdsplads	0	1	4	3	4	4	0	0	0	0
Når information om patienter blev overført til mine samarbejdspartnere i primærsektoren, gik den tabt	0	1	4	3	3	3	0	0	1	1

Tabel 19

Som det fremgår af ovenstående, så oplevede medlemmerne af arbejdsgruppen, at projektet generelt havde påvirket patientsikkerheden på deres respektive arbejdspladser (tabel 20). Som allerede tidligere nævnt, er det blandt andet den øgede opmærksomhed i hverdagen samt indsigten i andres arbejdsprocedurer, som bliver fremhævet.

Har dette projekt påvirket patientsikkerheden på din arbejdsplads?			
		antal svar	Procent
Ja		7	88 %
Nej		1	12 %
Totale antal svar			8

Tabel 20

Syv af gruppens medlemmer mener, at projektet har påvirket deres tanker omkring patientsikkerhed (én har ikke svaret). Disse svar handler meget om indsigten i samarbejdspartnernes arbejdsgange:

*”Det er gået op for mig, hvor vigtigt det er at være korrekt, og hvor galt det kan gå. Det er i tankerne hver dag på min arbejdsplads, og det har faktisk lettet min hverdag”.*

*”Gruppen havde en fin sammensætning med en bred repræsentation fra primærsektoren. Jeg oplevede det meget positivt, og det gav en utrolig stor forståelse for hinandens arbejdsområder og arbejdsgange. Personligt har jeg nu en anden tilgang til utilsigtede hændelser, og jeg er blevet en del klogere.”*

Alle mener, at projektet vil sætte sit præg på patientsikkerheden på deres respektive arbejdspladser i fremtiden og på det fremtidige samarbejde med kolleger. For seks af gruppens medlemmer har projektet resulteret i ændringer i arbejdsprocedureerne:

*”Medicinbestilling fra hjemmeplejen bliver gennemgået hver gang, ændringer bliver faxet, fejl og mangler fra plejehjemmene bliver rettet ved henvendelse til de pågældende. Har også fået et meget bedre samarbejde med apoteket.”*

*”Jeg/vi er blevet meget mere opmærksomme på vores måde at udskrive medicin på. Vi er også blevet mere positive, når apoteket ringer og spørger om et eller andet.”*

*”Tidsfrister til dosispatienter. Registreringsskema skal laves til registrering af fejl til dosispakket medicin på plejehjem.”*

Som allerede nævnt, har det tværfaglige arbejde været et vigtigt resultat i dette projekt, og alle i arbejdsgruppen mener, at projektet vil sætte sit præg på samarbejdet i fremtiden.

### Fremtiden

Der var stor enighed blandt gruppens medlemmer om, at et sådant projekt gør en forskel, og at åbenhed omkring fejl er et positivt tiltag. Det tværfaglige samarbejde blev vægtet tungt i arbejdet omkring patientsikkerheden, og gruppen syntes ikke, at det var problematisk at miste sin anonymitet, når fejl skulle diskuteres på tværs af faggrupper. Generelt medførte åbenheden ikke angst for sanktioner. Dog spores en svag usikkerhed omkring netop sanktionerne (tabel 21).

Tænk frem i tiden. Er du enig eller uenig i følgende udtalelser?	Meget uenig	Uenig	Både/og	Enig	Meget enig	Antal svar
Jeg tror, at sådanne projekter gør en forskel	0	0	0	3	4	7 <sup>3</sup>
Åbenhed omkring fejl er et positivt tiltag	0	0	0	3	5	8
Jeg er bange for at miste min anonymitet, hvis fejl skal diskuteres på tværs af faggrupper	4	4	0	0	0	8
Mit samarbejde omkring patientsikkerhed og utilsigtede hændelser skal kun ske i min faggruppe	2	6	0	0	0	8
Jeg er bange for sanktioner med en sådan åbenhed omkring fejl	2	5	1	0	0	8

Tabel 21

<sup>3</sup> En havde på dette spørgsmål svaret i flere kategorier og blev derfor ikke medtaget.

Alle gruppe-medlemmerne ville anbefale et tilsvarende projekt til kolleger og til andre kommuner. I spørgsmålet om projektet skulle være en permanent ordning, var der en større uenighed (tabel 22).

Vil du gerne have, at dette projekt blev en permanent ordning?			
		Antal svar	Procent
Ja		6	75 %
Nej		2	25 %
Totale antal svar			8

Tabel 22

Mange var glade for den nye indsigt, som de havde fået via projektet, og det blev nævnt, at der burde køre et sådant projekt så længe, at der var så mange 'huller'.

Tidsfaktoren blev nævnt som en forhindring. I de uddybende svar blev der desuden peget på, at der burde ske en udvikling af projektet, og en specificering af hvilke hændelser, som skulle analyseres:

*"Man kunne godt have 1-2 møder årligt - eller når der var behov, hvis der havde været ALVORLIGE utilsigtede hændelser".*

Hvis man i fremtiden skulle arbejde med patientsikkerhed i lokalområdet, var gruppens bud på en optimal organisering blandt andet implementering af et IT-system, som kunne forebygge hullerne. Nedsættelsen af en tværfaglig analysegruppe var essentiel. Flere i gruppen pegede på en permanent analysegruppe, som kunne have skiftende medlemmer:

*"Jeg synes ikke, man skal gentage projektet. Jeg synes, at man på baggrund af de indvundne erfaringer skal opstille en model for drift af tværsektorielt samarbejde omkring læring fra utilsigtede hændelser.....Med en fast stab, der sikrer kontinuiteten, og en skiftende gruppe deltagere, dels for at mindske arbejdsbyrden, dels for at brede kulturen ud til flere områder og personer. Organisationen skal opsættes, så der er mulighed for løbende evaluering og ændring. Endelig skal kommunens administrationspersonale også indtænkes i en varig løsning".*

*"Det var måske en ide med flydende udskiftning i gruppen for at udbrede tankegangen mest muligt".*

Fem af gruppens medlemmer forudså forhindringer, og her blev der primært peget på tid og økonomi.

## Diskussion

### Projektforløbet

#### Indsamling af hændelser

Personale fra forskellige aktører i primærsektoren var efter en kort introduktion i stand til selv at indsamle data om medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Lægepraksis og apoteket rapporterede flest hændelser, plejegruppen færrest. Dette kan skyldes, at apoteket har lang erfaring med rapportering. Den praktiserende læge i projektet havde også en vis erfaring med rapportering fra anden projektsammenhæng, mens klinikpersonale, hjemmepleje og plejehjem ingen erfaring havde.

Det er ikke sandsynligt, at forskellen i rapporteringsantallet skyldes et lavere antal af medicinrelaterede utilsigtede hændelser i hjemmeplejen end hos de andre aktører. DSI Institut for Sundhedsvæsen har netop offentliggjort en pilotundersøgelse, som viser, at medicineringsfejl er en af de hyppigst rapporterede hændelser i hjemmeplejen (20).

Der blev til projektet rapporteret en alvorlig hændelse, som en sundhedsprofessional havde oplevet i en tidligere ansættelse. Hændelsen blev i forbindelse med projektet genoplevet for personen. Det er velkendt, at direkte eller indirekte involvering i utilsigtede hændelser påvirker personalet i lang tid (21). Det kan medføre Post-traumatisk stress tilstand (22). Eksemplet illustrerer vigtigheden af, at grupper, der analyserer utilsigtede hændelser, kan arbejde med mennesker, der har været involveret i alvorlige utilsigtede hændelser.

Resultaterne peger på, at udformningen af rapporteringsskemaet bør gøres så simpel, som muligt. Både tiden og kompleksiteten af rapporteringsskemaer er en barriere ved rapportering af hændelser (8, 26).

Projektgruppen havde en intention om, at den, som rapporterede hændelsen, også skulle bidrage til at kategorisere den. Gruppens medlemmer opfattede kategoriseringen som tung og angav, at det oplevedes mere detaljeret end nødvendigt. Ensartet registrering blev dog opfattet som meget positivt.

En kortfattet beskrivende hændelsesbeskrivelse kan dog også være problematisk, hvilket Sundhedsstyrelsen pointerer i deres temarapport om medicinering (27). Af rapporten fremgår det, at indberetningerne til Sundhedsstyrelsen på nuværende tidspunkt er så kortfattede, at det kun i begrænset omfang har været muligt at identificere de grundlæggende årsager til hændelserne. Dette har vanskeliggjort nærmere analyser af, hvilke problemer der lå til grund for hændelserne og hvilke indsatsområder, der er mulige (27). Samme problemstilling blev diskuteret i et pilotprojekt med rapportering af utilsigtede hændelser i fire amter blandt enkelte lægepraksis (8).

Behovet for detaljeringsgrad afhænger af, hvem der sidder i analyseteamet, og om disse har indsigt i de specifikke hændelser, som det har været tilfældet i dette projekt, eller om teamet består af uvildige.

Detaljeringen bør sættes i forhold til hverdagen på en arbejdsplads og den tid, der er til registrering i tilfælde af utilsigtede hændelser. Arbejdsgruppen i dette projekt peger netop på tiden som en vigtig faktor.

#### Scoring af hændelserne

47 hændelser blev indsamlet og samlet af den deltagende læges sekretær. Hændelserne blev scoret af den deltagende læge efter en modificeret SAC-score. På gruppens andet møde præsenterede lægen et overblik over hændelserne og deres alvor. Hændelserne blev efterfølgende diskuteret i gruppen.

5 hændelser blev udvalgt til kerneårsagsanalyse. Gruppen havde et møde på 3½ time til kerneårsagsanalyse. Resultaterne peger på, at antallet af hændelser ikke bør være større i forhold til den tid, der er afsat til analyse.

Generelt vurderes denne model som værende velfungerende. Brug af SAC-scoren synes også af fungere. Proceskonsulentens vurdering er, at gruppens medlemmer havde meget forskellige forudsætninger for at forstå processen. Dette kom også til udtryk i evalueringen ved, at ikke alle havde følt sig lige hørt i processen, som alle dog udtrykte tilfredshed med.

Hele processen med at gennemgå indkomne hændelser og prioritere dem svarer til risikomanagerfunktionen på hospitalerne (23,28). Man bør overveje, om netop denne funktion kræver en ekstra indsigt i patientsikkerhed og kerneårsagsanalyse. Der var delte meninger i gruppen omkring dette. Det blev nævnt, at det var vigtigt med en person med særlig viden, da denne har et øget kendskab til oplevelser og hændelser, og fordi arbejdet efter håndbogen kræver et stort overblik. Omvendt blev det også vurderet, at gruppen var godt repræsenteret, og at alle havde en viden, som kunne bruges.

### Reaktioner på indsamlingen af hændelser

Generelt giver arbejdsgruppen udtryk for, at projektet og indsamlingen af hændelserne er blevet godt modtaget af både kolleger og ledelse. Dette tyder på, at et tiltag som dette kan være med til at introducere patientsikkerhedskulturen på arbejdspladser.

Det var tydeligt, at gruppens medlemmer udviste engagement og så positivt på dette tiltag. Netop denne faktor bør ikke undervurderes i opbygningen af en patientsikkerhedskultur, som er det første skridt på vejen mod en øget patientsikkerhed (26).

Ingen i gruppen have oplevet problemer med anonymitet og fortrolighed ved indsamlingen af hændelser. Dette skal sættes i forhold til diskussionen i følgegruppen forud for indsamlingsperioden, hvor der blev givet udtryk for vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle i området ikke kom til at opleve problemer som resultat af projektet.

Netop angsten for at blive den skyldige, og at der kan opstå sanktioner, er en meget stor barriere i forhold til at rapportere, og det er vigtigt, at regler for anonymitet og fortrolighed og sanktioner er meget klare (26), når man ønsker, at sundhedspersonalet skal rapportere utilsigtede hændelser.

### Mødeprocessen

Mødeprocessen bliver i sin helhed vurderet som værende positiv af arbejdsgruppen. Vigtigheden af en dagsorden til hvert møde bliver fremhævet.

Der blev til projektet udviklet mødemateriale, som blev samlet i en mappe og udleveret til gruppen. Materialet blev vurderet som relevant i denne gruppe. Det blev dog foreslået, at noget af litteraturen om medicineringsfejl og utilsigtede hændelser måske kunne undværes.

Projektgruppen bearbejdede til brug for dette projekt Håndbog i kerneårsagsanalyse (17) således, at den blev søgt målrettet brug i primærsektoren til analyse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Den tilpassede håndbog blev introduceret til arbejdsgruppen og anvendt i analysen af de udvalgte hændelser.

Håndbogen blev overvejende godt modtaget, og blev anset som et godt redskab i analysen. I evalueringen peger arbejdsgruppen dog på, at håndbogen vil vinde ved en yderligere tilpasning.

Medicineringsvejen i primærsektoren er kompleks (14), og det er karakteristisk, at faggrupperne ikke kender hinanden og refererer til forskellige arbejdsgivere. Disse forhold vanskeliggør arbejdet med patientsikkerhed for medicinområdet i primærsektoren.

Resultaterne peger specielt på to faktorer, som arbejdsgruppen har vurderet som 'det bedste ved projektet', og som netop refererer til denne vanskelige arbejdsproces. Den ene faktor var indsigten i de andre faggruppers arbejdsgange, idet denne indsigt ifølge arbejdsgruppen gav en øget tolerance og forståelse for de forskellige faggruppers arbejdsgange, og dermed også en indsigt i hvorfor fejl kan ske. Den anden faktor bestod i at få ansigter på nogle mennesker, som man kender ved navn og måske har daglig kontakt til. Det var tydeligt, at netop disse faktorer styrkede samarbejdet og dialogen mellem medlemmerne i gruppen.

Derfor bliver det også meget vigtigt, at hver enkelt medlem i gruppen ved første møde blev præsenteret, og at hver enkelt forklarer deres arbejdsrutiner. Dette gav desuden mulighed for at reflektere over både egen og de øvrige faggruppers arbejdsrutiner. Skitseringen af medicinvejene i lokalområdet er en del af denne proces, men man kan overveje, om kompleksiteten kunne nedsættes.

De efterfølgende møder bestod i at analysere hændelserne og skrive en rapport. Arbejdsgruppen vurderer selv deres arbejde positivt, og engagementet i gruppen og den øgede indsigt bliver også her trukket frem som vigtige positive faktorer.

Kerneårsager og handlingsplaner vedrørende de valgte problemer svarer til, hvad man ser fra hele sygehuse (3,4) fra afdelinger på sygehuse [23] og fra analyser af enkeltcases fra almen praksis [24]. De systemproblemer, som gruppen identificerede, omfattede især problemer med kommunikation, både edb, og anden skriftlig og mundtlig kommunikation. Gruppens løsningsforslag rummede såvel forslag til centrale løsninger (fx generisk navngivning af lægemidler, beslutningsstøtte til ordinationer) som forslag til lokale ændringer vedr. kommunikation mellem de involverede parter.

Resultatet af arbejdet i gruppen er ikke helt så entydigt positivt. I relation til spørgsmålet om gruppen kom frem til alle de vigtige forklaringer og løsninger på hændelserne, svarede to "nej" og kommenterede, at der godt kunne være brugt mere tid, samt at det var svært at analysere efter kerneårsagsanalysehåndbogen.

I den efterfølgende rapportskrivning synes proceduren med, at én fra gruppen skriver et udkast, at fungere. Man kan overveje, om personen, som skriver rapporten, skal være en person med indsigt i patientsikkerhed og kerneårsagsanalyser, da en gennemskrivning af analyserne i forhold til kerneårsagsanalysehåndbogen ellers kan virke meget overvældende og være tidskrævende.

Vigtigheden af, at alle er med i den efterfølgende diskussion af rapportudkastet og har forberedt sig blev trukket frem i kommentarerne, som knyttede sig til evalueringen af gruppens efterfølgende diskussion af udkastet. Her blev det nævnt, at det var godt, at alle blev spurgt eller kom med deres kommentarer.

Gruppens egentlige produkt, rapporten over hændelserne, er gruppen tilfredse med, og som noget positivt bliver det fremhævet, at rapporten synliggjorde lokalområdets patientsikkerhed, og at diverse diskussioner er synlige i rapporten.

### Mødeformen

Projektgruppen havde bevidst valgt et neutralt sted for møderne, og mødeformen bliver evalueret positivt.

Det er dog vigtigt at være bevidst om antallet af møder og intervallet imellem dem. For at begrænse hyppigheden af møder, bør man i en eventuel fremtidig model overveje hvilke typer af hændelser, man ønsker en sådan gruppe skal analysere således, at arbejdsopgaven bliver overkommelig. Her kunne man anvende den metode, som allerede anvendes i H:S (26) til at sortere. En person (i H:S er det risikomanageren) modtager alle rapporteringerne og vurderer hændelser, og ud fra denne vurdering udvælges hændelser, hvor der skal gennemføres en kerneårsagsanalyse i et tværsektorielt team. Som i H:S ville det være fordelagtigt at opstille kriterier for, hvornår en hændelse går videre til kerneårsagsanalyser (28).

Gruppens sammensætning vurderedes værende meget god, men arbejdsgruppen peger på, at en udvidelse med repræsentanter fra speciallæger, hospitaler og kommunen ville være fordelagtig. Ingen i arbejdsgruppen var interesserede i, at gruppen var monofagligt sammensat. Det blev kommenteret, at det netop var tværfagligheden, som var en styrke, og at én faggruppe ville give et for snævert og unuanceret billede ved analyse af hændelser.

Med hensyn til gruppens faglige sammensætning vil det være fordelagtigt, at man overvejer, om der i gruppen skal sidde en eller flere personer med viden inden for patientsikkerhed og analyse af utilsigtede hændelser. Det blev i arbejdsgruppen vurderet, at gruppen var godt repræsenteret, og at alle havde en viden, som kunne bruges. Men som tidligere nævnt, krævede håndbogen et stort overblik, og det blev nævnt, at det var vigtigt med en person med særlig viden, da denne har et øget kendskab til oplevelser og hændelser. Det handlede også om at viderebringe idégrundlaget for håndtering af utilsigtede hændelser. Deltagerne ville på denne måde blive en vigtig faktor for udbredelsen af den kulturændring, der er nødvendig for at uddrage læring af utilsigtede hændelser.

### Patientsikkerhedskultur på arbejdspladsen

Første skridt på vejen mod en større patientsikkerhed er at opbygge en patientsikkerhedskultur (26). Det var tydeligt, at projektet ville sætte sit præg på internt og eksternt samarbejde i fremtiden. For flere i arbejdsgruppen havde projektet allerede udmøntet sig i ændrede procedurer.

Generelt oplevede medlemmerne i arbejdsgruppen, at projektet havde påvirket patientsikkerheden på deres respektive arbejdspladser. Dels blev opmærksomheden skærpet i forhold til egne procedurer, men også i forhold til andres. Dels synes der at ske et skift mod en større åbenhed overfor fejl og en forståelse for, at man kan lære af fejl. Disse er alle vigtige elementer i arbejdet for patientsikkerhed (26, 29).

Mere specifikt skete der ændringer i kulturen på specielt tre punkter i projektforsøget. Der blev en øget forståelse for, at utilsigtede hændelser kan anvendes positivt til læring. Flere satte patientsikkerheden højere end at nå mere arbejde, som resultat af projektet. Endelig blev flere informeret om utilsigtede hændelser, som var sket på arbejdspladsen.

### Fremtiden

Der er stor enighed blandt gruppens medlemmer om, at et projekt som dette gør en forskel, og at åbenhed omkring fejl og utilsigtede hændelser er et positivt tiltag. Der er enighed i gruppen om, at de vil anbefale tilsvarende projekter til andre kollegaer og kommuner.

Som en fremtidig model peger flere i gruppen på en permanent nedsat analysegruppe. Her er der forslag om, at den sammensættes af en fast stab, der sikrer kontinuiteten, og en skiftende gruppe deltagere. Dette vil dels mindske arbejdsbyrden, og dels sikre, at kulturen breder sig til flere områder og personer.

Gruppen peger således på, at organisationen skal opsættes, så der er mulighed for løbende evaluering og ændring. Eksempelvis foreslås det, at det tværfaglige samarbejde med tiden udvides med andre samarbejdspartnere som eksempelvis repræsentanter fra sygehuset og kommunens administrative personale.

Det tværfaglige samarbejde er dog en udfordring (14). Ser man på primærsektoren, er den i modsætning til sygehussektoren sammensat af et stort antal små organisationer, som refererer til forskellige instanser. De praktiserende læger refererer til amterne; hjemmeplejen til kommunerne; plejehjemmene til kommunen eller deres ejere og apotekerne til Lægemiddelstyrelsen. Denne kompleksitet gør det vanskeligt at organisere teams på tværs af sektoren. Resultaterne peger på, at den tætte personlige kontakt, som projektet gav gruppen, er af stor betydning i forhold til at lette kompleksiteten.

*Lov om patientsikkerhed* (6) lægger op til et system, der lægger vægt på anonymiserede indrapporteringer. Både for at give en tryghed ved at indrapportere og for at undgå sanktioner. Anonymitet er dog vanskeligere i primærsektoren på grund af de små enheder. Gruppen synes ikke, at det var problematisk at miste sin anonymitet, når hændelser diskuteres på tværs af faggrupper. Denne åbenhed gjorde ikke, at gruppens medlemmer var bange for sanktioner. Dog spores en svag usikkerhed omkring netop sanktionerne. Netop denne snert af usikkerhed er essentiel og skal elimineres, hvis man ønsker, at sundhedspersonalet skal rapportere utilsigtede hændelser. §6 i Patientsikkerhedsloven (6) nævner specifikt, at en sundhedsperson i sygehusvæsenet, der rapporterer en utilsigtet hændelse, er beskyttet mod sanktioner som følge af selve rapporteringen. En tilsvarende paragraf for primærsektoren vil være fordelagtig.

### **Metode**

Selve evalueringsskemaet var meget dybdegående og derfor langt. Gruppen var varslet om, at besvarelsen var tidskrævende, men det synes ikke at have påvirket besvarelsene. Det blev til gengæld nævnt, at det havde været nemmere og hurtigere at udfylde spørgeskemaet, hvis det havde været udsendt tættere på afslutningen af mødeforløbet.

## Konklusion

Projektets grundlæggende ide var at skabe rammer og redskaber, så det blev overkommeligt;

- dels at indsamle og dokumentere utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemidler i primærsektoren og
- dels at analysere hændelserne og implementere forslag til løsninger ved dialog og samarbejde mellem apotek, praktiserende læger og hjemmeplejen/plejehjem.

Denne undersøgelse viser, at det er muligt at indsamle og analysere medicinrelaterede utilsigtede hændelser, der involverer flere aktører i primærsektoren trods forskellige organisatoriske tilhørsforhold.

Undersøgelsen viser yderligere, at der kommer resultater ud af analysen, idet alle involverede arbejdspladser efterfølgende implementerede ændringer.

De skabte rammer og redskaber gjorde arbejdet med medicinrelaterede utilsigtede hændelser i et lokalområde overkommelige. Evalueringen viste, at en central indsamling af hændelserne og en efterfølgende behandling og udvælgelse af hændelser af en udvalgt fra gruppen fungerede godt. Materialet, som blev stillet til rådighed for gruppen, fungerede tilfredsstillende. Indrapporteringsskemaet og den til projektet tilpassede "Håndbog i kerneårsagsanalyse" var anvendelige, men anbefales revideret ud fra projektets erfaringer.

Gruppens tværfaglige sammensætning fungerede godt. På sigt kunne en udvidelse med repræsentanter fra hospitalssektoren, speciallæger, samt fra kommunen være vigtig at overveje. Der synes at være en stor nytteværdi både i relation til udbredelse af metode og tankegang, at der i en tværfaglig analysegruppe mindst er et af medlemmerne, som har erfaring med patientsikkerhed.

Der viste sig et ekstra resultat i forhold til formålet. Arbejdsgruppen pegede nemlig specielt på to faktorer, som de vurderede som 'det bedste ved projektet'. Den ene faktor er det tværfaglige arbejde. Specielt er det indsigten i de andre faggruppers arbejdsgange, der bliver fremhævet som vigtig, idet denne indsigt giver en øget tolerance og forståelse for de forskellige faggruppers arbejdsgange, og dermed også en indsigt i hvorfor fejl kan ske. Den anden faktor er det at få ansigter på nogle mennesker, som man kende ved navn og måske har daglig kontakt til. Det er tydeligt, at netop disse to faktorer styrker samarbejdet og dialogen mellem medlemmerne i gruppen og kan bidrage til at afhjælpe den organisatoriske kompleksitet, der ligger i primærsektoren.

## Perspektivering til rapportering i primærsektoren

*Lov om patientsikkerhed* (6) blev vedtaget i juni 2003 og trådte i kraft 1. januar 2004. Loven pålagde sundhedspersonale at rapportere utilsigtede hændelser på sygehusene. Der er planlagt en vurdering af rapporteringssystemet i 2006, blandt andet med henblik på vurdering af en inddragelse af den primære sundhedssektor.

Inspiration til rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren kan komme dels fra pilotprojekter med rapportering af utilsigtede hændelser i enkelte amter blandt enkelte lægepraksis (8), og dels kunne man læne sig op ad det indrapporteringsskema, som anvendes for primærsektoren i England, hvor de engelske apoteker siden 1. april 2005 har skullet indrapportere patientsikkerhedshændelser til det nationale rapporterings- og læringssystem 'National Reporting and Learning System' (NRLS) (25).

Detaljeringsgraden af rapporteringen skal ses i sammenhæng med formålet. Er formålet med rapportering at sætte en kerneårsagsanalyse i gang på lokalt plan, eller er formålet, som det allerede sker for sekundærsektoren, en mere kvalitativ opgørelse over typer og hyppighed af fejl? Har man med førstnævnte at gøre, behøver skemaet til rapportering ikke

at være opfattende. For er der behov for uddybelse, kan den lokale person, som er ansvarlig for behandlingen af hændelsen gå tilbage og få uddybet hændelsen.

Problematikken er anderledes, hvis oplysninger skal bruges mere statistisk. Med baggrund i det rapporteringsskema, som nu anvendes på hospitalerne til rapportering af utilsigtede hændelser, peger Sundhedsstyrelsen på, at et bedre oplysningsgrundlag er nødvendigt i de enkelte rapporter således, at det i højere grad bliver muligt at identificere de latente systemrelaterede fejl.

Sundhedsstyrelsen har i en temarapport om medicinering pointeret, at en kortfattet beskrivende hændelsesbeskrivelse kan være problematisk (27). Idet indberetningerne til Sundhedsstyrelsen på nuværende tidspunkt er så kortfattede, at det kun i begrænset omfang har været muligt at identificere den grundlæggende årsag til hændelsen. Dette har vanskeliggjort nærmere analyser af, hvilke problemer der lå til grund for hændelserne og mulige indsatsområder. Man skal i denne sammenhæng gøre sig klart, hvem der sidder i analyseteamet, og om disse har indsigt i de specifikke hændelser, som er sket, eller om teamet består af uvildige. Dette er vigtigt, da det betyder noget for detaljeringen af indrapporteringen (27).

En lighed i udformningen af rapporteringsskemaer til primær- og sekundærsektoren vil være fordelagtig i identifikationen af utilsigtede hændelser i overgangen mellem sektorerne.

Ved rapportering fra primærsektoren kan man forsøge at lægge sig op af H:S modellen, hvor en risikomanager modtager rapporterne og behandler dem (23,28). Et lokalt mellemlid – en lokal patientsikkerhedsansvarlig – kunne modtage rapporterne og foretage en kategorisering ud fra beskrivelsen af den utilsigtede hændelse i rapporten. En sådan person ville have mulighed for at gå tilbage og få uddybet hændelsen, hvis der manglede fakta i indrapporteringen. Dette svarer til, at risikomanageren i H:S systemet kontakter afdelinger for yderligere oplysninger. Personen kunne ligeledes udvælge hændelser til kerneårsagsanalyse og videresende relevante hændelser til Sundhedsstyrelsen.

## Referencer

1. Søndergaard B og Herborg H. Evidensrapport 7. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer. Version 1.1. 2004. Pharmakon, Hillerød
2. Sundhedsstyrelsens hjemmeside for patientsikkerhed. [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) 2006
3. H:S Enhed for Patientsikkerhed. Kerneårsagsanalyser i H:S. Status 2002-2003. 2006. H:S Direktionen
4. H:S Enhed for Patientsikkerhed. Aggregerede kerneårsagsanalyser. Status 2002-2003. 2004. H:S Direktionen
5. Knudsen P, Søndergaard B, Herborg H. Evidensrapport 8. Patientsikkerhed og medicineringsfejl. Version 1.1. 2005. Pharmakon, Hillerød
6. Lov om Patientsikkerhed. Lov nr. 429 af 10. juni 2003
7. <http://www.patientsikkerhed.dk/Arbejdsprogrammer>
8. Thorsen T. Utilsigtede hændelser. Evaluering af et kvalitetsudviklingsprojekt i almen praksis. Oktober 2004. <http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/dwn390.pdf> (22.05.06)
9. Møller L. Kvalitetsudvikling af lægemiddelanvendelsen i et lokalområde. Et tværfagligt forsøgsprojekt i primærsektoren i Vejen Kommune. MPH-afhandling. 1998. Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet
10. Knudsen P, Herborg H, Knudsen MS, Mortensen AR, Hellebek A. Apotekets forebyggelse af fejl. Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser. 2005. Pharmakon, Hillerød
11. Christensen M. DSI Institut for Sundhedsvæsen. Utilsigtede hændelser i hjemmeplejen. Præsentation ved Patientsikkerhedskonferencen 2006, København. April 2006. ([www.patientsikkerhed.dk/Konference\\_2006](http://www.patientsikkerhed.dk/Konference_2006))
12. Mikkelsen TH, Eriksson T, Møller BA, Hellebek A, Hellebek T, Cramon P, Lundh J, Sørensen PT. Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisations udvalg vedrørende utilsigtede hændelser. DSAM, 2005. [www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk](http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk)
13. Anbefalinger om rapportering i den primære sundhedssektor. 2006. Anbefalinger vedrørende rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren. Anbefalinger 2006 primærsektor ved bestyrelsen for Dansk selskab for Patientsikkerhed. [http://www.patientsikkerhed.dk/Anbefalinger\\_2006\\_primaersektor](http://www.patientsikkerhed.dk/Anbefalinger_2006_primaersektor)
14. Den Digitale Taskforce. Forretningsområdet Medicinering - Kortlægning af eksisterende forretningsmodel og vurdering af behov for supplerende initiativer. [http://e.gov.dk/uploads/media/medicinering\\_samlet\\_afrapportering\\_endelig\\_version1.pdf](http://e.gov.dk/uploads/media/medicinering_samlet_afrapportering_endelig_version1.pdf) (22.05.06)
15. H:S Enhed for Patientsikkerhed. Aggregerede kerneårsagsanalyser. Status 2002-2003. 2004. H:S Direktionen
16. Jensen EB. Kerneårsagsanalyser. Kompendium for risikomanagere og andre med ansvar for analyse af utilsigtede hændelser. 2004. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [www.trygpatient.dk](http://www.trygpatient.dk)

17. Håndbog i kerneårsagsanalyse. Red. Pedersen BL, Hellebek A, Jensen EB, Vestergaard S. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hvidovre 2003
18. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Januar 2003
19. Kulturundersøgelsen i H:S. Personlig korrespondance 09.01.06
20. Christensen M, Nielsen AJ. Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. Pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer. 2006. DSI Institut for Sundhedsvæsen
21. Kosteljanetz M. Har danske kirurger samvittighedsproblemer og ansvarsfølelse? Resultater af en præliminær spørgeskemaundersøgelse. Ugeskr Læger 1995;157:4940-42
22. Hellebek A, Pedersen BL: Klinisk risikostyring. Ugeskr Læger 2001;163: 5333-38
23. Hellebek A. Klinisk Risikostyring i Medicinsk Center på Hvidovre Hospital, juni 2006 Hvidovre Hospital. [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)
24. [www.trygpatient.dk](http://www.trygpatient.dk) (12.06.06]
25. [http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1372\\_Reporting\\_Pathway2.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1372_Reporting_Pathway2.pdf) (18.05.06)
26. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care. The full reference guide. London, September 2005
27. Sundhedsstyrelsen. Temarapport 2005: Medicinering. København, december 2005.
28. H:S. Patientsikkerhed i H:S. Handlingsplan II, 2005-2008. Rapportering, analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser. Januar 2005
29. National Patient Safety Agency. Building a memory: preventing harm, reducing risk and improving patient safety. The first report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory. London, July 2005

## Bilag 1. SAC-score

En utilsigtet hændelse skal vurderes ud fra en *matrixscore*, som beskrives nærmere i dette afsnit.

Alt efter alvor af skade på patienten/patienterne og risiko for gentagelse af hændelsen opnås en talværdi, som er vejledende for de metoder, der skal tages i brug i forbindelse med den efterfølgende håndtering af hændelsen.

Hændelser med score 2 og 1 skal håndteres efter afdelingens/klinikens lokale retningslinjer, mens hændelser med score 3 er udtryk for en alvorlig hændelse, og den skal som oftest følges op af en kerneårsagsanalyse.

Vurdering af en hændelse baseres altid på bedste faglige skøn, og er derfor subjektiv.

Ved en vurdering sidestilles potentiel risiko for skade med faktisk skade. Det betyder, at risikoen for en given skade vurderes på samme måde, som hvis skaden rent faktisk skete. Hvis hændelsen opnår en anden score på baggrund af potentiel risiko for skade bemærkes både den faktuelle score og den potentielle, fx faktisk 2, potentiel 3.

Score-matrixskema

	<b>Katastrofal</b>	<b>Betydende</b>	<b>Moderat</b>	<b>Minimal/Ingen</b>
<b>Hyppig</b>	3	3	2	1
<b>Mindre hyppig</b>	3	2	1	1
<b>Sjælden</b>	3	2	1	1
<b>Meget sjælden</b>	3	2	1	1

### Skadens omfang

Katastrofal: Én af følgende:

Død/Varigt betydningsfuld funktionstab/handicap (mengrad: risikerer at blive mere end eller lig med 15 pct. for én patient). Mengrad vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i.

Betydende: Én eller flere af følgende:

Varigt funktionstab/handicap (mengrad formentlig mindre end 15 pct. for minimum én patient). Mengrad vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i.

Betydende øget udredning/behandlingsintensitet, herunder overflyttelse til intensiv observation/dialyse/koronarafsnit for én patient.

Ved flere patienter skadet af samme begivenhed: Lettere øget udredning/behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelse for minimum tre patienter.

Moderat: Én eller flere af følgende:

Lettere øget udredning/behandlingsintensitet som kan håndteres på stamafdeling for én patient. Ved en til to patienter skadet af same begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed.

Minimal: Ingen eller minimal betydning for patienten.

**Skadens hyppighed**

- Hyppig: Vurderes at forekomme op til flere gange inden for et år på det pågældende hospital.
- Mindre hyppig: Vurderes at forekomme igen inden for et til to år på det pågældende hospital.
- Sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for to til fem år på det pågældende hospital.
- Meget sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for fem til 30 år på det pågældende hospital.

## Bilag 2. Begrebsafklaring

Lægemiddelrelaterede problemer er hyppige og kan have alvorlige konsekvenser i form af utilsigtede hændelser.

Et lægemiddelrelateret problem er en uønsket situation, som patienten oplever, der skyldes eller mistænkes at skyldes lægemiddelterapi, og som indebærer eller muligvis indebærer problemer for det ønskede resultat af lægemiddelbehandlingen<sup>4</sup>.

En utilsigtet hændelse defineres som en ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handling eller mangel på samme (18).

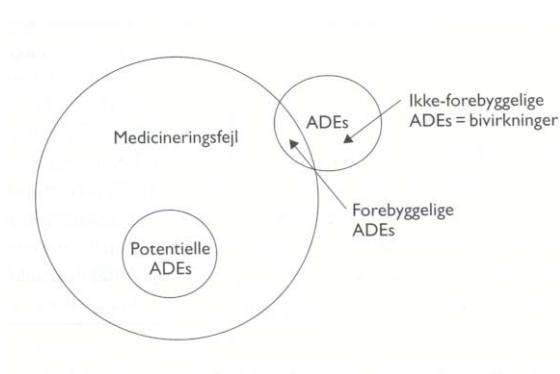
I artiklen ”Medicineringsproblemer og risikostyring” af Andersen SE, Christensen HR og Hilsted JC<sup>5</sup> optræder følgende oversættelse og definition på en medicinrelateret utilsigtet hændelse (Adverse Drug Event): *En medicinrelateret utilsigtet hændelse er en skadevoldende begivenhed, som skyldes et lægemiddel, og som ikke forårsages af patientens underliggende sygdom.*

Medicinrelaterede hændelser omfatter *forebyggelige hændelser*, som skyldes medicineringsfejl og *ikke-forebyggelige hændelser* eller bivirkninger, som ikke skyldes medicineringsfejl.

En *potentiel medicinrelateret utilsigtet hændelse* eller *near miss* er en hændelse, som har potentiale for en medicinrelateret, utilsigtet hændelse. Alle *potentielle medicinrelaterede utilsigtede hændelser* skyldes medicineringsfejl.

En medicineringsfejl er defineret som en fejl i et trin af medicineringsforløbet (ordination, transskription, dispensering, administration og monitorering)<sup>4</sup>.

Begrebet er illustreret i nedenstående figur.



<sup>4</sup> Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-43

<sup>5</sup> Andersen SE, Christensen HR, Hilsted JC. Medicineringsproblemer og risikostyring. Ugeskr Læger 2001;163(39):5361-4

### **Bilag 3. Mødemateriale**

1. Introduktion til projektet Patientsikkerhed i primærsektoren (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- Dagsorden
- Baggrund for projektet
- Projektets idégrundlag
- Rammer
- Redskaber / produkter
- Hvad skal der ske?
- Gensidig introduktion
- Møderegler

2. Kort om patientsikkerhed (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- Patientsikkerhed – hvorfor? Og hvad ved vi?
- Patienter dør af lægefejl (avisudklip)
- Utilsigtet hændelse, definition
- Pilotundersøgelse af forekomst af utilsigtede hændelser
- De fire magiske år
- *Lov om patientsikkerhed*
- § 6 i loven
- Menneskelige fejl
- Tendenser
- Hvornår opstår fejl og utilsigtede hændelser?
- Analyse: Reasons oste

3. Case – Celebra og Todolac (case fra projektet Apotekets forebyggelse af fejl)

4. Kerneårsagsanalyse – illustreret med eksempel (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- Kerneårsagsanalyse – hvad er det?
- Kerneårsagsanalysens mål
- Hvem består analyseteamet af?
- Hvordan arbejder analyseteamet?
- Kerneårsagsanalysens trin
- Eksempel på kerneårsagsanalyse
- Hvad er en kerneårsag?
- Forskrift for analysen
- Faktuelle forløb af Celebra og Todolac casen
- Finde kerneårsager
- Kernespørgsmål til analysen
- Kontrollere kerneårsager
- De fem regler for identifikation af kerneårsager
- Udarbejde handlingsplaner
- Finde kerneårsager i case
- Spørge hvordan og hvorfor (1,2)
- Kerneårsager og handleplaner (1,2)
- Implementering
- Formidling

5. Gennemgang af viden om medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- Evidensrapport: Patientsikkerhed og medicineringsfejl
- Indhold
- Hvad omfatter rapporten?
- Hvad er det vigtigt at være opmærksom på?
- Resultater
- Resultater fra apotekssektoren
- Resultater fra plejehjem
- Resultater fra hjemmeplejen
- Resultater fra lægepraksis
- Årsager
- Apotekets forebyggelse af fejl – mål
- Typer af dokumentation
- Resultater – hyppighed
- Resultater – alvor
- Udleveringsfejl fordelt på medicineringsprocessen
- Faktuelle hændelser
- Transskriptionsfejl fordelt på potentiel alvor
- Apotekets forebyggelse af fejl – resultater
- Patientklagenævnet – apotek
- Plejehjemstilsyn 2004
- Utilsigtede hændelser i almen praksis – tværamtsligt projekt, 2005
- Fordeling af hændelser
- Eksempler på hændelser

Suppleret af følgende dokumenter:

- Evidensrapport 8. Patientsikkerhed og medicineringsfejl. Knudsen P, Søndergaard B, Herborg H. Pharmakon 2005. Side 1-19. ([www.pharmakon.dk](http://www.pharmakon.dk))
- Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende Udlevering af medicin fra apoteket 1999-2003. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Oktober 2004. Der er ikke tilsvarende sammenfatninger for lægepraksis plejehjem eller hjemmepleje. I stedet er der vedlagt cases fra disse dele af sektoren, som Patientklagenævnet har behandlet. ([www.pkn.dk](http://www.pkn.dk))
- Apotekets forebyggelse af fejl. Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser. Sammenfatning. Juni 2005. Suppleret med en kopi af 'fælde-bilaget' fra -Danmarks Apotekerforening, Pharmakon, Dansk selskab for Patientsikkerhed. Apotekets forebyggelse af fejl. Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser. Teknisk rapport. Juni 2005. ([www.apotekerforeningen.dk](http://www.apotekerforeningen.dk))
- Plejehjemstilsyn 2004. Sundhedsstyrelsen og Embedslægerne 2005. Side 1- 12. ([www.eli.dk](http://www.eli.dk))
- Utilsigtede hændelser i almen praksis – Evaluering af et tværfagligt projekt. Thorsen T. Maj 2005. [http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/wm\\_1914](http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/wm_1914) (15/9 2005). Side 1-23.

6. Medicineringsveje (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- Det basale medicinforløb – Lægemedelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci
- Generisk medicineringsforløb – Den Digitale Taskforce

7. Indsamling af hændelser (PowerPoint præsentation)

Disposition:

- En medicinrelateret utilsigtet hændelse
- Det basale medicinforløb
- Hvad skal der ske?

8. SAC-score (PowerPoint-præsentation)

Disposition:

- SAC-score (Safety assessment code) matrix
- Modificeret SAC-score
- Faktuel og potentiel SAC-score
- Medicineringsfejl
- Resultat – faktuel SAC-score
- Resultat – potentiel SAC-score

9. Indsamlede hændelser – excel dokument

10. Håndbog i kerneårsagsanalyse af medicineringsfejl i primærsektoren. Foreløbig version til afprøvning i primærsektoren, 2005.

## Bilag 4.

### Skema til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

#### Patientsikkerhed i primærsektoren

Indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

<input type="checkbox"/> Tidligere hændelse <input type="checkbox"/> Ny hændelse
<b>Oplysninger om patienten</b>
<input type="checkbox"/> Kvinde <input type="checkbox"/> Mand      Alder _____
<input type="checkbox"/> Tilknyttet hjemmeplejen <input type="checkbox"/> Tilknyttet plejehjem <input type="checkbox"/> Andet _____
Har patienten indtaget lægemidlet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Beskrivelse af involverede lægemidler</b>
<b><i>Hvor medicineringsfejlen involverede et lægemiddel:</i></b>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<b><i>Hvor medicineringsfejlen involverede forvekslinger</i></b> (fx forveksling mellem lægemidler, styrke, pakningsstørrelse o.l.):
<i>Hvad skulle det have været:</i>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<i>Hvad blev det:</i>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<b>Hvornår skete hændelsen?</b>
Ugedag: _____
Klokkeslæt: _____
<b>Hvem var involveret?</b> (sæt gerne flere krydser)
<input type="checkbox"/> Praktiserende læge <input type="checkbox"/> Apoteket <input type="checkbox"/> Hjemmeplejen <input type="checkbox"/> Plejehjemmet
<input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Ved ikke      Andre _____

**Hvad skete der?**

Beskriv hændelsen. Fortsæt evt. på bagsiden

**Hvad var konsekvensen for patienten?**

Beskriv, hvilke konsekvenser hændelsen havde eller kunne have fået for patienten. Fortsæt evt. på bagsiden

**Hvorfor skete det?**

Beskriv og afkryds dine overvejelser omkring årsagerne til, at hændelsen kunne ske. Fortsæt evt. på bagsiden (sæt gerne flere krydser)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uhensigtsmæssig ordination   | <input type="checkbox"/> Afbrydelse eller forstyrrelse i arbejdet   |
| <input type="checkbox"/> Uhensigtsmæssig overførelse af dokumentation (her forstås ophældning, udbringning, udlevering og indtagelse) | <input type="checkbox"/> Stor arbejdsbelastning                     |
| <input type="checkbox"/> Mangelfuld/ufuldstændig skriftlig kommunikation mellem aktører   | <input type="checkbox"/> Manglende viden eller oplæring             |
| <input type="checkbox"/> Mangelfuld/ufuldstændig mundtlig kommunikation mellem aktører  | <input type="checkbox"/> Manglende/upræcis procedurevejledning      |
| <input type="checkbox"/> Edb-problematik (fx kommunikation mellem edb-systemer, forveksling af linier, fejltastning)                  | <input type="checkbox"/> Manglende kontrol                          |
|   | <input type="checkbox"/> Forglemmelse                               |
|   | <input type="checkbox"/> Forveksling af lægemiddel/emballage/styrke |
|   | <input type="checkbox"/> Andet                                      |

**Hvordan kan man undgå, at en lignende hændelse kan ske igen?**

Beskriv dine forslag til forebyggelse af netop denne type hændelse. Fortsæt evt. på bagsiden

Skemaet er anonymt, men hvis du gerne vil kontaktes for at komme med kommentarer eller yderligere oplysninger, kan du skrive dit navn nedenfor. Rapporteringsskemaet vil blive anvendt i analysen af de utilsigtede hændelser, men dit navn vil ikke blive givet videre fra projektgruppen til analysegruppen.

I tvivlstilfælde kontaktes Pia Knudsen, Pharmakon, telefon: 48 20 63 79,

[pkn@pharmakon.dk](mailto:pkn@pharmakon.dk)

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

## Bilag 5.

### Vejledning til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

#### Patientsikkerhed i primærsektoren

##### Vejledning til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

Dette projekt har fokus på medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren. Målet er at skabe læring om hændelserne. Gennem denne læring er det muligt at udvikle og afprøve modeller for, hvordan man lokalt kan organisere samarbejdet om forebyggelse af de medicinrelaterede utilsigtede hændelser i primærsektoren.

*I projektet skal der findes årsager til og løsninger på utilsigtede hændelser med medicin. For at kunne det skal deltagerne diskutere konkrete utilsigtede hændelser med medicin. Indsamling af disse foregår ved at bruge et rapporteringsskema. Nedenfor er en vejledning til udfyldelse af de enkelte rubrikker i skemaet.*

#### **Tidligere hændelse**

Du bedes gå et år tilbage for at finde medicinrelaterede utilsigtede hændelser, hvor flere parter, på tværs af sektoren, var involveret. Hændelser kan registreres på mange måder, og du kan eksempelvis tage udgangspunkt i hukommelsen, kommunikationsbøger for personalet, samlinger og lister over hændelser og lignende.

*En hændelse på tværs af sektoren kan eksempelvis være en fejlkommunikation mellem apotek, læge og plejehjem omkring dosisdispensering.*

Hører de indsendte hændelser til denne kategori, afkrydses rubrikken 'tidligere hændelse'.

#### **Ny hændelse**

Sker hændelsen i projektperioden, afkrydses rubrikken 'nye hændelser'. I denne periode er vi både interesseret i alle medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Både dem hvor kun en enkelt part er involveret, og hvor flere parter på tværs af sektoren er involveret.

#### **Oplysninger om patienten?**

Afkryds kønnet på den involverede patient, og anfør patients alder. Afkryds, om patienten er tilknyttet hjemmeplejen eller plejehjem. Hvis valgmulighederne ikke synes anvendelige, brug da kategorien 'andet', og beskriv nærmere i feltet til fritekst.

Afkryds desuden, hvorvidt patienten har indtaget lægemidlet.

#### **Beskrivelse af involverede lægemidler**

Hvis kun et lægemiddel har været involveret, så brug den først rubrik, hvor der kun angives et lægemiddel. Angiv lægemiddelnavn, styrke, dosering, indikation/hvilken lidelse patienten fik lægemidlet mod, og pakningsstørrelse.

Hvis to lægemidler har været involveret, anvendes kategorien 'Hvor medicineringsfejlen involverer forvekslinger', og angiv 'hvad det skulle have været', og 'hvad det blev'. Angiv de involverede lægemidlers navn, styrke, dosering, indikation/hvilken lidelse patienten fik lægemidlet mod, og pakningsstørrelse.

*Forvekslinger kan eksempelvis bestå i forvekslinger mellem to lægemidler med næsten enslydende navne eller forvekslinger af styrker eller pakningsstørrelser*

**Hvornår skete hændelsen?**

Nævn her hvilken ugedag og hvilket tidspunkt, hændelsen indtraf, hvis muligt.

Eksempelvis

Ugedag: Mandag Klokkeslæt: 15:05

Denne rubrik skal anvendes til at identificere eventuelle kritiske tidspunkter for medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

**Hvem var involveret?**

Afkryds her, hvem der var involveret i hændelsen. Der må gerne sætte flere krydser, hvis hændelsen har involveret flere parter. Hvis valgmulighederne ikke kan bruges, så sæt kryds i kategorien 'andre' og beskriv i feltet til fritekst.

**Hvad skete der?**

Det er her, der er mulighed for at nævne de pointer, som afkrydsningsbesvarelsenerne ikke giver mulighed for.

Her skal hændelsen beskrives detaljeret med ord.

**Eksempler på medicinrelaterede utilsigtede hændelser:**

*Et apotek har til en patient med dosisdispensering modtaget en ny recept på Todolac og ekspederer denne og faxer det ændrede medicinskema til plejehjemmet. Lægen mente, at han på Todolac-recepten havde skrevet, at Celebra skulle seponeres. Dette var ikke tilfældet, hvorfor apoteket ikke har seponeret Celebra, således at patienten både har fået Todolac og Celebra. Som en konsekvens af dette, er patienten blevet indlagt (hændelse med flere parter involveret).*

*Apoteket har udleveret Prednisolon 2,5 mg, 100 stk. i stedet for Prednisolon 25 mg, 100 stk. Fejlen er sket, da recepten var blevet aflæst forkert (en part involveret).*

*På et plejehjem bliver patientens medicin fundet på patientens dyne flere timer efter, at denne skulle være givet (en part involveret).*

Skriv også gerne, hvordan hændelsen blev opdaget. Eksempelvis:

- *Apoteket manglede et lægemiddel, fordi det var blevet udleveret til en patient med næsten samme navn.*
- *Patienten kontaktede apoteket og undrede sig over, at tabletten havde forkert farve.*

**Hvad var konsekvensen for patienten?**

Det er her muligt at beskrive, hvilke konsekvenser hændelsen havde eller kunne have fået for patienten.

*Blev patienten eksempelvis indlagt som en konsekvens af den utilsigtede hændelse? Eller måtte patienten i yderligere medicinering.*

### Hvorfor skete det?

Her skal årsagen/årsagerne til, at hændelsen skete, først beskrives:

- Overvej hvilke faktorer, som kunne være medvirkende til, at hændelsen skete.
- Kategoriser årsagen/årsagerne i de beskrevne rubrikker. Der må gerne sættes flere krydser. Hvis valgmulighederne ikke synes anvendelige, brug da venligst kategorien 'andre' og beskriv i feltet til fritekst.

*Hvis der eksempelvis skete en forveksling i fremtagningen af et lægemiddel (fx på apoteket, ved udbringning fra apoteket, hos borgeren, på plejehjemmet), så forsøg at tænke længere end til at personen, der foretog fremtagningen, var uopmærksom eller glemte at kontrollere. Forsøg at beskrive, hvorfor personen var uopmærksom eller glemte at kontrollere. Fx:*

- Var personalet ikke oplært til opgaven?
- Skete der en kommunikationsbrist?
- Var der problemer med arbejdsmiljøet?

*Skete hændelsen, fordi forkert person blev valgt i edb-systemet, eller fordi der blev valgt en forkert linie i edb-systemet (hos lægen, på apoteket), forsøg da at beskrive, hvorfor dette fejlvalg skete.*

*Havde patienten eventuelt problemer med lægemidlet, fordi det havde ændret udseende ved substitution, eller fordi patienten ikke havde forstået, hvordan lægemidlet skulle indtages. Havde rådgivningen til patienten omkring lægemidlet (fra apotek, læge eller plejepersonale) ikke været god nok?*

### Hvordan kan man undgå, at en lignende hændelse kan ske igen?

Forsøg her at give et bud på, hvordan man kan forhindre en lignende hændelse i at ske. Forsøg her at tænke videre end til den enkelte ansatte.

*Hvis eksempelvis der var sket en fejl i fremtagningen, og man i den forbindelse har beskrevet at personen var uopmærksom eller glemte at kontrollere. Forsøg da at tænke længere end til, at man skal være mere opmærksom. Eksempelvis kunne mere ro omkring fremtagningen måske forhindre en lignende hændelse i at ske.*

*Hvis en patient har taget sine lægemidler forkert, fordi pakningen har ændret sig, og patienten, der er svagtseende, normalt kender sin medicin på pakningerne. Forsøg da at tænke på tiltag, som kunne forhindre en sådan situation i at gentage sig.*

**Navn:** \_\_\_\_\_ **Dato:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ **Mailadresse:** \_\_\_\_\_

Her oplyses dato for indrapporteringen. Skemaet er anonymt. Der er dog også mulighed for at skrive navn og telefonnummer eller mail adresse, hvis du gerne vil kontaktes for at komme med kommentarer eller yderligere oplysninger. Navnet vil ikke blive givet videre til analysegruppen.

Alle hændelser behandles fortroligt. Dvs. der offentliggøres ikke noget fra projektet med navn på personer, apoteker, lægepraksiser, hjemmepleje eller plejehjem.

I tvivlstilfælde kontaktes Pia Knudsen, Pharmakon, telefon: 4820 6379, [pkn@pharmakon.dk](mailto:pkn@pharmakon.dk)

Hvis Pia Knudsen ikke er der, er du velkommen til at lægge en besked, og du vil blive kontaktet. Pia Knudsen er farmaceut og har tavshedspligt. Dvs. du behøver ikke at oplyse dit navn.

**Er du i tvivl om relevansen af en hændelse, du er blevet opmærksom på, så indrapporter!**