



# **Medicinering i hjemmeplejen og i plejebolig**

**- identifikation af utilsigtede hændelser  
og forslag til forebyggende tiltag**

**Titel:** Medicinering i hjemmeplejen og i plejebolig

© Patientombuddet, december 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

# Indhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Indledning</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Dataindsamling</b>  | <b>5</b>  |
| DPSD   | 5         |
| <b>Utsigtede hændelser</b>   | <b>6</b>  |
| PLACERING  | 6         |
| PROCESTRIN OG PROBLEMKATEGORIER  | 6         |
| ALVOR  | 8         |
| Alvorlige hændelser  | 9         |
| Dødelige hændelser   | 11        |
| HYPPIGST INVOLVEREDE LÆGEMIDDELGRUPPER   | 12        |
| <b>Risikosituationer og forslag til forebyggende tiltag</b>                    | <b>13</b> |
| DISPENSERING   | 13        |
| Manglende eller forkert dosering   | 13        |
| Forkert hyppighed  | 14        |
| RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF DISPENSERINGSFEJL                     | 15        |
| ADMINISTRATION   | 15        |
| Medicin ikke givet   | 15        |
| Medicin ikke taget   | 16        |
| Medicin givet til forkert tid  | 16        |
| Medicin givet til forkert patient  | 17        |
| RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF ADMINISTRATIONSFEJL                   | 17        |
| FLERE SIDELØBENDE DISPENSERINGER   | 17        |
| Sidedoseringer glemt eller overset   | 17        |
| Dobbeltdoseringer  | 18        |
| RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF FEJL VED FLERE SIDELØBENDE DOSERINGER | 19        |
| PLASTRE  | 20        |
| Plastre ikke skiftet til ordineret tid   | 20        |
| Forkert styrke   | 21        |
| Gamle plaster er ikke taget af   | 22        |
| RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF FEJL VED BRUG AF PLASTRE              | 22        |
| <b>Konklusion</b>  | <b>23</b> |
| VEJLEDNINGER   | 23        |
| MEDICINERINGSPROCESSEN   | 23        |
| Forslag til tiltag   | 25        |
| DOSISDISPENSERING OG SIDEDOSERING  | 26        |
| Forslag til tiltag   | 26        |
| PLASTRE  | 27        |
| Forslag til tiltag   | 27        |
| INVOLVEREDE LÆGEMIDLER   | 27        |
| RAPPORTERING   | 27        |

## Indledning

Beboere i hjemmeplejen og i plejeboliger er oftest ældre, og mange ældre er medicinbrugere. Heraf er mange i behandling med flere lægemidler samtidig. Omkring 60 procent af alle ældre over 75 år indtager mere end tre receptpligtige lægemidler om dagen, og en tredjedel anvender fem eller flere lægemidler<sup>1</sup>. Hvis man anvender flere lægemidler samtidig er der en øget risiko for utilsigtede hændelser. Der er dokumentation for, at ældre på plejehjem og i hjemmepleje oplever mange medicineringsfejl<sup>2</sup>. Ved embedslægerens plejehjemseftersyn i 2011 var der i syv procent af stikprøverne ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæskerne og antallet af tabletter angivet på medicinskemaet. Det kan betyde, at der er risiko for, at beboeren ikke får den rette medicinske behandling. Rapporten peger på, hvor vigtigt det er, at personalet, der står for medicin håndteringen, har de rette kompetencer indenfor medicin, og at de kender til blandt andet medicininstrukser<sup>3</sup>.

Det har siden patientsikkerhedsordningens begyndelse været kendt, at en stor andel af de utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet sker i forbindelse med medicinering. Udvidelsen af ordningen til praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område viser dog tydeligt, at problemet ikke er begrænset til sygehusvæsenet. 72 procent af de kommunalt rapporterede hændelser i 2011 var kategoriseret som medicineringshændelser<sup>4</sup>.

På den baggrund har temarapporten følgende formål:

- At identificere hvilke typer af medicinrelaterede utilsigtede hændelser, som rapporteres med hændelsessted i hjemmepleje eller i plejeboliger
- At undersøge, hvilke forslag personalet selv giver til forebyggelse af de identificerede hændelser
- At øge læringen omkring medicinrelaterede utilsigtede hændelser i hjemmeplejen og i plejeboliger, således at medicin håndteringen kan forbedres og gøres mere sikker.

Inden rapporterne om utilsigtede hændelser når Patientombuddet, bliver de behandlet lokalt i kommunerne, hvor der allerede foregår tiltag, som kommuner har i værksat som en reaktion på rapporteringerne. Det være sig; analyser, møder, kompetenceudvikling, udarbejdelse af instrukser, kvalitets-samarbejde mellem apoteker og plejepersonale med videre. Disse tiltag har ikke været fokus for rapporten.

Det er et håb, at denne rapport kan bidrage til yderligere synliggørelse af problemstillinger i medicineringen og i relation til disse, at præsentere for-

slag til forbedringer, således at det ikke kun er egne, men også andres erfaringer og refleksioner, som anvendes i arbejdet med at forbedre patientsikkerheden.

Denne temarapport er bygget op med en indledende beskrivelse af datakilden. Derefter følger kapitler, der handler om utilsigtede hændelser i medicineringsprocessen. Herefter kommer et kapitel om risikosituationer og årsager. Som et bidrag til læring bliver hvert afsnit i dette kapital afsluttet med et uddrag af, hvad der i rapporterne er blevet skrevet som forslag til forebyggelse. Rapporten bliver afsluttet med en konklusion samt forslag til tiltag.

## Dataindsamling

Da Patientombuddet den 1. januar 2011 blev oprettet som en ny myndighed under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, var et af formålene at skabe et bedre grundlag for øget læring i sundhedsvæsenet. En øget læring, der blandt andet skal være med til at sikre, at medicin håndteringen forbedres og gøres mere sikker.

### DPSD

Siden januar 2004 har sundhedspersonalet i sygehusvæsenet haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. 1. september 2010 trådte den udvidede patientsikkerhedsordning i kraft. Det betyder, at patientsikkerhedsordningen udover sygehusvæsenet nu også omfatter praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område.

Med udvidelsen muliggøres, at der sker en systematisk læring dels af utilsigtede hændelser, der sker indenfor hver af sundhedsvæsenets sektorer, dels af utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorer.

Kredsen af rapporteringspligtige personer blev ligeledes udvidet, fra kun at omfatte sundhedspersoner, til også at omfatte enhver person som handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar samt apotekere, apotekspersonale og ambulancebehandlere.

På det kommunale område er der rapporteringspligt for alle utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med sektorovergange, medicinering, infektioner og personuheld, der er relateret til en sundhedsfaglig ydelse eller mangel på samme. Andre typer af hændelser er også rapporteringspligtige, hvis konsekvensen af hændelsen er, at patienten dør, patienten får varige funktionsstab, der skal ske lægetilkald, indlæggelse, eller betydelig øget udrednings- eller behandlingsintensivitet, med videre. Alle utilsigtede hændelser

kan rapporteres.

Ordningen blev 1. september 2011 yderligere udvidet til også at omfatte en frivillig rapporteringsmulighed for patienter og pårørende.

Rapporteringens formål er læring, og der er lagt vægt på, at der ikke kan eller skal tages stilling til kritik eller sanktioner.

## Utilsigtede hændelser

Ved rapportering i DPSD skal hændelsen klassificeres efter en obligatorisk hændelsestypeklassifikation. Desuden kan en medicineringshændelse videre klassificeres i en udvidet ikke obligatorisk proces- og problemklassifikation. Klassifikationen er en dansk tilpasning af WHO's ICPS-klassifikation, og kan for hændelsestypen 'Medicinering' ses i bilag 1.

Klassificeringen foretages af de kommunale risikomanagere / sagsbehandlere.

Patientombuddets enhed for læring har foretaget en søgning efter utilsigtede hændelser i DPSD for perioden 1. september 2010 til 10. april 2012. Der blev søgt efter afsluttede rapporter, hvor hændelsestypen var 'medicinering', og hændelsesstedet var 'plejebolig' eller 'hjemmeplejen'.

Patientombuddet har opgjort de klassificerede hændelser. Desuden er fri-tekstfelterne i alvorlige og dødelige hændelser blevet gennemlæst for en identifikation af risikosituationer samt årsager og forslag til forebyggelse.

## PLACERING

Der blev for perioden klassificeret 25.531 afsluttede rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende medicinering med hændelsessted i hjemmeplejen og i plejebolig. De var fordelt på:

- 5.029 rapporter med hændelsessted i hjemmeplejen
- 20.502 rapporter med hændelsessted i plejebolig.

## PROCESTRIN OG PROBLEMKATEGORIER

Opgørelsen af procestrinnene i tabel 1 viser, at de fleste utilsigtede hændelser er kategoriseret som sket i administrationstrinnet. Det vil sige det trin i medicineringen, som omhandler uddeling og indtagelse/indgift af medicinen. Henholdsvis 55 procent i hjemmeplejen og 59 procent i plejebolig er

relateret til dette trin i medicineringsprocessen. Herefter følger dispenseringstrinnet, trinnet hvor den ordinerede medicin optælles og tilberedes, med omkring 15 procent og 10 procent hændelserne i henholdsvis hjemmeplejen og plejebolig.

| WHO klassifikation<br>Procestrin | Hjemmeplejen |             | Plejebolig    |             |
|----------------------------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
|                                  | Antal        | %           | Antal         | %           |
| • Ordination                     | 53           | 1,1         | 249           | 1,2         |
| • Recepthåndtering               | 21           | 0,4         | 58            | 0,3         |
| • Receptkontrol                  | 3            | 0,1         | 8             | <0,1        |
| • Håndtering af doseringskort    | 109          | 2,2         | 1.667         | 8,1         |
| • Dispensering                   | <b>730</b>   | <b>14,5</b> | <b>2.079</b>  | <b>10,1</b> |
| • Administration                 | <b>2.768</b> | <b>55,0</b> | <b>12.011</b> | <b>58,6</b> |
| • Opbevaring                     | 45           | 0,9         | 137           | 0,7         |
| • Dokumentation                  | 105          | 2,1         | 567           | 2,8         |
| • Monitorering                   | 9            | 0,2         | 120           | 0,6         |
| • Levering                       | 46           | 0,9         | 153           | 0,8         |
| • Emballering og navngivning     | 9            | 0,2         | 30            | 0,2         |
| • Andet                          | 256          | 5,1         | 559           | 2,7         |
| • Ikke klassificeret             | 875          | 17,4        | 2.864         | 14,0        |
| I alt                            | 5.029        | 100 %       | 20.502        | 100 %       |

Tabel 1. Opgørelse over medicinrelaterede utilsigtede hændelsers placering i medicineringsprocessen.

Inden for hvert procestrin kan hændelsen efterfølgende klassificeres efter problemtyper.

De flest utilsigtede hændelser er kategoriseret som 'Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet'. Henholdsvis 62 procent i hjemmeplejen og 68 procent i plejebolig er relateret til denne problemtype. Herefter følger problemer med 'Ikke udført eller mangelfuldt udført proces' i omkring 16 procent og 15 procent af hændelserne for henholdsvis hjemmeplejen og plejebolig (Tabel 2).

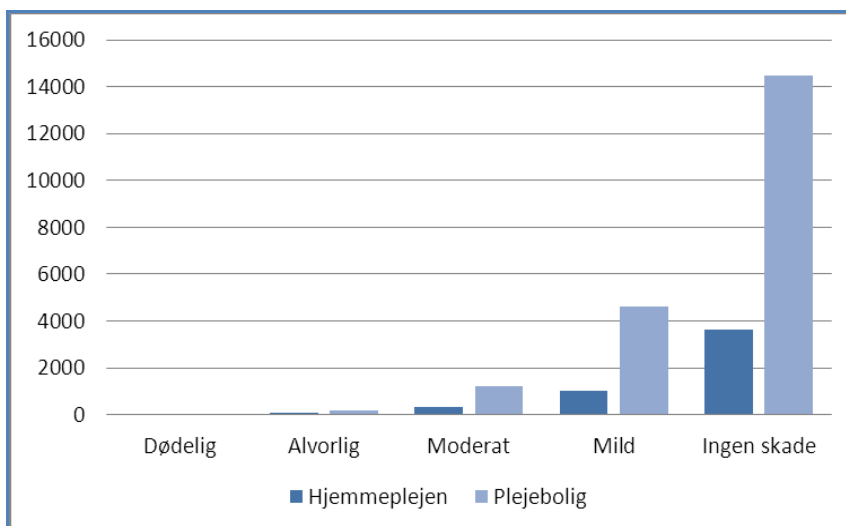
| WHO klassifikation<br>Problem                    | Hjemmeplejen |             | Plejebolig    |             |
|--|--------------|-------------|---------------|-------------|
|  | Antal        | %           | Antal         | %           |
| • Forkert ordination/kontraindikation            | 5            | 0,1         | 38            | 0,2         |
| • Forkert patient                                | 29           | 0,6         | 255           | 1,2         |
| • Forkert lægemiddel                             | 43           | 0,9         | 96            | 0,5         |
| • Forkert administration                         | 166          | 3,3         | 503           | 2,5         |
| • Forkert dispensering                           | 139          | 2,8         | 672           | 3,3         |
| • Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet    | <b>3.121</b> | <b>62,1</b> | <b>13.864</b> | <b>67,6</b> |
| • Forkert formulering eller klargøring           | 9            | 0,2         | 22            | 0,1         |
| • Forkert label/instruktion                      | 10           | 0,2         | 25            | 0,1         |
| • Forkert opbevaring                             | 36           | 0,7         | 82            | 0,4         |
| • Proces forkert – ikke eller mangelfuldt udført | <b>820</b>   | <b>16,3</b> | <b>3.134</b>  | <b>15,3</b> |
| • Udløbet medicin                                | 2            | <0,1        | 31            | 0,2         |
| • Andet  | 206          | 4,1         | 400           | 2,0         |
| • Ikke klassificeret                             | 443          | 8,8         | 1380          | 6,7         |
| I alt  | 5.029        | 100 %       | 20.502        | 100 %       |

Tabel 2. Opgørelse over hvilke problemer de medicinrelaterede utilsigtede hændelser er knyttet til.

## ALVOR

Størstedelen af de medicineringshændelser, som er rapporteret, er blevet klassificeret som 'ingen skade' eller 'mild skade' (Figur 1).





|                     | Dødelig | Alvorlig | Moderat | Mild  | Ingen skade |
|---------------------|---------|----------|---------|-------|-------------|
| <b>Hjemmeplejen</b> | 4       | 60       | 311     | 1.034 | 3.620       |
| <b>Plejebolig</b>   | 3       | 191      | 1.219   | 4.634 | 14.455      |
| <b>Total</b>        | 7       | 251      | 1.530   | 5.668 | 18.075      |

Figur 1. Opgørelse over alvorskategorisering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

For de hændelser, der er kategoriseret 'Ingen skade' er problemet i 12.163 ud af de 18.075 hændelser (67 procent) 'forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet'.

For de hændelser, der er kategoriseret 'Mild' er problemet i 3.842 ud af de 5.667 hændelser (68 procent) 'Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet'.

For de moderat alvorlige hændelser er problemet i 886 ud af de 1.530 hændelser (58 procent) 'Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet'.

### Alvorlige hændelser

Med udgangspunkt i WHO's proceskategorisering og hændelsesbeskrivelserne blev der foretaget en mere specifik kategorisering af problemerne.

Af de 251 alvorlige hændelser, kunne 217 yderligere fordeles på følgende problemer:

| Medicineringsprocessen | Problemer   | Antal     |
|------------------------|---|-----------|
| Ordination             | • Forkert præparat  | 1         |
|                        | • Forkert dosis   | 1         |
| Recepthåndtering       | • Ordination misforstået                                    | 1         |
| Dispensering           | • <b>Forkert dosis (som følge af forkert styrke/mængde)</b> | <b>25</b> |
|                        | • <b>Ikke doseret/mangler</b>                               | <b>19</b> |
|                        | • <b>Forkert tidspunkt / frekvens</b>                       | <b>11</b> |
|                        | • Ikke seponeret  | 3         |
|                        | • Forkert patient   | 1         |
|                        | • Forkert præparat  | 1         |
|                        | • Udleveret pn-medicin, som ikke var ordineret              | 1         |
| Administration         | • <b>Ikke givet</b>   | <b>93</b> |
|                        | • <b>Medicin ikke taget af patient</b>                      | <b>14</b> |
|                        | • <b>Givet til forkert tid</b>                              | <b>12</b> |
|                        | • <b>Givet til forkert patient</b>                          | <b>12</b> |
|                        | • Plaster ikke givet/skiftet                                | 7         |
|                        | • Plaster ikke taget af ved ny dosering                     | 2         |
| Dokumentation          | • Fejl i medicinskema /forkert oprettet                     | 7         |
|                        | • Gammelt medicinskema i brug                               | 1         |
| Monitorering           | • Manglende medicinlevning                                  | 2         |
|                        | • Medicin ikke låst inde                                    | 1         |
|                        | • Medicin ikke bestilt                                      | 1         |
| Andet                  | • Vikar/elev/nyt personale involveret                       | 1         |
| I alt                  |   | 217       |

Tabel 3. Alvorlige medicinrelaterede utilsigtede hændelser fordelt på problemer.

## Dødelige hændelser

Af de syv hændelser klassificeret som dødelige, havde to hændelser et faktisk dødeligt udfald. De to hændelser med dødeligt udfald foregår begge i hjemmeplejen og omhandler dels en fejlbehandling af en diabetespatient, dels en ombytning af to patienters medicin.

*En ansat i hjemmeplejen kommer hjem til en borger for at låse medicin ud. Da hun kommer ind, ser hun borgeren ligge vågen i sengen. Borgeren er urolig og er lang tid om at svare på spørgsmål.*

*Borgeren har diabetes, og plejeren måler derfor borgerens blodsukker, som er på 2.0. Plejeren skriver: "Jeg handler forkert, og giver hende insulin, men da jeg har trykket lidt, hiver jeg den (nålen, red) tilbage og får måske ikke givet hende det hele. Selvfølgelig skal hun ikke have den, når den (blodsukkeret, red) er for lavt". Plejeren får lidt chokolade og saft i borgeren, men kan se at borgeren bliver dårligere, og blodsukkeret falder yderligere. Hun ringer derefter 112. Borgeren dør dog.*

*Som foreslag til forebyggelse af lignende hændelser nævner rapportør: Hurtigvirkende indsprøjtning i hjemmet, som for eksempel glucoseindsprøjtning og adrenalin, samt sukker, saft eller chokolade ved sengen.*

*Hjemmeplejen kommer ved en fejl til at give en ældre kvinde hendes ægtemands medicin. Kvinden bliver dårlig, og personalet tilkalder sygeplejersken. Sygeplejersken kontakter lægevagten, som får kvinden indlagt. Samme dag dør hun af kardiogent chok på hospitalet.*

*Som foreslag til forebyggelse af lignende hændelser nævner rapportør: Personalet skal huske at tjekke, at det er den rigtige borgers medicin der bliver givet.*

Af de fem hændelser, som ikke havde dødeligt udfald, omhandler de fire lægemidler, der ikke blev administreret. Hændelserne er formentlig scoret som potentielt dødelige, men faktisk var alvoren på hændelserne milde til moderate.

Den femte hændelse omhandler hypnotika, der forsvinder fra afdeling.

## HYPPIGST INVOLVEREDE LÆGEMIDDELGRUPPER

Smertestillende lægemidler er langt den hyppigste gruppe af lægemidler involveret i de rapporterede utilsigtede hændelser. Lægemidlet paracetamol er det middel, der er flest rapporter om (Tabel 4).

| Fem typer af lægemidler, som hyppigst er involveret i en hændelse | Antal hændelser | Hyppigste lægemiddelgrupper   |
|---|-----------------|---|
| Smertestillende lægemidler  | 3.541           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Paracetamol, 3.473 hændelser</li></ul>  |
| Midler mod depression   | 1.755           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Citalopram, 623 hændelser</li><li>▪ Mirtazapin, 515 hændelser</li></ul>                           |
| Vanddrivende midler   | 1.562           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Furosemid, 1.228 hændelser</li><li>▪ Bendroflumethiazid med kaliumklorid, 322 hændelser</li></ul> |
| Blodpladehæmmende midler  | 1.188           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Acetylsalicyl syre, 599 hændelser</li><li>▪ Dipyridamol og kombinationer, 398 hændelser</li></ul> |
| Morfinlignende smertestillende lægemidler                         | 1.033           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tramadol, 510 hændelser</li></ul>   |

Tabel 4. De fem hyppigste typer af lægemidler involveret medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

Der er en samlet oversigt over medicin knyttet til de alvorlige og dødelige hændelser fordelt på ATC-grupper i bilag 2.

## Risikosituationer og forslag til forebyggende tiltag

I hændelsesrapporten er det muligt at angive årsager til, at den utilsigtede hændelse er sket, men da det ikke er obligatorisk, er det langt fra alle rapporter, hvor årsagerne kan findes. Der er imidlertid i nogle rapporter angivet risikosituationer eller årsager til hændelserne i hændelsesbeskrivelserne samt i felterne om 'Konsekvens' og 'Forslag til forebyggelse'.

Dispensering og administration er de to processer i medicineringen, hvor der synes at ske flest utilsigtede hændelser. Disse to processer gennemgås i det følgende.

### DISPENSERING

Med udgangspunkt i WHO's proceskategorisering og i rapporternes hændelsesbeskrivelser blev der for de alvorlige hændelser i dispenseringen foretaget en mere specifik kategorisering af problemerne.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forkert dosis (som følge af forkert styrke/mængde)</b> | <b>25</b> |
| <b>Ikke doseret/mangler</b>                               | <b>19</b> |
| <b>Forkert tidspunkt / frekvens</b>                       | <b>11</b> |
| Ikke seponeret  | 3         |
| Forkert patient   | 1         |
| Forkert præparat  | 1         |
| Udleveret pn-medicin, som ikke var ordineret              | 1         |

Tabel 5. Typer af alvorlige dispenseringshændelser.

Hændelsesbeskrivelsen samt kategorierne 'Konsekvens' og 'Forslag til forebyggelse' blev gennemlæst for en identifikation af risikosituationer og årsager samt forslag til forebyggelse af hændelserne. Der kunne identificeres følgende problemområder:

### Manglende eller forkert dosering

Når det gælder dispensering, er den hyppigste hændelse, at lægemidlet ikke er blevet doseret, eller at der er doseret i forkert styrke eller mængde. Ofte er årsagerne til fejdoseringerne ikke nævnt, men der er blandt de alvorlige hændelser identificeret følgende risikosituationer:

### **Ændring i ordination**

Ændringer i dosering kan være en årsag til, at lægemidlet ikke er blevet doseret, eller at det er doseret i forkert styrke eller mængde.

Specielt perioden fra en ændring i ordination også er at finde i dosisdispenseringen, kan være en udfordring. I den periode må der ofte sidedoseres, indtil dosisdispenseringen er opdateret. Nogle hændelser viser, at når dosisdispenseringen er på plads, glemmes seponeringen af sidedoseringen og der bliver dermed dobbeltdoseret.

*En beboer får dosisdispenseret medicin leveret fra apotek og skal have tilføjet et nyt lægemiddel. Indtil dette er gået i orden, har personalet selv doseret det nye lægemiddel i æske ved siden af. Apotek får medicinen i dosisposerne pr. 27/10, men personalet er ikke opmærksomme på dette og giver d. 27/10 både medicinen i æske samt medicinen i dosispose.*

Ligeledes kan der opstå fejl, når medicinlisten skal opdateres efter ordinationsændring.

*En borger får normalt 1 tbl x 2 ugentligt, men skulle i en 14 dages periode have tabletten hver dag. Efter de 14 dage skulle borgeren tilbage til den gamle ordination, men den blev ikke sat tilbage på medicinlisten. Borgeren fik derfor i 1 uge ingen medicin – indtil det blev opdaget.*

### **Usikkerhed og manglende viden**

Usikkerhed eller manglende viden blandt personalet kan være en anden årsag til, at lægemidlet ikke er blevet doseret eller doseret i forkert styrke eller mængde. Rapporterne handler ofte om, at den, der dispenserer, ikke er sikker, men alligevel forsøger at handle på egen hånd.

*En terminal beboer med cancer og mange smerter fik flydende Oxynorm®. Det bliver opdaget, at en assistent har givet flydende Oxynorm® 10 ml, hvor dosis skulle have været 5 ml. Da man undersøgte, hvorfor der blev fejdoseret, finder man, at medicin var angiveligt korrekt anført på medicinlisten, men assistenten, som havde givet medicinen, gav udtryk for at have været usikker på, hvordan den skulle tydes.*

### **Forkert hyppighed**

Forkert hyppighed er også et problem i dispenseringen. Der blev blandt de alvorlige hændelser fundet to rapporter, hvor methotrexat var doseret dagligt i stedet for ugentligt. Den ene hændelse handler muligvis om forveksling med folinsyretabletter under dispenseringen.

## RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF DISPENSERINGSFEJL

Fire forebyggende pointer træder frem i kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse' i de rapporterede hændelser:

1. Der må aldrig doseres uden medicinskema
2. Doseret medicin og medicinskema skal kontrolleres overfor hinanden. Både i forhold til dosis og hyppighed
3. Personalet, som administrerer medicin, skal sikres den fornøden viden
4. Personalet, som administrerer medicin, skal opsøge faglig viden og sparring ved kompleks medicingivning og ved medicinering, man ikke er fortrolig med.

## ADMINISTRATION

Med udgangspunkt i WHO's proceskategorisering og hændelsesbeskrivelserne blev der for de alvorlige hændelser i administrationen foretaget en mere specifik kategorisering af problemerne.

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Ikke givet</b>                     | <b>93</b> |
| <b>Givet til forkert tid</b>          | <b>12</b> |
| <b>Givet til forkert patient</b>      | <b>12</b> |
| <b>Medicin ikke taget af patient</b>  | <b>14</b> |
| Plaster ikke givet/skiftet            | 7         |
| Plaster ikke taget af ved ny dosering | 2         |

Tabel 6. Typer af alvorlige administrationshændelser.

Hændelsesbeskrivelsen samt kategorierne 'konsekvens' og 'forslag til forebyggelse' blev gennemlæst for en identifikation af risikosituationer og årsager samt forslag til forebyggelse af hændelserne. Der kunne identificeres følgende problemområder:

### Medicin ikke givet

Det hyppigste problem i administrationstrinnet er, at medicinen ikke gives til patienterne. Det er sjældent, der er beskrevet, hvorfor det er sket, men for de alvorlige hændelser kunne årsagen blandt andet relateres til følgende ri-

sikosituationer:

### **Sidedoseringer blev overset**

Sidedoseringer, der overses, er en af årsagerne til, at medicin ikke blevet givet til patienterne. Denne problematik er taget yderligere op i afsnittet om flere sideløbende dispenseringer.

### **Forglemmelse**

'Forglemmelse' er en årsag, der meget ofte nævnes i rapporterne som en forklaring på, hvorfor medicinen ikke blev givet. Hvorfor personalet glemmer medicinen, er desværre meget sjældent uddybet i rapporterne.

### **Medicin ikke taget**

Medicinen bliver ikke altid taget af patienterne. Rapporterne peger på, at kan skyldes, at:

- der ikke var personale tilstede til at hjælpe patienten med at tage medicinen
- patienten ikke blev husket på medicinen
- patienten ville ikke have medicinen
- medicinen var blevet gemt eller tabt af en patient og først fundet senere.

### **Medicin givet til forkert tid**

Rapporterne viser, at der tages fejl af dage og tider, når medicinen skal udleveres. For de alvorlige hændelser er grunden som oftest, at man af uvisse årsager ikke fik læst ordentligt på dag og tid på allerede doseret medicin.

*Den 25/7 og 26/7 blev der ikke givet vebicombin til en borger, da der var givet den forkerte doserede pakning til borgeren. Den 28/7 starter borgeren igen på en ny uge, men den 30 /7 bliver der igen taget fra en forkert pakke, hvorved borgeren igen ikke får vebicombin. Der skrives i rapporten; "Der kan ikke være talt tabletter, inden de blev givet, da antallet har været forkert. De dosisdispenserede pakker er meget tydelig mærket med nr og ugetal".*



## Medicin givet til forkert patient

For de alvorlige hændelser er grunden til, at en patient fik en anden patients medicin som oftest, at man af uvisse årsager ikke fik læst ordentligt på patienternes navn og personnummer. I enkelte tilfælde har patienterne samme navn eller et meget nærliggende navn. I et enkelt tilfælde er det en patient, der selv tager en anden patients medicin under morgenmaden.

## RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF ADMINISTRATIONSFEJL

Syv forebyggelsepointer træder frem i kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse':

- Hver enkelt beboers medicin skal opbevares i dennes bolig i det omfang, det er forsvarligt
- Medicinæskerne fra flere beboere må aldrig samles i én kasse
- Tjek medicinskema og tjek om medicinen stemmer overens med skemaet
- Kontroller navn, personnummer, lejlighedsnummer samt klokkeslæt for medicinering, inden der gives medicin
- Mere uddannet personale på vagt
- Et og samme personale giver medicin vagten igennem
- Personalet skal altid sikre, at medicinen bliver indtaget. Det ikke er nok, at patienten har medicinen i hånden.

## FLERE SIDELØBENDE DISPENSERINGER

Blandt alle de fremsøgte rapporter har Patientombuddet identificeret 324 hændelser, som omhandler sidedoseringer. Der er i næsten alle disse tilfælde tale om sidedoseringer til patientens dosisdispenserede medicin. Der kunne identificeres følgende problemområder:

### Sidedoseringer glemt eller overset

Den hyppigste utilsigtede hændelse, som involverer sidedoseringer, er hvor sidedoseringen er blevet glemt eller overset, hvorfor patienten ikke har fået den fulde medicinske behandling. Rapporterne nævner ofte, at der opsættes/påhæftes sedler, som indikerer, at patienter får både fra æske og pose.

Alligevel glemmes eller overses de sidedoserede lægemidler. I nogle tilfælde skyldes forglemmelsen, at sidedoseringen ikke ligger sammen med den dosisdispenserede medicin.

*En borger skulle have penicillin på grund af opstået lungebetændelse, men fik ikke behandling i to dage. Dette skete, fordi afløseren havde ikke set, at tabletterne lå ved siden den boks, den normale dosisdispenserede medicin lå i.*

Det er sjældent, at der bliver skrevet en dybere forklaring på, hvorfor det er sket, men en gennemgang af hændelsesbeskrivelse har identificeret følgende risikosituationer:

### **Lægemidler, som ikke kan dosisdispenserer**

Sidedoseringer glemmes eller overses specielt hos patienten, som får dosisdispenseret medicin, men som også får medicin, der ikke kan dosisdispenserer. For eksempel Maravan, hvor dosering monitoreres efter blodprøvemålinger. I otte konkrete tilfælde relaterer de rapporterede hændelser til sidedoseringer med Maravan, som ikke er blevet givet.

### **Korte kure**

Sidedoseringer ved kort kure som for eksempel prednisolon, smertestillende lægemidler eller antibiotika skaber ligeledes problemer. Der er identificeret 28 hændelser, som omhandlede antibiotika, der blev doseret ved siden af dosisdispenseringen, og som blev glemt eller overset.

*På grund af opblussen af hudsygdom er en beboer opstartet i behandling med prednisolon 50 mg x1 daglig. Personalet i huset er informeret, og der laves notat og fokusoråde vedrørende den nye behandling. Der laves ny medicinliste med gul markering af den nye sidedosering og gul huskeseddel. Beboeren får ellers medicin som dosisdispensering og prednisolonkuren er den eneste tablet, der er sidedoseret. Ugen efter behandlingens begyndelse opdages det, at prednisolon kun er givet i 3 ud af 7 dage.*

### **Dobbeltdoseringer**

Dobbeltdoseringen er en utilsigtet hændelse, som i mange tilfælde er knyttet til flere sideløbende doseringer. Problemet opstår typisk, når der ændres i medicineringen. En gennemgang af hændelsesbeskrivelse har identificeret følgende risikosituationer:

### Dosisjustering

En op- eller nedtrapning i dosering kan være en kilde til fejl. En typisk problemstilling er, at dosisjusteringen er sket som en sidedosering, og at sidedoseringen ikke er blevet seponeret, når den endelige dosis er opnået og tilføjet i dosisdispenseringen. På den måde har patienten fået fuld dosis både som sidedosering og i dosisdispensering.

*Borgeren har været gennem et længere forløb med justering af behandling med antiepileptika, Orfiril®. Doseringen blev opstartet med 600 mg, der herefter blev øget til 900 mg, og senere igen blev øget til 1200 mg. Hele forløbet løb over fire måneder. Undervejs blev først 600 mg dosispakket, og da dosis øges, bliver der dosispakket 900 mg.*

*Da dosis øges til 1200 mg, er 900 mg dosispakket og 300 mg doseret ved siden af. Egen læge øger til 1200 mg i dosispakken, og den, der skal rette dette i medicinskemaet, seponerer ikke de 300 mg doseret ved siden af. Dette betyder, at borgeren i perioden på knap en måned fik Orfiril® 1500 mg, hvor den korrekte dosis skulle have været 1200 mg.*

### Overgang til dosisdispensering

Der er en del hændelser, hvor personalet ikke har været klar over, at et medicinen gives som dosisdispensering, hvorfor det også doseres sideløbende.

*En borger havde i over et år fået Contalgin® 10 mg doseret i doseringsæske sideløbende med sin dosispakkede medicin. Efter aftale mellem borgeren og sygeplejersken bestilles Contalgin® til dosispakning ved næste levering. Ved modtagelse af dosispakket medicin er medarbejder ikke opmærksom på, at Contalgin® nu er blevet dosispakket. Desuden hedder det dosispakkede præperat nu Doltard®. Samtidig er sygeplejersken ikke opmærksom på ændring og sender Contalgin® ud til dosering. Borgeren fik derved dobbelt dosis morphin i 17 dage.*

## RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF FEJL VED FLERE SIDELØBENDE DOSERINGER

Fire forebyggelsespointer i relation til sidedoseringer træder frem i kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse':

- Tjek medicinskema og tjek, om medicinen stemmer overens med skemaet
- Skriv på kørelisten, at man skal huske at medbringe sidedoseret medicin. Det er vigtigt at opfordre medarbejderne til at huske at læse kørelisten
- Så snart det er muligt, skal det sidedoserede medicin komme med i dosispakket medicin
- Læg dosispakket og sidedoseret medicin samme sted.

## PLASTRE

Plastre er en lægemiddelform, som giver anledning til en del utilsigtede hændelser. Blandt alle de fremsøgte rapporter har Patientombuddet identificeret 479 hændelser, som involverede plastre. Ved gennemlæsning af hændelsesbeskrivelsen er følgende hændelsestyper identificeret:

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Ikke skiftet til ordineret tid   | <b>306</b> |
| Forkert styrke                   | 44         |
| Gamle plaster ikke taget af      | 24         |
| Plaster faldet af eller taget af | 14         |

Tabel 7. Typer af hændelser som involverer plastre.

### Plastre ikke skiftet til ordineret tid

Plastre, der ikke skiftes til den ordinerede tid, er langt den hyppigste utilsigtede hændelse. Denne problematik handler typisk om, at plastrerne sidder for længe. I hændelsesbeskrivelse tegner sig nogle grunde til, at hændelserne sker:

- Forglemmelse
- Forstyrrelser eller travlhed
- Dato for patients plasterskift glemmes at noteres i kalender.

*Personale fortæller: ”Jeg var alene på job mellem kl. 7 og kl. 8. Ellen vågner allerede kl. 6.58 . Jeg hjælper hende i bad, tager hendes medicin frem og giver hende tabletterne. Jeg har taget smerteplaster frem, da Hans kalder. Jeg låser smerteplasteret inde, inden jeg går fra Ellen til Hans. I mellemtiden er Ebba på vej ud af klyngen. Hun vil hjem, og jeg må tage hende med ind. Jeg giver Hans besked om, at der lige går lidt tid, inden jeg kan komme og hjælpe ham. Inden jeg kommer ud igen, er Ellen på vej afsted, og jeg glemmer helt, at jeg ikke har fået skiftet smerteplaster på hende efter bad, da Ellen selv har gjort sit bad færdigt. Og da jeg jo havde givet al andet medicin, kom jeg desværre ikke i tanke om smerteplasteret før dagen efter”.*

*Norspan<sup>®</sup> plaster blev skiftet den 25/8 og blev ved en forglemmelse ikke skrevet frem i kalenderen. Dette fik den konsekvens, at der ikke blev skiftet plaster på beboeren, som den 30/8 og den 6/9, som der ellers skulle. Ingen har undret sig over, at der var plaster påsat beboeren med 'gammel dato'. Det bliver ikke observeret ved medicindosering hvor medicinboks gennemgås. Afløser undrer sig den 14/9 over dato på plaster og henvender sig til personalet. Nyt plaster påsættes den 14/9.*

## Forkert styrke

Påsætning af plastre i forkert styrke er identificeret i 44 rapporter.

Rapporterne peger på, at årsager til fejdoseringen blandt andet kan være at:

- doseringen består af flere plastre, og alle plastre ikke bliver sat på
- der ligger ved en fejl depotplastre af anden styrke end nu anvendt i patientens medicinskab
- allerede påsat plaster overses
- flere forskellige plastre i brug samtidig, hvorved de forveksles.

*En borger fik fentanyl 12 mikrogram/time. For at borgeren blev bedre smer-  
tedækket, blev det ændret til 2 x12 mikrogram/time.  
Borgeren havde også fentanyl 25 mikrogram/time liggende og fik ved en fejl  
2 x 25 mikrogram/time på i stedet de ordinerede 2 x12 mikrogram/time.*

*En sygeplejer skal skifte en borgers Exelon<sup>®</sup> plaster og smerteplaster. Da  
hun skal fjerne de gamle plastre, opdager hun, at der sidder to exelon<sup>®</sup>  
plastre på borger, men intet smerteplaster.*

## Gamle plaster er ikke taget af

Der blev blandt alle rapporterne identificeret 24 tilfælde, hvor gammelt plaster ikke var fjernet før påsætning af nyt plaster, og derfor kan patienterne have været udsat for overdosering i perioden med to plastre.

Hvorfor personalet glemmer plastrerne, er desværre ikke uddybet i rapporterne, men at de ikke altid kan findes, er én årsag.

*Da der skulle påsættes nyt smerteplaster, kunne vi i bogen fra aftenvagt læse, at der aftenen forinden var blevet sat et smerteplaster på. Vi kunne imidlertid ikke finde plasteret på borgeren. Vi står tre personer i hjemmet, der alle prøver at finde plasteret på borgeren. Vi kan se, at der på bordet ligger en æske, der lige er hentet fra apoteket, og den er uåbnet. Vi drager derfor den konklusion, at aftenvagt har skrevet i bogen, at smerteplaster var påsat, men ikke har fået det sat på. Vi leder endnu engang efter plasteret på borgeren og sætter derefter et smerteplaster på borgers brystkasse.*

*Da plasteret skulle skiftes, opdages det, at borger har to smerteplaster på. Et på brystkasse, og et på indersiden af overarmen.*

## RAPPORTERNES FORSLAG TIL FOREBYGGELSE AF FEJL VED BRUG AF PLASTRE

Tre forebyggelsespointer kommer til udtryk i kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse':

- Læs altid grundigt på medicinskemaet
- Plastrer, med ikke-anvendt dosis, er lagt væk
- At der på skemaet, hvor der dokumenteres, at plasteret er påsat, er en ekstra plads, hvor der kan skrives, hvor på kroppen plasteret er påsat.

# Konklusion

Formålet for denne temarapport er:

- At identificere hvilke typer af medicinrelaterede utilsigtede hændelser, som rapporteres med hændelsessted hjemmepleje eller plejeboliger.
- At undersøge, hvilke forslag sundhedspersonalet selv giver til forebyggelse af de identificerede hændelser
- At øge læringen omkring medicinrelaterede utilsigtede hændelser i hjemmeplejen og i plejeboliger, således at medicinhåndteringen kan forbedres og gøres mere sikker.

I de rapporter om utilsigtede hændelser med hændelsessted i hjemmeplejen og plejeboliger, som Patientombuddet har modtaget, tegner der sig et tydeligt mønster, som viser, at der især sker utilsigtede hændelser i administrativstrinnet, hvor medicinen uddeles og indtages af patienten, samt i dispenseringsstrinnet, hvor den ordinerede medicin optælles og tilberedes.

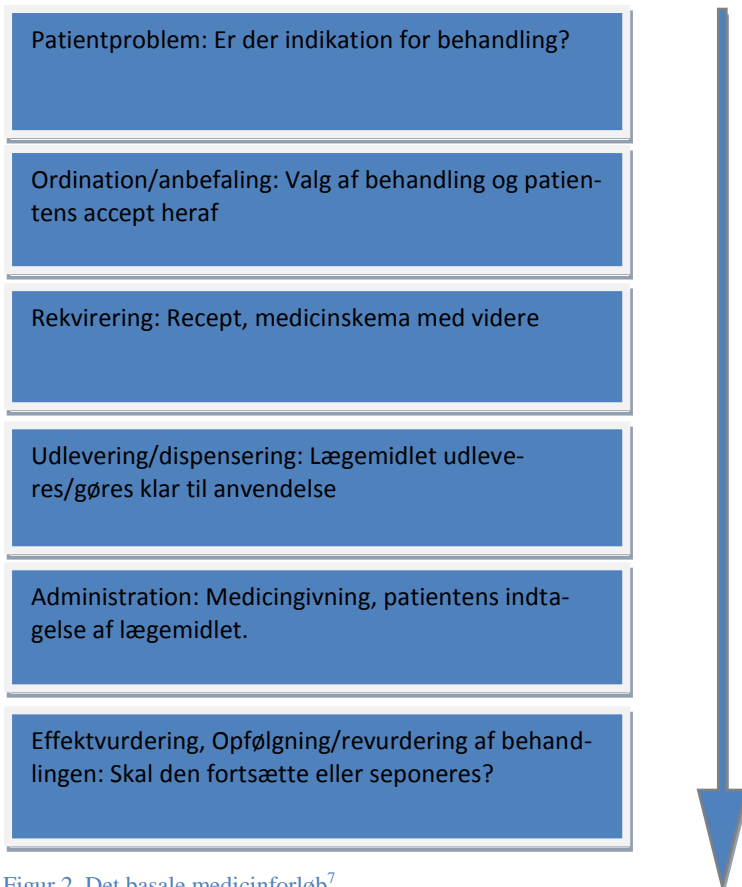
## VEJLEDNINGER

I relation til medicinhåndtering foreligger der officielle vejledninger for personale i plejeboliger og i hjemmeplejen fra Sundhedsstyrelsen i form af: 'Korrekt håndtering af medicin'<sup>5</sup> samt 'Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler'<sup>6</sup>. Disse beskriver ansvar og specielt 'Korrekt håndtering af medicin'<sup>5</sup> giver endvidere konkrete tjeklister for håndteringen af medicin.

Det er ledelserne, der er ansvarlige for, at personalet er instrueret og oplært i medicinhåndtering<sup>6</sup>. Det anbefales derfor, at ledelserne af hjemmeplejen og plejeboliger opstiller lokale instrukser for personalets håndtering af medicinen, og at der lokalt i hjemmeplejen og plejeboliger løbende arbejdes med implementeringen og anvendelsen af vejledninger samt instrukser for medicinhåndtering.

## MEDICINERINGSPROCESSEN

Medicinering af patienter følger som udgangspunkt et nogenlunde fast basalt forløb:



Figur 2. Det basale medicinforløb<sup>7</sup>

Ovennævnte gennemgang af medicinforløbets trin har ikke behandlet de særlige problemstillinger, der forekommer ved overgang fra en sektor til en anden, eksempelvis ved indlæggelse og udskrivelse fra sygehus<sup>7</sup>.

Det er dokumenteret, at problemer kan opstå på alle procestrin i et medicinforløb - fra ordination til opfølgning på behandlingen<sup>8</sup>. Rapporterne med hændelsessted i hjemmeplejen og plejeboliger viser, at der specielt sker utilsigtede hændelser i administrationstrinnet samt i dispenseringstrinnet.

### Dispensering

I rapporterne peges på, at usikkerhed og manglende viden hos personalet er et risikoområde, som relaterer sig til dispenseringen, og det anbefales i rapporterne, at den, der håndterer medicin, skal have den fornødne kompetence, og turde spørge om vejledning, hvis tvivl opstår.

Som påpeget af Sundhedsstyrelsen<sup>6</sup> skal personalet, der er involveret i medicinbehandlingen, have den fornødne kompetence.

For at undgå utilsigtede hændelser forårsaget af tvivl vil det være fordelagtigt, at der lokalt arbejdes hen imod en patientsikkerhedskultur, som gør det legalt at spørge eller, som 'Vejledning om ordination og håndtering af læ-



gemidler<sup>6</sup> foreskriver, 'at frasige sig opgaven' såfremt man ikke føler sig kompetent.

Ændring i ordination er en anden risikosituation i relation til dispenserings-trinnet, og der peges i rapporterne på, at hvis medicin og medicinskema kontrolleres overfor hinanden kan dispenseringsfejl undgås. Anbefalingen i 'Korrekt håndtering af medicin'<sup>5</sup> kan i denne sammenhæng bruges som et godt værktøj i arbejdet med denne proces.

### **Administration**

'Forglemmelse' er en årsag, der meget ofte nævnes i rapporterne som en forklaring på, hvorfor medicinen ikke er givet til patienterne. Hvorfor, personalet glemmer medicinen, er desværre ikke uddybet, men årsager kan måske findes i rapporternes forslag til forebyggelse. Her nævnes mere uddannet personale på vagt, at det samme personale giver medicin vagten igennem, samt at medicinliste skal læses grundigt.

Blandt utilsigtede hændelser i administrationstrinnet ses også, at der tages fejl af dage og tider på allerede doseret medicin, samt at der sker forveksling af patienter. Forslag til forebyggelse er at medicinlister, dosisdispenseringsposer og doseringsæksler læses grundigt.

Det bliver rapporteret, at patienterne ikke altid tager medicinen. Dette kan skyldes, at patienterne ikke vil tage medicinen, men det kan også skyldes, at der ikke var personale til at hjælpe patienten med at indtage medicinen eller til at huske patienten på at tage medicinen. Det har i rapporterne ikke været muligt at se, om der lå kvalificerede vurderinger bag dette.

### **Forslag til tiltag**

- I vejledningerne<sup>5,6</sup> er forebyggelse mod dispenserings- og administrationsfejl allerede beskrevet. Alligevel viser rapporterne, at fejlene sker. Dette svarer til, hvad man har set på sygehuse<sup>9</sup>. Man kunne tænke i samme tiltag, som anbefales der, med eksempelvis ro og tid til fokus omkring dispensering og administration
- Som anbefalet af Sundhedsstyrelsen<sup>6</sup> bør ledelserne ved hjemmeplejen og plejeboliger etablere den fornødne undervisning til at kvalificerer personalet i varetagelse af medicin håndteringen
- Generelt er årsagerne til, at der sker forglemmelse, hvorfor instrukser samt vejledninger ikke følges og at medicinlister samt kørelister ikke læses grundigt meget sjældent uddybet i rapporterne. Medicineringsprocessen er kompleks, og derfor er løbende fokus på medicin håndteringen af stor betydning for patientsikkerheden.

## DOSISDISPENSERING OG SIDEDOSERING

Mange ældre får dosisdispenseret medicin. Dosisdispensering er typisk beregnet til stabile medicinbrugere, og derfor udleveres dosisdispenseret medicin til 14 dage ad gangen. Ændringen i ordination kan derfor skabe problemer i hjemmeplejen og plejeboligerne, hvilket også er set i andre undersøgelser<sup>10</sup>. Der blev i rapporterne fundet følgende risikosituationer:

- nyordineret lægemiddel, som sidedoseres, indtil dosisdispenseringen er opdateret
- dosisjusteringen, som sker i en kombination af dosisdispensering og sidedosering.

I disse tilfælde sker der det, at sidedoseringen ikke seponeres, når dosisdispenseringen er på plads, og derved bliver der fejldoseret.

Dosisdispensering kan kun lade sig gøre for visse typer af medicin. For eksempel kan mikstur, øjendråber, stikpiller, injektionsmedicin ikke dosisdispenseres. Medicin, hvor doseringer reguleres løbende, kan heller ikke dosisdispenseres, eksempelvis warfarin. Korte kure, som for eksempel en penicillin-kur, bliver heller ikke dosisdispenseret. Den medicin, der ikke kan dosisdispenseres, gives som sidedosering. Resultaterne viser, at disse sidedoseringer ofte overses eller glemmes, hvorfor patienten ikke får den fulde medicinske behandling.

Rapporterne viste også, at sidedoseringer i praksis medfører, at personalet ofte har forskellige hjemmelavede rutiner og skemaer for at huske medicineringen. For eksempel opsættes/påhæftes sedler, som indikerer, at patienter får både sideløbende medicin og dosisdispenseret medicin. Rapporterne viser dog også, at disse rutiner ikke altid virker.

### Forslag til tiltag

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed har, i samarbejde med Pharmakon, udarbejdet en 'best practice' omkring dosisdispensering<sup>11</sup>. Denne kan eventuelt anvendes som udgangspunkt, hvis hjemmepleje og plejebolig ikke allerede har en praksis i arbejdet for at minimere risikoen for utilsigtede hændelser omkring sidedosering ved dosisdispensering
- Sundhedsstyrelsen<sup>12</sup> anbefaler medicingennemgang én gang årligt for alle i behandling med mindst seks lægemidler. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF)<sup>13</sup> supplerer med også at pege på patienter med dosisdispensering som en gruppe med behov for en årlig medicingennemgang.

## PLASTRE

Plastre, der ikke skiftes til den ordinerede tid, er en hyppig utilsigtede hændelse. Årsager til dette blev i rapporterne tilskrevet forstyrrelser, travlhed eller forglemmelse.

Brugte plastre, der ikke er blevet fjernet, er ligeledes et problem. Årsagen her er ofte, at personalet ikke ser plastret på borgeren.

### Forslag til tiltag

- Igen kunne man blive inspireret af de tiltag, som anbefales på sygehuse<sup>9</sup> - med eksempelvis ro og tid til fokus omkring medicinhåndteringen.
- Rapporterne anbefaler, at man altid læser medicinskemaet grundigt, samt at der på skemaet, hvor det dokumenteres, at plasteret er påsat, er en ekstra plads, hvor der kan skrives, hvornår og hvor på kroppen plasteret er påsat.

## INVOLVEREDE LÆGEMIDLER

Nogle af de lægemiddelgrupper, som er mest involveret i hændelserne, er af Lægemiddelstyrelsen allerede blevet klassificeret som 'risikosituationslægemidler' – lægemidler, der har resulteret i utilsigtede alvorlige hændelser, som kunne forebygges<sup>14</sup>. Lægemiddelstyrelsen foreslog i en tidligere rapport om risikolægemidler på sygehuse, at såfremt det var muligt, burde der ved dispensering og administration foretages en form for dobbeltkontrol af denne gruppe af lægemidler<sup>9</sup>. Dette kunne eventuelt anvendes, hvis hjemmepleje og plejebolig ikke allerede har en sikkerhedspraksis i arbejdet omkring denne specielle gruppe af lægemidler.

## RAPPORTERING

På det kommunale område er det ikke alle typer af hændelser, der er rapporteringspligtige<sup>15</sup>. Vi ved derfor ikke, om det har betydning for hvilke typer hændelser, der rapporteres, og dermed de mønstre, der er identificeret. Endvidere var omkring 10 procent af hændelserne ikke klassificeret.

Det er kun medicineringshændelser med hændelsessted 'plejebolig' eller 'hjemmeplejen', som er inkluderet i denne analyse. Undersøgelsen ville have været mere fyldestgørende, hvis også hændelsessted 'hjemmesygeplejen' var inkluderet, om end rapporterne fra dette hændelsessted ikke er så hyppi-

ge som fra 'plejebolig' eller 'hjemmeplejen'.

På grund af valg af hændelsessted er det ikke sikkert, at tværsektorielle hændelser, som involverer plejebolig og hjemmepleje er identificeret. Der er i denne rapport ikke fokus på de tværsektorielle hændelser. Dels vil en analyse af disse hændelser kræve en anden søgestrategi, og dels er dette et område, som bør stå som en selvstændig rapport.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport har vi i Patientombuddet set en relativ stor andel af rapporterne være så kortfattede i hændelsesbeskrivelserne, at det kun i begrænset omfang (eller slet ikke) har været muligt at identificere den grundlæggende årsag til hændelsen.

Der er et behov for et løbende fokus på, hvorfor det går galt i medicineringsprocessen. Det er kun ved kendskab til årsagerne, vi kan øge læringen og dermed fokusere interventioner omkring medicinrelaterede utilsigtede hændelser i hjemmeplejen og i plejeboliger, sådan at medicinbehandlingen kan forbedres og gøres mere sikker.

Patientombuddet vil i den kommende tid arbejde på at optimere rapporteringen, således at der sker en mere målrettet rapportering og kategorisering, og vi vil sætte fokus på vigtigheden af at skrive et fyldestgørende resume af hændelsen, så vi på den måde kan få et dybere indblik i årsager og hændelsessituationer.

Afslutningsvis et rapportcitater fra en initialmodtager til en fejlmedicinering knyttet til et plejehjem:

*.....prøv at tænk ud af boksen og se på, om der kan gøres noget andet konkret end at drøfte retningslinjen. For eksempel kan I se på, hvordan I uddeler medicinen trin for trin. Er der et af disse trin, der kan ændres på for at forebygge den slags fejl, der er sket her. Det kunne være en eller anden form for konkret advarsel eller påmindelse i forbindelse med fordelingen. Rigtig gerne noget, der ikke er afhængig af, at personalet skal HUSKE at gøre noget. Nogle gange kan konkrete lavpraktiske løsninger vise sig at være ganske brugbare!*

---

## Litteratur

<sup>1</sup> Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and their patients actually do. *Br J Clin Pharmacol*, 2001; 51: 615-22.

<sup>2</sup> Knudsen P, Rossing C. Dokumentationsdatabasenotat. Notat vedrørende ældre. Version 1.1. Pharmakon, 2007.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen. Plejehjemstilsynet 2011, 2012.

<sup>4</sup> Patientombuddet. Årsberetning 2011. Dansk Patientsikkerheds Database, 2012.

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Korrekt håndtering af medicin. Et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder – ansvar, sikkerhed og opgaver, 2011.

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (Til læger, plejepersonale på sygehuse, i plejeboliger og i hjemmeplejen samt andet personale, der medvirker ved medicinhåndtering), 2006.

<sup>7</sup> Lægemiddelstyrelsen. Brug medicinen bedre - Perspektiver i klinisk farmaci. Rapport fra Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci, 2004.

<sup>8</sup> Pharmakon. Evidensrapport 8 – Patientsikkerhed og medicineringsfejl Version 1.1, marts, 2005.

<sup>9</sup> Sundhedsstyrelsen. Temarapport 2007. Risikolægemidler. Præparater som er involveret i faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser, 2007.

<sup>10</sup> Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon. Medicineringsfejl og utilsigtede hændelser ved dosispakket medicin, 2011.

<sup>11</sup> Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon. En *best practice*-model for sikker dosisdispensering, 2012.

<sup>12</sup> Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011.

<sup>13</sup> Institut for Rationel Farmakoterapi. Kom godt i gang med medicinenemgang i almen praksis, 2011.

<sup>14</sup> Lægemiddelstyrelsen. Rapport om lægemidler involveret i alvorlige utilsigtede hændelser. Udarbejdet af arbejdsgruppen 'Risikolægemidler' 2008-Lægemiddelstyrelsens Netværk 'Forebyggelse af medicineringsfejl', 2011.

---

<sup>15</sup>Vej nr. 1 af 03/01/2011: 'Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.'.

<sup>16</sup>Sundhedsstyrelsen. Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk patientsikkerhedsdatabase, 2010.

---

## Bilag 1

### Samlet oversigt over obligatorisk og udvidet klassifikation for medicinering

Ud over den obligatoriske klassifikation vil sagsbehandlere, når det skønnes vigtigt for læring og vidensdeling, kunne klassificere efter en udvidet klassifikation under hver af de 12 hændelsestyper (klassifikation B). Den udvidede klassifikation er ikke obligatorisk.

| <b>Medicinering</b>  |   |
|--|---|
| Medicineringshændelser omfatter fx ordination af forkert lægemiddel eller forkert dosis, administration af forkert præparat eller styrke, og medicinering på et forkert tidspunkt. |   |
| <b>Klassifikation A (den obligatoriske)</b>  |   |
| <b>Klassifikation B (den udvidede)</b>   |   |
| <i>[Type]</i>  |   |
| Medicinlisten  | Selvstændigt opslag under rapporteringen af en hændelse   |
| <i>[Proces]</i>  |   |
| Ordination   |   |
| Recepthåndtering   | Arbejdsgange ifm. recepter andet end receptkontrol  |
| Receptkontrol  | Apoteket kontrollerer alle recepter for om styrke, dosering og anvendelses område skønnes at være korrekt   |
| Håndtering af doseringskort  |   |
| Dispensering   | Der doseres et forkert lægemiddel, fx forkert præparat, styrke eller lægemiddel-form  |
| Administration   | Forkert patient eller forkert administrationsvej, fx lægemidlet til indtag gennem munden, fx oral opløsning, administreres gennem venflon (i.v.-adgang) |
| Opbevaring   | Fx opbevares ved forkert temperatur, overskredet udløbsdato, m.m.   |
| Dokumentation  | Fx medicin givet men blev ikke kvitteret for. Uoverensstemmelse mellem fx sygehusets ordination og den praktiserende læge                               |
| Monitorering   | Fx manglende overvågning af indgift af lægemiddel   |
| Emballering og navngivning   |   |
| Levering   | Fx medicinlevering afleveret på forkert afdeling  |
| Anden proces / vides ikke  |   |

| <b>[Problem]</b>  |  |
|---|--|
| Forkert patient   |  |
| Forkert lægemiddel                                      |  |
| Forkert proces, proces ikke udført / mangelfuldt udført |  |
| Forkert dosis / tidspunkt / frekvens / ikke givet       | Forkert dosis som følge af forkert styrke og / eller mængde. Forkert tidspunkt. Ikke givet. Manglende seponering |
| Forkert dispenseringsform                               |  |
| Forkert formulering eller klargøring                    | Fx tilsætning af opløsningsvæske til tørstof, vand til antibiotikamikstur  |
| Forkert administrationsvej                              |  |
| Forkert label / instruktion                             | Doseringsetiket (den etiket apoteket sætter på et lægemiddel inden udlevering)                                   |
| Forkert ordination / kontraindikation                   | Fx cave eller interaktion  |

[Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk patientsikkerhedsdatabase. Sundhedsstyrelsen, August 2010<sup>16</sup>.](#)



## Bilag 2

### Samlet oversigt over alvorlige og dødelige hændelser fordelt på ATC-grupper

| Lægemiddelgruppe<br>ATC                            | Alvorlige<br>Hændelser* | Dødelige<br>Hændelser* |
|--|-------------------------|------------------------|
| <u>Fordøjelsesorganer og stofskifte</u>            |                         |                        |
| A02BA  | 1                       |                        |
| A02BC  | 6                       |                        |
| A06AB  | 1                       |                        |
| A09AA  | 1                       |                        |
| A10AB  | 2                       |                        |
| A10AC  | 1                       |                        |
| A10AD  | 2                       |                        |
| A10BA  | 2                       |                        |
| A10BB  | 1                       |                        |
| A11DA  | 2                       |                        |
| A12BA  | 6                       | 1                      |
| I alt  | 25                      | 1                      |
| <u>Blod og bloddannende organer</u>                |                         |                        |
| B01AA  | 6                       |                        |
| B01AC  | 10                      |                        |
| B03AA  | 1                       |                        |
| B03BB  | 1                       |                        |
| I alt  | 18                      |                        |
| <u>Hjerte og kredsløb</u>                          |                         |                        |
| C01AA  | 1                       |                        |
| C01BD  | 2                       |                        |
| C01DA  | 1                       |                        |
| C03AB  | 2                       |                        |
| C03CA  | 10                      | 1                      |
| C03DA  | 2                       |                        |
| C07AB  | 7                       |                        |
| C08CA  | 3                       | 1                      |
| C09AA  | 5                       | 1                      |
| C09XA  | 1                       |                        |
| C10AA  | 4                       |                        |
| I alt  | 38                      | 3                      |
| <u>Urogenitalsystem og kønshormoner</u>            |                         |                        |
| G03CA  | 1                       |                        |
| G04BD  |                         | 1                      |
| I alt  | 1                       | 1                      |
| <u>Hormoner til systemisk brug</u>                 |                         |                        |
| H02AB  | 5                       | 1                      |
| H03AA  |                         |                        |
| I alt  | 5                       | 1                      |
| <u>Infektionssygdomme, systemiske midler</u>       |                         |                        |
| J01CE  | 2                       |                        |
| J01CR  | 2                       |                        |
| J01MA  | 3                       |                        |
| I alt  | 7                       |                        |
| <u>Antineoplastiske og immunmodulerende midler</u> |                         |                        |
| L04AX  | 1                       |                        |
| I alt  | 1                       |                        |
| <u>Muskler, led og knogler</u>                     |                         |                        |
| M01AE  | 1                       |                        |
| M01AX  | 1                       |                        |
| M03BB  | 1                       |                        |

|                             |    |   |
|-----------------------------|----|---|
| M03BX                       | 1  |   |
| M04AA                       |    | 1 |
| M05BA                       | 3  |   |
| I alt                       | 7  | 1 |
| <u>Centralnervesystemet</u> |    |   |
| N02AA                       | 6  |   |
| N02AB                       | 6  |   |
| N02AE                       | 1  |   |
| N02AX                       | 10 |   |
| N02BE                       | 16 |   |
| N03AA                       | 1  |   |
| N03AE                       | 1  |   |
| N03AF                       | 2  |   |
| N03AG                       | 3  |   |
| N04BA                       | 2  |   |
| N05AD                       | 1  |   |
| N05AF                       | 1  |   |
| N05AH                       | 4  |   |
| N05AN                       | 1  |   |
| N05AX                       | 5  |   |
| N05BA                       | 7  |   |
| N05CD                       | 1  |   |
| N05CF                       | 1  |   |
| N06AA                       | 1  |   |
| N06AB                       | 5  |   |
| N06AX                       | 7  |   |
| N06DA                       | 1  |   |
| N06DX                       | 1  |   |
| N07BC                       | 1  |   |
| I alt                       | 85 |   |
| <u>Parasitologi</u>         |    |   |
| P01BC                       | 3  |   |
| I alt                       | 3  |   |
| <u>Respirationsorganer</u>  |    |   |
| R03AK                       | 2  |   |
| R03CC                       | 1  |   |
| I alt                       | 3  |   |
| <u>Varia</u>                |    |   |
| V03AE                       | 1  |   |
| I alt                       | 1  |   |

\*En utilsigtet hændelse kan involvere flere lægemidler