



Dosisdispensering –

Identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag

Titel: Dosisdispensering - identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag
© Patientombuddet, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

Tak til følgende for kommentarer: Danmarks Apotekerforening herunder kredskonsulenten for Region Syddanmark, Pharmakon, Sundhedsstyrelsens Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed samt Enhed for Overvågning af Virksomheder og Kvalitet samt Formanden for Patientombuddets Rådgivende udvalg for medicinområdet.

Tak til Sønderbro Apotek, Amager for lån af dosisdispenseringsbilleder.

Indhold

Resume	5
1 Baggrund	11
1.1 Hvad er dosisdispensering?	11
1.2 Hvem får dosisdispensering og hvorfor?	12
1.3 Dosisdispenseringsprocessen	13
2 Formål	18
3 Dataindsamling	19
4 Utilsigtede hændelser	20
4.1 Rapporternes hændelsessted og opdagelsessted	20
5 Hvor opstår problemerne?	23
6 Hændelsernes alvorlighed	25
7 Hændelsesrapporternes forslag til forebyggende tiltag	26
7.1 Risikosituationer i administrationen af dosisdispenseret medicin	26
7.2 Risikosituationer når flere sundhedsprofessionelle er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin	32
8 Sammenfatning og Patientombuddets kommentarer	39
8.1 Utilsigtede hændelser i administrationen af dosisdispenseret medicin	39
8.2 Når flere sundhedspersoner er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin	44
8.3 Rapportering	47
Kilder	49
Bilag 1	52
Proces for anvendelse af maskinelt dosisdispenseret medicin	52
Bilag 2	53
Samlet oversigt over obligatorisk og udvidet klassifikation for medicinering	53

Forord

Det er et overordnet strategisk mål for Patientombuddet, at ombuddets viden om rapporterede utilsigtede hændelser, patientklager og erstatningssager skal nyttiggøres for at skabe merværdi for sundhedsvæsenets aktører, så Patientombuddet derved bidrager til forbedringer af patientsikkerheden og kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Dette medfører blandt andet at:

- Patientombuddet bidrager til at afdækker kritiske sammenhænge
- Patientombuddet formidler viden om utilsigtede hændelser til sundhedsvæsenets aktører og offentligheden.

Formålet med denne rapport er at sprede væsentlig viden, som findes i Dansk Patientsikkerhedsdatabasen, omkring dosisdispenseret medicin til ledelse og sundhedspersonale, der er involveret i brugen af dosisdispenseret medicin. Både viden om risikoområder i brugen af den dosisdispenserede medicin, og viden relateret til interventioner for at forbedre patientsikkerheden i arbejdet med den dosisdispenserede medicin. Vi håber derved at medvirke til en øget risikobevidsthed hos målgruppen og til inspiration i det fortsatte arbejde med sikker medicinering og patientsikkerhed.

Patientombuddet, december 2013

Jørgen Hansen, overlæge

Resume

Siden Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler blev fastsat i juni 2001, har det været muligt for medicinbrugere at få udvalgte lægemidler dosisdispenseret. Det vil sige, at et apotek maskinelt pakker den enkelte patients lægemidler til hvert enkelt doseringstidspunkt.

Maskinel dosisdispensering er en mere nøjagtig, sikker og hygiejnisk måde at op-
hælde medicin på end manuel ophældning. Patientens indtagelse af medicin kan også
lettes ved dosisdispensering, hvilket kan medvirke til en bedre efterlevelse af lægens
ordination.

Dosisdispensering er velegnet til patienter, der over en længere periode forventes at
anvende flere lægemidler, eventuelt med flere daglige doser. Da dosisdispenserede
lægemidler vanligvis udleveres til 14 dage af gangen, er ydelsen kun egnet til patien-
ter, der får den samme medicin, i samme dosis, over længere tid.

Selve medicineringsprocessen ved dosisdispensering er kompleks, og især i overgan-
gen mellem den primære sundhedssektor og sygehussektoren er en organisatorisk
meget omfattende processer med mange led, aktører og kommunikationsveje, og lit-
teratur viser, at processerne er forskellige blandt de enkelte kommuner og regioner.

Formål

Temarapporten har følgende formål:

- At identificere hvilke typer af medicinrelaterede utilsigtede hændelser, som rapporteres i relation til brugen af dosisdispenseret medicin
- At undersøge, hvilke forslag personalet selv giver til forebyggelse af de iden-
tificerede hændelser
- At øge læringen omkring de utilsigtede hændelser som er knyttet til dosisdi-
spenseret medicin, så medicinhåndteringen kan forbedres og gøres mere sik-
ker.

Resultater

Patientombuddet identificerede for perioden 14. august 2012 til 14. august 2013 4.448 rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende dosisdispenseret medicin. Knap 50 procent af de rapporterede utilsigtede hændelserne er kategoriseret til at finde sted i administrationstrinnet - hvor medicinen udleveres til og indtages af patienterne.

Af de 4.448 hændelser er knapt 80 procent fra kommunerne. Hospitaler og andet regionalt står stort set for de resterende 20 procent.

44 hændelser er kategoriseret som værende tværsektorielle. 693 hændelser er kategoriseret til at hændelsessted og opdagelsessted var forskellige. Hændelsessteder er hyppigst kategoriseret til at være hospital og apotek. Herefter følger plejeboliger og praktiserende læger. Kommunerne er i 334 hændelser kategoriseret som opdagelsessted.

Hændelser, sket i administrationen af dosisdispenseret medicin, og kategoriseret som dødelige, alvorlige eller moderate hændelse, samt alle hændelser, som involverer flere sundhedspersoner, blev gennemgået samt analyseret, og risikosituationer samt eventuelle årsager identificeret:

Medicinadministration

De hyppigste utilsigtede hændelser i administrationen af medicin er:

- At medicinen ikke bliver givet til patienten
- At medicinen gives til forkert tid eller forkert patient
- At medicinen ikke tages af patienten.

Medicin ikke givet

Rapporterne viser, at det 'dobbelte bogholderi' med dosisdispenseret medicin og sidedoseret medicin øger risikoen for fejl og oftest bliver enten sidedosering eller dosispakke glemt.

Nyt personale er ikke altid klar over, at medicinen er dispenseret på to måder, hvorfor de ikke får udleveret alt medicinen til patienten. I nogle tilfælde ligger dosisdispenseret og sidedoseret medicin ikke sammen. Derved øges risikoen for at enten den dosisdispenserede eller den sidedoserede medicin glemmes.

Rapporterne viser også, at det er en udfordring, når en patient får dosisdispenseret medicin, og der skal ændres i behandlingen for eksempel i form af dosisjusteringer.

Medicin givet til forkert tid eller forkert patient

Rapporterne viser, at der tages fejl af dage og tider, når medicinen skal udleveres. For de alvorlige hændelser er grunden som oftest, at man river den forreste pose af på rullen af det dosisdispenserede medicin, men af uvisse årsager ikke får læst ordentligt på dag og tid på dosispakken.

I flere hændelser er manglende intern kommunikation medvirkende årsag. Plejepersonalet tror eksempelvis ikke, at morgenmedicinen er givet, eller er ikke blevet informeret om, at medicinen er blevet givet, og tager den næste pose på rullen af den dosisdispenserede medicin i den tro, at det er morgenmedicinen - uden at tjekke dato og tid. Patienten får derved både den korrekte samt den næstkommende dosispakke, og derved overdoseres patienten.

Grunden til, at en patient får en anden patients medicin, er som oftest fordi, personalet af uvisse årsager ikke får læst ordentligt på patienternes navn og personnummer på dosispakken. Der er også tilfælde, hvor personalet har kontrolleret navn og medicin, men bliver forstyrret i udlevering, mister fokus og fejludleverer.

Medicin ikke taget

Medicinen bliver ikke altid taget af patienterne. I relation til dosispakkerne er problemerne oftest, at:

- Patienten glemmer at tage medicinen
- Patienten taber medicinen, når dosispakken åbnes, og medicinen bliver først fundet senere
- Patienten ikke længere kan magte at selvadministrere medicinen.

Problematikkerne i medicinadministrationen ikke unik for dosisdispenseret medicin, men svarer til de problemstillinger, som generelt er beskrevet i litteraturen om medicineringsprocessen, og som Patientombuddet også har identificeret.

Patientombuddets kommentarer

- ✓ Pleje- og sundhedspersonalet som medvirker ved medicinadministrationen, har ifølge Sundhedsstyrelsen pligt til at lave en medicinliste, hvor det tydeligt fremgår, om det enkelte præparat er dosisdispenseret. Sidedoseret medicin skal også dokumenteres, og der må kun være én medicinliste.
- ✓ Den person, som administrerer medicinen skal, ifølge Sundhedsstyrelsen, sikre, at identifikationen af patienten svarer til identifikationen på medicinen.
- ✓ Sidedosering er generelt en stor udfordring i administrationen af medicin. Et forslag til forebyggelse i rapporterne er, at lægge dosisdispenseret og sidedoseret medicin samme sted. Et andet forslag fra rapporterne er, at man i hjemmeplejen skal skrive på kørelisten, at man skal huske at medbringe sidedoseret medicin, samt at det er vigtigt at opfordre medarbejderne til at læse kørelisten.
- ✓ Det er usandsynligt, at sidedoseringer kan undgås, men sundhedspersonale og den ordinerende læge bør have problematikken med sidedoseringer for øje, og når det er muligt, få minimeret problemet ved at samlet medicinen i dosispakken. En tilgang kunne være medicingennemgang. Sundhedsstyrelsen anbefaler medicingennemgang én gang årligt for alle i behandling med mindst seks lægemidler. Institut for Rationel Farmakoterapi supplerer med også at pege på patienter med dosisdispensering som en gruppe med behov for en årlig medicingennemgang.
- ✓ Patienter tager af bevidste eller ubevidste årsager ikke altid deres medicin. Et forslag til forebyggende tiltag i hændelsesrapporterne, at personalet, som har ansvaret og som giver patienten medicin, skal blive hos patienten og sikre sig, at denne har taget medicinen. Ligesom gulv, stol og lignende skal tjekkes, når patienten har rejst sig eller er flyttet et andet sted hen. Sundhedsstyrelsens anbefaler, at personalet skal sikre, at patienten indtager medicinen, men hvis patienten ikke ønsker det, må personalet meddele dette til patientens læge.
- ✓ Dosisdispenseringsordningen er velegnet til patienter, der har et generelt behov for hjælp til at håndtere deres lægemiddelbehandling. Men hændelserne peger på, at man bør have fokus på, om patienten magter selvadministreringen, så det undgås, at patienten taber medicinen, når dosispakken åbnes eller glemmer tage den dosisdispenserede medicinen.
- ✓ Dansk Selskab for Patientsikkerhed har, i samarbejde med Pharmakon, udarbejdet en 'best practice' omkring dosisdispensering. Denne kan anvendes som udgangspunkt, hvis hjemmepleje og plejebolig ikke allerede har en praksis i arbejdet for at minimere risikoen for utilsigtede hændelser i administrationen af sidedosering ved dosisdispensering.

Når flere sundhedspersoner er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin

De 737 rapporterede utilsigtede hændelser, hvor det specifikt er indikeret, at flere sundhedspersoner har været involveret i håndteringen af dosispakken, peger på, at kommunikationen mellem de forskellige sundhedsprofessionelle er en udfordring, og de mange lister og kommunikationsveje er potentielle risikoområder. De identificerede hændelserne peger på, at der hyppigst er problemer omkring ordinationen og dispenseringen.

Manglende eller forkert information i ordinationstrinnet

Langt den største risikosituation i ordinationstrinnet er manglende eller forkert information om ordination til de sundhedsprofessionelle, som efterfølgende skal håndtere medicinen. Den hyppigste situation er, at ændringer i dosisdispenseringen på sygehus ikke er kommunikeret ud til personalet i primærsektoren. De utilsigtede hændelser opdages primært i plejepersonalets kontrol af medicinen. Da de kommer til udtryk som uoverensstemmelse mellem egne lister og medicinskema fra sygehus, apotekets doseringskort eller antal dispensererede tabletter. Et tydeligt bevis på at medicinafstemning og kontrol er essentielt i denne proces.

Der er i tidligere dansk undersøgelse peget på, at sektorovergang håndteres forskelligt i kommunerne, hvilket må formodes at kunne skabe forvirring på sygehusene, som modtager patienter fra flere kommuner. Undersøgelsen peger også på, at håndtering af dosisdispenseret medicin ikke alle steder er velintegreret på sygehusene.

Fejldispensering af dosispakker

Det er veldokumenteret, at der sker færre fejl i ophældningen af medicin ved maskinel dosisdispensering end ved manuel dispensering, men der sker stadig fejl. Hændelserne kategoriseret som dispenseringsfejl viste, at fejlene hyppigst er manglende eller forkerte lægemidler i poserne med det dosisdispenserede medicin.

Hændelsen rapporteres hyppigst af personale fra plejeboliger eller hjemmeplejen. Personalet her rapporterer trinnet før dem som hændelsessted, og i rapporten skrives oftest kun, at der er taget kontakt til det udleverende apotek. Årsager til fejlen og

apotekernes udredning er sjældent yderligere beskrevet.

Patientombuddets kommentarer

- ✓ Tidligere danske undersøgelser finder, at dosisdispenseringsprocessen ikke er velintegreret på mange sygehusene, og at sygehusenes it-systemer ikke understøtter dosisdispenseringsprocessen. Som blandt andet foreslået af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon vil en udvikling af et fælles it-system, hvor aktøerne tager stilling til dosisdispensering, og som sikrer kommunikationen over sektorerne, være af stor relevans for patientsikkerheden.
- ✓ Hændelser i forbindelse med sektorskifte involverer ofte mangelfuld kommunikation. Et tættere samarbejde mellem de involverede parter synes vigtig i denne proces. En undersøgelse fra Sverige har vist, at medicinafstemning ved udskrivning kan reducere medicineringsfejl. Et foreslået tiltag fra rapporterne er, at hjemmesygeplejersken er med i alle udskrivningssamtaler og har mulighed for at gennemgå sygdomsforløb, behandling, ordinationer og medicin sammen med sygehussygeplejersken inden patienten udskrives fra sygehus.
- ✓ Hændelserne viser, at ændringer i dosispakkerne er specielt risikobetonet. Udover risiko for patientens sikkerhed, viser rapporterne, at disse utilsigtede hændelser er ressourcekrævende. Specielt de akutte medicinændringer tager tid og involvering af mange mennesker. Dette bliver understøttet af en dansk undersøgelse fra 2012. En undersøgelse fra 2013 peger på, at sikkerheden og effektiviteten vil kunne øges, hvis der nationalt arbejdes inden for rammerne af en fælles model.
- ✓ Sundhedsstyrelsens definerer ansvarsfordelingen og informationsvej for alle involverede i dosisdispenseringsprocessen, men de rapporterede hændelser viser, at der trods dette, er problemer ved ændringer og særligt mellem sygehussektoren og i primærsektoren.
Det er tidligere blevet fundet, at dosisdispenseringsprocessen bliver håndteret forskelligt i de forskellige regioner og kommuner. Rapportørerne peger på, at processerne foregår på mange forskellige måder, og at der kan være uenighed om kommandovejen, og om hvem der gør hvad.
At retningslinjerne for dosisdispensering tydeliggøres og at kommandoveje samt ansvar yderligere ensrettes, således at alt sundhedspersonale, som håndterer dosisdispensering, kender og forstår hinandens arbejdsgange, vil være af stor relevans for patientsikkerheden.
- ✓ Dansk Selskab for Patientsikkerhed har, i samarbejde med Pharmakon, udarbejdet en 'best practice' omkring dosisdispensering. Denne kan eventuelt anvendes som udgangspunkt i optimering medicinringsprocessen ved dosisdispensering.
- ✓ Årsagerne til de utilsigtede hændelser er svære at identificere ud fra rapporter i DPSD. Det ville være af stor relevans at få uddybet årsagerne omkring ordination og fejlkommunikationen, samt at identificere de egentlige risikoområder omkring dispenseringen, for at kunne optimere og sikre processen yderligere.

1 Baggrund

1.1 Hvad er dosisdispensering?

Siden Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler (1) blev fastsat i juni 2001, har det været muligt for medicinbrugere at få udvalgte lægemidler maskinelt dosisdispenseret.

Ved dosisdispensering forstås, at et apotek pakker den enkelte patients lægemidler til hvert enkelt doseringstidspunkt. Pakningen foretages i engangsposer, også kaldet dosispakker. Hver dosispakke er forsynet med medicinbrugerens navn, cpr.nr., lægemiddelinhold, indtagelsestidspunkt- og dato samt anvendelsesmåde (1).

Sundhedsstyrelsen har på nærværende tidspunkt, (d. 16. september 2013), godkendt ni apoteker til at foretage denne maskinelle dosisdispensering (2). Disse ni apoteker leverer dosisdispenseret medicin til landets øvrige apoteker.

Dosisdispenseret medicin må kun pakkes og udleveres til to uger ad gangen. Dette skyldes dels den forringede holdbarhed af medicinen efter ompakningen fra originalemballage, og dels at forskellige lægemidler pakkes sammen. I særlige tilfælde kan der dog pakkes til op til 4 uger (1).

På baggrund af Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler (1) beslutter Sundhedsstyrelsen kriterierne for, hvilken medicin der må dosisdispenseres. Det er udelukkende tabletter og kapsler, der er mulige at dosisdispensere. En vejledende liste, med de anbefalede lægemidler, der kan dosisdispenseres, publiceres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, herunder også lægemidlernes opbevaringstid udenfor originalemballage (3). Apotekerne må, så længe de overholder bekendtgørelsens bestemmelser, også dosisdispensere lægemidler, der ikke er med på Sundhedsstyrelsens liste. Dog ikke eksempelvis kønshormoner, antibiotika, cytostatica (4).

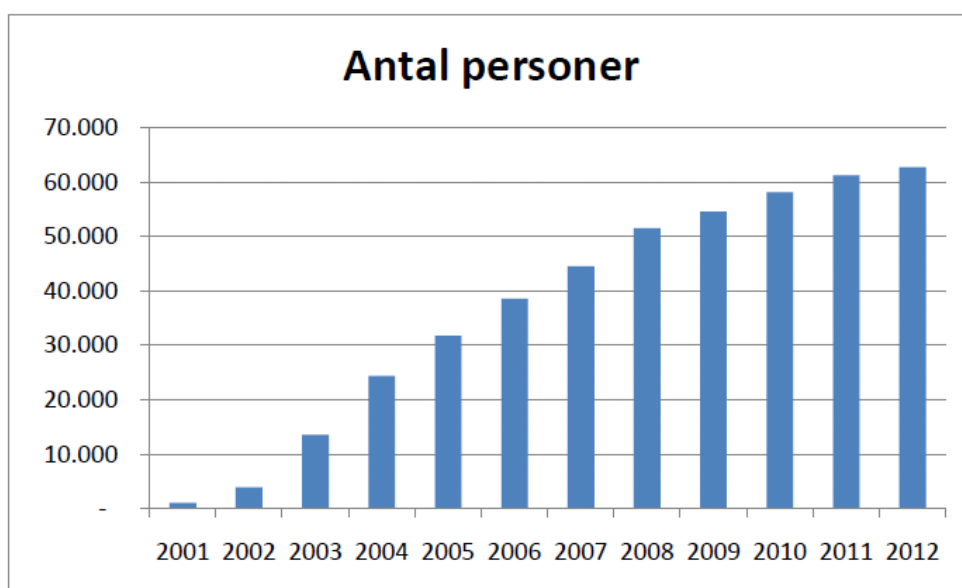
1.2 Hvem får dosisdispensering og hvorfor?

Maskinel dosisdispensering er en mere nøjagtig, sikker og hygiejnisk måde at op-hælde medicin på end manuel ophældning. Desuden kan dosisdispenseringen medvirke til at bedre overblikket over patientens samlede medicinering (5).

Patientens indtagelse af medicin kan lattes ved dosisdispensering, hvilket kan medvirke til en bedre efterlevelse af lægens ordination. Det kan være lettere for patienten, at huske at tage sin medicin og at opdage glemte doser – også for borgerens eventuelle hjælpere (5).

Da dosisdispenserede lægemidler vanligvis udleveres til 14 dage af gangen, er ydel-sen kun egnet til patienter, der får den samme medicin, i samme dosis, over længere tid (4).

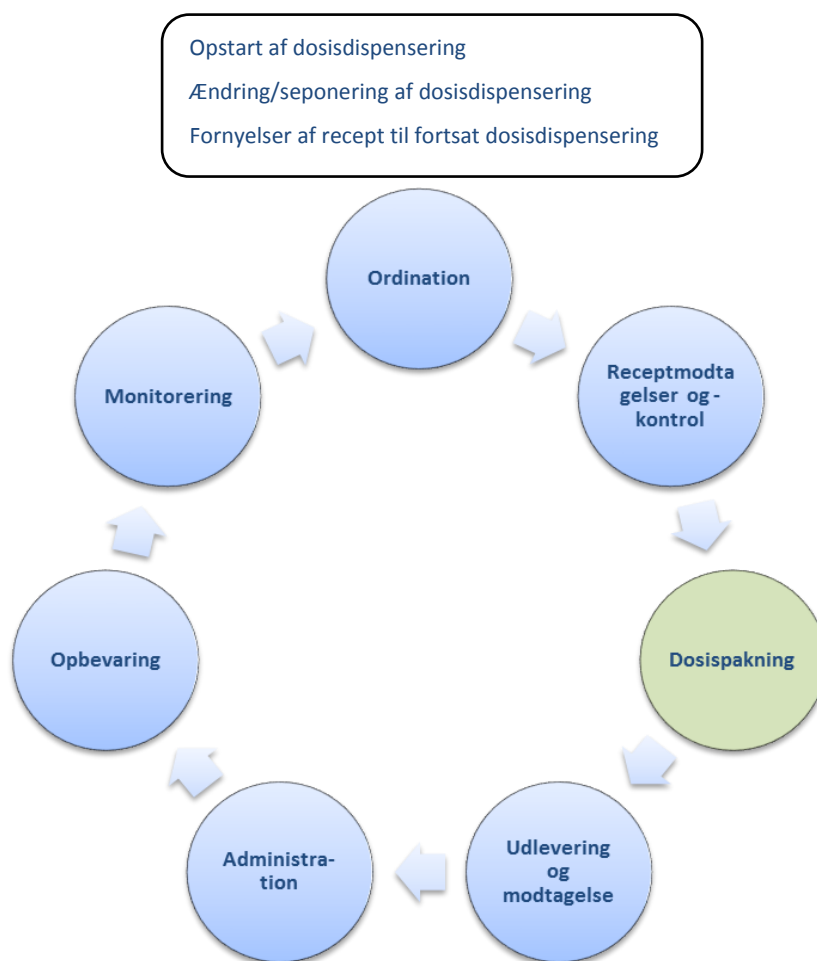
Anvendelsen af dosisdispensering har siden opstarten i 2001 været stigende, og i 2012 fik 62.712 personer dosisdispenseret medicin (tabel 1) (6). Dosisdispenseret medicin anvendes i alle aldersgrupper, men der ses en stigning med alderen, og kvin-der er oftere brugere end mænd. I aldersgruppen over 74 år anvender 9 procent af be-folkningen dosisdispensering (7).



Tabel 1. Antal personer, der får dosisdispenseret medicin fra 2001-2012 (6).

1.3 Dosisdispenseringsprocessen

Generelt er selve medicineringsprocessen kompleks, og ved dosisdispensering tilføjes processen yderligere trin, da apoteket, der modtager recepten (distributionsapoteket) i dosisdispenseringsprocessen, sender ordinationen videre til et pakkeapotek, som dosispakker medicinen (8). Figur 1 illustrerer processen i primær sektoren.



Figur 1. Medicineringsprocessen ved dosisdispensering i primærsektoren

En dansk undersøgelse fra 2011, viser at dispenseringsprocessen, og især i overgangen mellem den primære sundhedssektor og sygehussektoren, er en organisatorisk meget omfattende proces, med mange led, aktører og kommunikationsveje. Se endvidere bilag 1, og at processerne er forskellige i de enkelte kommuner og regioner (9).

Men medicineringsprocessen ved dosisdispensering, kan, noget simplificeret, beskrives ved nedenstående faser:

1.3.1 Ordination

Det er lægen, som vurderer, om en patient har brug for medicinsk behandling. Lægen tager derefter stilling til, om patienten selv er i stand til at administrere medicinen, eller om der kræves hjælp til medicinadministrationen. Lægen vurderer også om dosisdispensering er relevant for netop denne patient. Dosisdispensering er dog valgfrit for patienten (10).

Der er tre mulige indgange til en ordination: Opstart, fornyelse af recept og ændring eller seponering i ordination:

Opstart af dosisdispensering

Processen starter oftest med en henvendelse til lægen fra det kommunale plejepersonale med et ønske om, at en patient bør startes op på dosisdispensering (8).

Hvis lægen vurderer, at det vil være gavnligt for patienten at få medicinen dosisdispenseret, ordineres dette via recept til apoteket.

Det er centralt, at lægen udfylder recepten ud fra gældende regler for ordination af dosisdispenseret medicin. Indtagelsestidspunktet skal skrives entydigt, så apoteket er klar over i hvilken af døgnets dosispakker medicinen skal pakkes. Recepten skal desuden have påtegningen 'Dosisdispensering', samt angivelse af, hvor længe det givne præparat ønskes pakket (5)(10).

Fornyelser af recept til fortsat dosisdispensering

En fornyelse af recepter på dosisdispenseret medicin sker på foranledning af patienten. Er patienten ikke selv i stand til det, er det de personer, som drager omsorg for patienten, der kontakter lægen (5).

Ændring i ordination

Hvis behandlingen med et dosisdispenseret lægemiddel skal ophøre, skal lægen udstede en recept på det pågældende lægemiddel med påtegningen 'Seponeres', eller hvis dosis skal ændres, skal dette fremgå af recepten (5). Ved akut ændring af patientens medicinering skal lægen sikre, at dette kan realiseres, om nødvendigt ved hjælp fra hjemmeplejen. Ved ordinationsændringer bør personalet gøre lægen opmærksom

på, at patienten får dosisdispenseret medicin (11).

Generelt har ledelsen ansvar for, at der er instrukser for sundheds- og plejepersonalets håndtering af medicin og for, at det personale, der udfører medicinhåndtering, kender og anvender disse instrukser. Der skal foreligge instruks for identifikation af både patient og lægemiddel, for håndtering af dosisdispenseret medicin og for formidling af oplysninger om ordineret medicin ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus, herunder oplysning om dosisdispensering (11).

Når en patient indlægges

Ambulant eller på sygehusafdelingen registreres receptordinationer i et enstrengt medicinhåndteringssystem fælles for læger og plejepersonale. Den ordinerende læge anfører alle lægemiddelordinationer tydeligt på ordinationsskemaet (10). Ved indlæggelse på sygehus har den ordinerende læge også ansvar for at vurdere, om patient selv er i stand til at administrere sin medicin på betryggende måde, eller skal have bistand fra personalet (11).

Når en patient udskrives

Når en patient, der før indlæggelsen fik dosisdispenseret medicin, udskrives fra et sygehus med fortsat dosisdispenseret medicin, skal personalet på sygehuset ifølge Sundhedsstyrelsens forskrifter sikre, at patientens egen læge og sædvanlige apotek er orienteret om dette, og sikre, at patienten kan medicinere korrekt, indtil apoteket kan levere den dosispakke medicin (11). Ifølge Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler er det et sygehusansvar, at formidle information om nye ordinationer, ordinationsændringer og seponeringer til apoteket (11).

1.3.2 Receptmodtagelse og -kontrol

Det er apoteket, der har ansvaret for, at indholdet i dosispakkerne er korrekt (10). Distributionsapoteket kontrollerer, at recepten er udfærdiget korrekt, og at den farmakologisk er meningsfuld (12).

Dosisdispensering må kun foretages, når der foreligger et doseringskort på baggrund af recept på de receptpligtige lægemidler, der indgår i dosisdispenseringen. Doseringskortet laves af distributionsapoteket efter receptkontrollen. Apoteket udleverer

en kopi af doseringskortet til patienten, og fremsende kopi af doseringskortet til ordinerende læge, eller til patientens læge ifølge sygesikringskortet, hvis det ønskes (1).

1.3.3 Dosispakning

Distributionsapoteket sender doseringskortet elektronisk til pakkeapoteket. Pakkeapoteket kontrollerer, at doseringskortet er udfyldt korrekt, og at de bestilte lægemidler kan dosispakkes og skaffes. Desuden vurderer pakkeapoteket, om der skal substitueres. Herefter pakkes medicinen; rullerne med dosisdispenseret medicin kontrolleres manuelt eller maskinelt og sendes til distributionsapoteket (12).

1.3.4 Udlevering og modtagelse

Distributionsapoteket kontrollerer, at de har modtaget den bestilte medicin (1). Herefter udleveres rullerne med dosisdispenseret medicin til patienten i skranken, eller sendes til patienten eller plejehjemmet. Alle patienter modtager fra apoteket en kopi af deres doseringskort og tilbud om indlægssedler til medicinen i dosispakkerne (12). Ifølge Sundhedsstyrelsen skal pleje- og sundhedspersonale, der ved leveringen modtager dosispakkerne fra apoteket foretage den samme varemottagelseskontrol, som når der modtages andre lægemidler fra apoteket. Altså sikre sig, at der er overensstemmelse med ordinationen fra lægen og doseringskortet fra apoteket (10)(13).

1.3.5 Administrationen

Patienten kan selv tage medicinen, eller sygeplejerske, social og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper, pårørende eller andre kan give eller hjælpe patienten med at tage medicinen. Hvis pleje- og sundhedspersonalet fungerer som lægens medhjælp og medvirker ved medicinadministrationen, altså hjælper borgeren/patienten ud over det rent praktiske med at åbne pakkerne, skal der, ifølge Sundhedsstyrelsens notat om dokumentation i forbindelse med dosisdispensering, laves én medicinliste baseret på lægens ordination. Medicinlisten kan føres elektronisk eller på papir. Listen skal omfatte både den dosisdispenserede medicin og anden medicin, der ikke dosisdispenseres, som eksempelvis flydende medicin, stikpiller og p.n. medicin. Doseringskortet fra apoteket kan ikke anvendes som dokumentation af medicinordinationerne (10)(11).

Inden medicinen udleveres til patienten kontrolleres at navn og personnummer på dosispakken. Der kvitteres for medicinadministrationen. Pleje- og sundhedspersonale har ikke pligt til at kontrollere indholdet af dosispakkerne, når de giver medicinen til borgeren/patienten, med mindre det fremgår af deres lokale instruks. Men personalet har pligt til at reagere, hvis der er åbenlyse fejl, som eksempelvis, at der kun er én tablet i pakken, selvom der skulle være otte (10)(11).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ikke åbner dosispakkerne. Hvis pleje- eller sundhedspersonalet åbner pakkerne og fjerner én eller flere tabletter, pådrager personen sig det fulde ansvar for behandling, hvis der sker fejlmedicinering (10).

1.3.6 Opbevaring

Der er ikke fastsat regler for opbevaring af medicin i plejeboliger. Det er ledelsens ansvar, at medicin kan opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende (11). Det anbefales, at medicinen opbevares forsvarligt i forhold til patienten og utilgængeligt for besøgende eller andre patienter. Den enkelte patients medicin opbevares adskilt fra andre patienters medicin (13).

1.3.7 Monitorering

Lægen vurderer løbende effekten af den medicinske behandling med hensyn til forventet effekt og bivirkninger. Det vurderes, om der er indikation for at fortsætte igangværende behandling, ændre eller seponere denne, eller iværksætte ny eller supplerende behandling (9).

Plejepersonalet vurderer om en patient ville have gavn af dosisdispensering, eller om dosisdispensering fungerer, hvis patienten allerede er i et sådan forløb, hvorefter de henvendelser sig til patientens læge (9).

2 Formål

Dosisdispensering er en organisatorisk meget kompleks proces med mange led, aktører og kommunikationsveje, og der kan være en risiko for patientens sikkerhed. På den baggrund har temarapporten følgende formål:

- At identificere hvilke typer af medicinrelaterede utilsigtede hændelser, som rapporteres i relation til brugen af dosisdispenseret medicin
- At undersøge, hvilke forslag personalet selv giver til forebyggelse af de identificerede hændelser,
- At øge læringen omkring de utilsigtede hændelser som er knyttet til dosisdispenseret medicin, så medicin håndteringen kan forbedres og gøres mere sikker.

Inden Patientombuddet modtager rapporterne om utilsigtede hændelser, bliver de behandlet af risikomanagere / sagsbehandlere i kommunerne eller regionerne. Der kan derfor allerede nu foregå tiltag, som er iværksat som en reaktion på rapporteringerne. Det være analyser, møder, kompetenceudvikling, udarbejdelse af instrukser, kvalitetssamarbejde over sektorer eller mellem apoteker og plejepersonalet med videre. Disse tiltag kan ikke identificeres gennem DPSD og er derfor ikke medtaget i rapporten.

Det er et håb, at denne rapport kan bidrage til yderligere synliggørelse af problemstillinger i håndteringen af dosisdispenseret medicin.

Rapporten vil som et bidrag til læring gengive et uddrag af de forslag til forebyggelse, som rapportørerne har skrevet i deres rapport til DPSD. Vi håber herved, at andres erfaringer og refleksioner, kan anvendes i arbejdet med at forbedre håndteringen af dosisdispenseret medicin og gøre det mere sikkert for patienten.

3 Dataindsamling

Fra januar 2004 har sundhedspersonalet i sygehusvæsenet haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Den 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. Ordningen blev 1. september 2011 yderligere udvidet til også at omfatte en frivillig rapporteringsmulighed for patienter og pårørende.

Ved rapportering i DPSD skal hændelsen klassificeres efter en dansk tilpasning af WHO's International Classification for Patient Safety- ICPS-klassifikationen. Hændelserne kan videre klassificeres i en udvidet proces- og problemklassifikation. Klassifikationen for hændelsestypen 'Medicinering' ses i bilag 2.

Klassificeringen foretages af risikomanagere / sagsbehandlere under sagsbehandlingen. Ved afslutning af sagsbehandlingen og inden indsendelse til Patientombuddet, anonymiserer sagsbehandleren hændelsesrapporten. Patientombuddet lægger vægt på, at formålet med rapporteringen er læring, og at der ikke kan eller skal tages stilling til kritik eller sanktioner.

4 Utilsigtede hændelser

Patientombuddets enhed for læring har foretaget en søgning efter utilsigtede hændelser som involverede dosisdispenseret medicin i DPSD for perioden 14. august 2012 til 14. august 2013. Der blev søgt efter afsluttede rapporter.

Patientombuddet identificerede for perioden 4.448 rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende dosisdispensering.

4.1 Rapporternes hændelsessted og opdagelsessted

Af de 4.448 hændelser er knapt 80 procent fra kommunerne. Hospitaler og andet regionalt står stort set for de resterende 20 procent (tabel 2).

Sektor	Antal	Procent
Hospital	527	11,9
Kommune	3455	77,7
Privat	8	0,2
Andet regionalt	458	10,3
I alt	4.448	100

Tabel 2. Fordelingen af oprettede utilsigtede hændelser som involverer dosisdispensering i DPSD hver sektor.

I rapporteringsskemaet er det muligt at kategorisere sin rolle i hændelsen, og af de 4448 hændelser er 693 kategoriseret som 'opdagelsessted' for hændelsen, og 44 hændelser er kategoriseret som 'tværsektoriel' (tabel 3).

Rolle i hændelsen	Sektor				
	Hospital	Kommune	Privat	Andet Regionalt	I alt
Opdagelsessted	214	194	1	248	693
Tværsektoriel	16	14	0	14	44
Andet	0	2	0	4	6
Ikke kategoriseret	297	3245	7	156	3705
I alt	527	3.455	8	458	4.448

Tabel 3. Fordelingen af rolle i hændelsen

4.1.1 Tværsektorielle hændelser

Tværsektorielle hændelser omfatter utilsigtede hændelser, hvor sagsopfølgningen kræver både hændelsesstedet og det/de involverede steders deltagelse i opfølgningen af hændelsen.

Der var i alt rapporteret 44 tværsektorielle hændelser, og som tabel 4 viser, er lidt over halvdelen af hændelserne angivet under kategorien 'Anden manuelt angivet', som omfatter hændelser, hvor rapportøren manuelt har indskrevet det involverede sted i rapporten. Stedet er derfor ikke klassificeret og kan derfor ikke behandles statistisk. Af de resterende 20 hændelser var *7 tværsektorielle hændelser mellem hospitaler og kommuner, og **11 tværsektorielle hændelser mellem anden regional og kommuner.

Hændelsessted	Involveret sted	Involveret sted				Anden manuelt angivet	I alt
		Anden regional	Hospital	Kommune	Privat		
Anden Regional		0	0	9**	0	5	14
Hospital		0	0	*6	0	10	16
Kommune		2**	*1	2	0	9	14
Privat		0	0	0	0	0	0
I alt		2	1	17	0	24	44

Tabel 4. Tværsektorielle hændelser, fordelt på hændelsessted og involveret sted.

4.1.2 Hændelser opdaget et andet sted

En del af hændelserne opdages et andet sted, end der hvor hændelsen er sket. Den utilsigtede hændelse sendes til sagsbehandling det sted, hvor hændelsen er sket, og der foretages en lokal sagsbehandling. Opdagelsesstedet oplyses af rapportøren af hensyn til muligheden for at få supplerende oplysninger til hændelsen.

Som det fremgår af tabel 5 er 693 hændelser klassificeret til, at hændelsessted og opdagelsessted er forskellige. 'Andet regionalt' er det hyppigste hændelsessted med 284 hændelser svarende til ca. 41 procent. Blandt 'andet regionalt' er det apotekerne (212 hændelser svarende til ca. 31 procent) og de praktiserende læger (61 hændelser svarende til ca. 9 procent), der hyppigst er kategoriseret som hændelsesstedet.

De offentlige sygehuse er i 214 hændelser svarende til ca. 31 procent klassificeret som hændelsesstedet. Kommunerne er i 334 hændelser, svarende til ca. 48 procent af hændelserne, kategoriseret som opdagelsessted.

		Opdagelsessted						
		Andet tastet manuelt	Andet regional	Hospital	Kommuner	Private	I alt	
Hændelsessted	Anden regional	Apoteker	47	12	1	151	1	212
		Praktiserende læger (almen praksis)	11	18	1	31	0	61
		Præhospital og Ambulancer	2	0	2	0	0	4
		Regionale botilbud	1	2	0	0	0	0
		Speciallæger	0	2	0	0	0	2
		Vagtlægeordningen	1	0	0	1	0	2
		I alt anden regional	62	34	4	183	1	284
	Hospital	Offentlige sygehuse	86	14	22	92	0	214
		I alt hospital	86	14	22	92	0	214
	Kommuner	Andet	2	0	0	1	0	3
		Hjemmeplejen	21	1	0	20	0	42
		Hjemmesygeplejen	12	0	2	2	0	16
		Misbrugsbehandling	1	0	0	2	0	3
		Plejebolig	51	5	0	25	0	81
		Sociale botilbud	29	1	0	2	0	32
		Sundheds- og Sygeplejecentre	0	0	0	1	0	1
		Træning	3	0	0	1	0	4
		Øvrige tilbud til borgere med handicap	7	0	0	5	0	12
		I alt kommuner	126	7	2	59	0	194
	Private	Privathospitaler	1	0	0	0	0	0
I alt private		1	0	0	0	0	0	
I alt		275	55	28	334	1	693	

Tabel 5. Hændelser hvor hændelsesstedet og opdagelsesstedet er forskelligt.

274 ud af de i alt 693 hændelser er angivet i gruppen `Anden manuel angivet`, og det omfatter hændelser, hvor rapportøren manuelt har indskrevet de involverede steder i rapporten. Hændelsessted og/eller opdagelsessted er derfor ikke klassificeret.

5 Hvor opstår problemerne?

Af de 4448 identificerede utilsigtede hændelser er 4401 hændelser proces- og problemkategoriseret (se bilag 2) er omkring halvdelen af de rapporterede hændelser, som omhandler dosisdispensering, kategoriseret i administrationstrinnet (tabel 6).



WHO klassifikation Procestrin i medicineringsprocessen	Antal hændelser	Procent
Ordination	226	5,1
Recepthåndtering	56	1,3
Receptkontrol	22	0,5
Håndtering af doseringskort	165	3,8
Dispensering	787	17,9
Administration	2.190	49,8
Opbevaring	49	1,1
Dokumentation	103	2,3
Monitorering	13	0,3
Levering	93	2,1
Emballering og navngivning	63	1,4
Andet	152	3,5
Ikke klassificeret	482	11,0
I alt	4.401	100

Tabel 6. Opgørelse over medicinrelaterede utilsigtede hændelsers placering i medicineringsprocessen

Administrationen er det trin i medicineringsprocessen, hvor personalet udleverer medicin samt hjælper patienten med at indtage medicinen og observerer patienten. Patienters administration af egen medicin betyder, at patienten selv har ansvar for at indtage medicinen (11).

Inden for hvert procestrin kan hændelsen efterfølgende klassificeres efter hvori problemet ligger. Nedenfor i tabel 7 ses, at de fleste utilsigtede hændelser er kategoriseret som 'Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet'.

WHO klassifikation Problemkategorier i medicineringsprocessen	Antal hændelser	Procent
Forkert ordination/ kontraindikation	23	0,5
Forkert patient	108	2,5
Forkert dispensering	251	5,7
Forkert administration	194	4,4
Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ ikke givet	2.157	49,0
Forkert formulering eller klargøring	43	1,0
Forkert label/instruktion	37	0,8
Forkert lægemiddel	103	2,3
Forkert opbevaring	31	0,7
Proces forkert – ikke eller mangelfuldt udført	776	17,6
Udløbet medicin	9	0,2
Andet	211	4,8
Ikke klassificeret	458	10,4
I alt	4.401	100

Tabel 7. Opgørelse over hvilke problemer, de medicinrelaterede utilsigtede hændelser er knyttet til.

6 Hændelsernes alvorlighed

Udover proces- og problemkategorisering skal hændelsers alvorlighed klassificeres efter den faktuelle skade. Alvorligheden bliver klassificeret efter nedenstående kriterier:

Alvorlighed	Skade
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanent skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig

Størstedelen af medicineringshændelserne, som er rapporteret, er klassificeret som 'ingen skade' eller 'mild skade' (tabel 8). Moderate, alvorlige og dødelige hændelser er tilsammen omkring 9 procent af hændelserne. Flest moderate, alvorlige og dødelige hændelser er kategoriseret til at være sket i administrationstrinnet.

WHO klassifikation Procestrin i medicineringsprocessen	Alvorlighed						
	Ingen skade	Mild	Moderat	Alvorlig	Dødelig	Ikke kategoriseret	I alt
Ordination	133	60	28	5	0	0	226
Recepthåndtering	30	17	9	0	0	0	56
Receptkontrol	14	5	3	0	0	0	22
Håndtering af doseringskort	108	40	14	3	0	0	165
Dispensering	547	159	74	7	0	0	787
Administration	1.515	493	160	21	1	0	2.190
Opbevaring	36	10	3	0	0	0	49
Dokumentation	73	20	9	1	0	0	103
Monitorering	6	4	3	0	0	0	13
Levering	61	21	10	1	0	0	93
Emballering og navngivning	47	12	3	1	0	0	63
Andet	106	35	9	2	0	0	152
Ikke klassificeret	335	104	35	6	1	1	482
I alt_Antal	3.011	980	360	47	2	1	4.401
I alt_Procent	68,4	22,3	8,2	1,1	>0,1	>0,1	100

Tabel 8. Opgørelse over alvorskategorisering i forhold til medicineringsprocessen.

7 Hændelsesrapporternes forslag til forebyggende tiltag

Rapporterne i DPSD viser, at administrationstrinnet var det trin i håndteringen af dosisdispensering, som hyppigst var kategoriseret som værende involveret i utilsigtede hændelser.

Endvidere peger litteraturen på, at især i overgangen mellem den primære sundhedssektor og sygehussektoren, er en organisatorisk meget omfattende processer, med mange led, aktører og kommunikationsveje, som skaber problemer i dosisdispenseringen (14)(15)(17)(22).

Risikosituationer og eventuelle årsager samt forslag til forebyggelse vil derfor blive gennemgået i de efterfølgende afsnit, for:

- Hændelser sket i administrationen og kategoriseret som dødelige, alvorlige eller moderate hændelser
- Hændelser, som involverer flere sundhedsprofessionelle.

Årsager til, hvorfor utilsigtede hændelser sker, er meget relevant når hensigten er læring, men det er langt fra alle rapporter, der beskriver årsagerne til hændelsen. Der er imidlertid, for nogle rapporter, i hændelsesbeskrivelserne samt i felterne 'Konsekvens' og 'Forslag til forebyggelse' angiver årsager til hændelserne.

7.1 Risikosituationer i administrationen af dosisdispenseret medicin

Administrationen af medicin er det processtrin, som rapportørerne oftest skriver om i de utilsigtede hændelser.

Administrationen er det trin i medicineringsprocessen, hvor personalet udleverer medicin samt hjælper patienten med at indtage medicinen og observerer patienten. Ved patienters administration af egen medicin forstås, at patienten selv har ansvar for at indtage medicinen (11).

Af de i alt 182 administrationshændelser kategoriseret som moderat, alvorlige eller dødelige, er de hyppigste problemfelter identificeret som:

- Sidedoseret eller dosisdispenseret medicin bliver ikke givet
- Dosisdispenseret medicin bliver udleveret til forkert patient
- Dosisdispenseret bliver udleveret til forkert tid
- Dosisdispenseret medicin bliver ikke taget

7.1.1 Medicin bliver ikke givet til patienterne

Langt det hyppigste problem i administrationstrinnet er, at medicinen ikke gives til patienterne.

Sidedosering eller dosispakke bliver ikke givet

Forglemmelse

Rapporterne viser, at det 'dobbelte bogholderi' af dosisdispenseret medicin og sidedoseret medicin ofte er årsag til administrationsfejl. Med flere typer af dispensering øges risikoen for at enten sidedosering eller dosispakke glemmes. Medvirkende årsagen er desværre meget sjældent uddybet i rapporterne.

"Personalet har glemt at give en ½ tablet marevan 2,5 mg til aften. Borgeren har både dosispakket medicin og medicin doseret i æske. Marevan er doseret i æske".

Nyt personale

Nyt personale er ikke altid klar over, at medicinen er dispenseret på to måder, hvorfor de ikke får udleveret alt medicinen til patienten. Til tider skyldes det, at de ikke er

blevet sat grundigt ind i rutinerne eller ikke er informeret om, at der er flere typer af dispenseret medicin til patienten.

”Der skulle gives medicin, som var doseret ved siden af dosisruller, men vikaren var ikke opmærksom på dette”.

Medicinen ligger ikke sammen

Der er eksempler på, at dosisdispenseret og sidedoseret medicin ikke ligger sammen. Det kan eksempelvis være fordi, noget af medicinen skal opbevares i køleskabet. Derved øges risikoen for at enten den dosisdispenserede eller den sidedoserede medicin glemmes.

”Borger har ikke fået morgen- og middagsmedicin fra dosisdispenseringsposerne, men har fået en pille fra doseringsæske, der ligger på bordet!”

Ændringer i behandlingen

Det er en udfordring, når en patient får dosisdispenseret medicin, og der skal ændres i behandlingen.

En typisk problemstilling er, at der skal ske en dosisjustering. Et eksempel er, at lægemidlet blevet seponeret fra dosispakken, idet justeringen skal ske som sidedosering. Når ønskede dosis er opnået, overføres medicinen ikke til dosisdispenseringen igen, men sidedoseringen seponeres, og patienten bliver dermed ikke medicineret. Et andet eksempel er, at lægemidlet tages ud af dosisdispenseringen for at dosisjusteres, men dosisjusteringen bliver ikke påbegyndt.

Fejlen sker i forbindelse med, at Delepsine® er blevet taget ud af dosispakkerne, da denne skulle nedtrappes, men ikke er blevet doseret i sidedoseringen. Fejlen opdages efter 2 dage i forbindelse med medicingivning.

7.1.2 Medicin givet til forkert tid

Dag og tid på dosispakken kontrolleres ikke

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 får læst ordentligt på dag og tid på dosispakken, men river den forreste pose af rullen med dosisdispenseret medicin.

Manglende intern kommunikation

I flere hændelser er situationen, at et personale giver medicin selvom et andet personale allerede har givet den ordinerede medicin. Årsagen er, at personalet tror, at medicinen ikke er givet, eller at personalet internt ikke har informeret hinanden om medicingivningen. Den manglende kommunikation resulterer i, at den næste pose på rullen tages, men uden at tjekke dato og tid. Men medicinen er blevet givet, og den yderligere dosering medfører at patienten fejlmedicineres.

En fast medarbejder havde givet den dosisdispenserede morgenmedicin til d. 15.6.2012 til beboer. Afløser kommer efterfølgende og giver beboeren morgenmedicin fra dosisdispenseringsrullen, uden at se på dato på dosispakken. Beboeren fik herved morgenmedicinen for næste dag d. 16.6.2012, hvilket betyder at beboeren fik 2 x morgenmedicin samme dag.

En plejer giver Lise sine morgenpiller inden kl. 9.00 og beder en hjælper om at spise med Lise. Personalet, som har givet Lise pillerne, glemmer at informere hjælperen, som er blevet bedt om at spise morgenmad med Lise, at hun har fået sin medicin. Hjælperen giver hende pillerne, som er den næste pakke på dosis rullen – aftenmedicinen.

7.1.3 Medicin givet til forkert patient

Navn og personnummer på dosispakken kontrolleres ikke

Grunden til, at en patient får en anden patients medicin, er som oftest fordi personalet af uvisse årsager ikke får læst ordentligt på patienternes navn og personnummer. I enkelte tilfælde har patienterne samme navn eller meget nærliggende navne.

To beboere med enslydende fornavn får forvekslet medicin af uddannet hjælper (afløser). Den beboer får og indtager medbeboerens morgenmedicin.

De respektive medicinæsker/dosispakker ligger normalt i hver sin medicinkurv med tydeligt navn og cpr-nummer i medicinrummet. Imidlertid er dagens medicin til de to beboere med enslydende fornavn blevet ombyttet.

De to kurve står lige ved siden af hinanden på hylden i medicinrummet, da de to beboere bor dør om dør. Hjælper tager medicinæsken til den pågældende beboer, hun har fået tildelt og kontrollerer navn men kun fornavn.

Forstyrrelser

Der er tilfælde, hvor personalet har kontrolleret navn og medicin, men bliver forstyrret i medicinadministrationen og mister fokus, således at der sker en fejludlevering.

Nattevagt skal hente morgenmedicin til en beboer. Hun kontrollerer navnet på medicin og beboerens navn, og forlader medicinrummet for at udlevere medicinen.

På vejen møder nattevagten en anden beboer, og kommer til at udlever morgenmedicin til denne. Den dosisdispenserede pose bliver ikke kontrolleret umiddelbart før udlevering, med henblik på navn og cpr.nr.

7.1.4 Medicin ikke taget

Medicinen bliver ikke altid indtaget af patienterne. I relation til dosispakkerne er problemerne oftest, at:

- Patienten glemmer at tage medicinen
- Patienten taber medicinen, når dosispakken åbnes, og medicinen bliver først fundet senere
- Patienten pludselig ikke længere kan magte at selvadministrere medicinen.

”Da jeg kommer ned til beboeren ligger dosisrullen fremme og roder. Beboer har klippet hul i poserne og tager noget af medicinen, og ladet andet blive. Dette drejer sig om dosisposerne fra d. 31/1-12 - 3/2-12. Hvori han får Abilify®, Olanzapin og Mirtazapin. Desuden ligger der ved siden af dosisposer fra d. 11/1 og d. 12/1 Abilify® tabletter, som beboer ikke har taget”.

7.1.5 Rapportørernes forslag til forebyggelse af fejl i administrationstrinnet

Seks forebyggelsespointer i relation til administrationsfejl med dosisdispenseret medicin træder frem i kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse':

- ✓ Personalet skal læse på medicinlisten hver gang de kommer til en borger. Antal tabletter der skal gives sammenholdes med antal på medicinlisten. Stemmer det ikke overens, er der måske en sidedosering eller en dosispakning.
- ✓ Bedre information til vikarer. Bed altid vikarer om at tjekke, om der er medicin ved siden af de dosisdispenserede ruller.
- ✓ Sikre at der hver morgen aftales hvem, der giver medicin til navngivne beboer.
- ✓ Når det er muligt, overværer personalet, at medicinen bliver taget af patienten.
- ✓ Når hjemmeplejen skal ud, skal der på kørelisten skrives, at man skal huske at medbringe sidedoseret medicin. Det er vigtigt at opfordre medarbejderne til at huske at læse kørelisten.
- ✓ Læg dosisdispenseret og sidedoseret medicin samme sted.

7.2 Risikosituationer når flere sundhedsprofessionelle er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin

Hændelserne, som er kategoriseret som tværsektorielle eller hvor hændelsessted og opdagelsessted er kategoriseret som forskellige, er blevet gennemgået.

Størstedelen af hændelserne klassificeret som tværsektorielle, omhandle hændelser opdaget et andet sted, end hvor hændelsen sket, men fulgte ikke definitionen;

Hændelsen, der er sket i overgangen mellem to sektorer, fx mellem hospital og primærsektor. Anvendes hvor det fx er uklart, om svigtet er sket hos afsender eller modtager af patienten, eller hvor der er sket et svigt begge steder (16).

Det er derfor valgt, at samle alle disse hændelser under et, med opdeling efter hvor i medicineringsprocessen hændelsen er sket og hvilken aktør, som var involveret.

For hændelserne klassificeret som tværsektorielle eller hvor hændelsessted og opdagelsessted er forskellige, kommer det tydeligt frem, at problemer hyppigst er omkring ordinationen og dispenseringen.

7.2.1 Ordination

Langt den største risikosituation i ordinationstrinnet er manglende eller forkert information om ændringer i ordination til de sundhedsprofessionelle, som efterfølgende er involveret i medicineringen. Den hyppigste situation er, at ændringer i dosisdispenseringen på sygehuse ikke kommunikeres ud til personalet i primærsektoren.

Sygehus og plejepersonale i primærsektoren

Plejepersonalet i primærsektoren oplever, at de ikke adviseres eller får forkert information om ændringer i medicineringen, som er foretaget under indlæggelse.

Manglende eller forkert information om ordination

Det er oftest i hjemmeplejens eller plejehjemmets kontrolfasen, inden medicinen ud-

leveres til patienten, det bliver opdaget, at lægemidlerne i dosispakken ikke svarer til oplysninger på patients medicinliste.

En borger udskrives fredag eftermiddag efter 14 dages indlæggelse. Hjemmeplejen er ikke adviseret om medicinændringer. Borger kontakter hjemmeplejen fredag aften, da hun ikke kan finde ud af, hvilken medicin hun skal tage. Ved besøg i hjemmet fremgår det, af det medicinskema som borger har med hjem, at dosis er øget på; Diural®, Kaleorid og Carvedilol. Borger er ligeledes i antibiotisk behandling, og har tabletter med hjem til endt kur. Tabletterne er i kraftig folie, som borger ikke selv kan åbne, og hun ved ikke, hvornår hun skal tage dem.

Der er hændelser, hvor patienterne ikke har forstået ændringerne i medicineringen. Plejepersonalet i primærsektoren bliver derfor til tider konfronteret med ændringerne, fordi patienten forvirret kontakter dem efter en udskrivning.

Endelig er der hændelser, som beskriver, at patienten udskrives, og beskeden fra hospitalet er, at der ikke er ændringer i medicinen. Senere opdager plejepersonalet, at der var ændringer.

Manglende kendskab til patientens medicin

Hændelser, som skyldes, at ordinerende læge ikke kender til patientens medicinering, og derfor fejlordinerer, er identificeret. Her er både hændelser fra sygehus og privat praksis.

Hjemmeplejen opdager uoverensstemmelse i borgeres medicin dosispakke og medicinliste efter udskrivelse. Hun fortæller ”.....hun (borgeren) har fået en recept på Kaleorid og har fået af vide, at hun skal tage 3 tabletter dagligt i en uge. I hendes dosispakning er der i forvejen 2 kaleorid tabletter, og det ved lægen på hospitalet ikke”.

Sygehus og praktiserende læge

Manglende eller forkert information om ordination

Der er tilfælde, hvor den praktiserende læge ikke har modtaget information fra sygehuset, når patient udskrives.

En patient med afasi henvender sig til hjemmesygeplejersken med medicin, han har hentet dagen før på apoteket. Han forstår ikke, hvad det er, og hvad han skal have det for. Da sygeplejersken bryder en pakke, kan han genkende tabletterne og får gestikuleret, at han har den medicin som dosisdispenseret liggende derhjemme. Sygeplejersken prøver derefter at opklare tingene. Praktiserende lægen kender ikke til noget. Hjemmesygeplejersken ringer derfor til borgens apotek, og sammen med apoteksfarmaceuten finder de ud af, at medicinen er ordineret fra sygehuset, og at det meste er i dosisrullen i forvejen - på nær et enkelt præparat. På det nye præparat har sygehuset blot skrevet "efter skriftlig anvisning", og patienten har ikke fået nogen anvisning med hjem.

Apoteket tager kontakt til sygehuset og gør opmærksom på både fejl i receptoplysningerne og på uhensigtsmæssigheden i at anvende doseringen "efter skriftlig anvisning".

Egen læge har, her en uges tid efter kontrollen på sygehuset, endnu ikke har modtaget journaludskrift fra sygehuset.

Praktiserende læge og plejepersonale i primærsektoren

Manglende eller forkert information om ordination

Der kan også ske fejlkommunikation mellem praktiserende læge og plejepersonalet, således at plejepersonalet ikke får besked om ordinationsændringer.

"Vi modtager dosispakke fra apoteket til borger som vanligt. Men der er ændringer i medicinordinationen, så vores medicinskema stemmer ikke overens med det sendte medicin. Vi kontakter patientens egen læge. De havde glemt at give os besked om ændringerne. Fejlen rettes uden borger har fået forkert medicin, og læge gøres opmærksom på vigtigheden i, at vi orienteres om medicinændringer".

Læge og apotek

Manglende eller forkert information om ordination

Der er tilfælde, hvor apoteket ikke informeres om ordinationsændringer fra sygehus eller praktiserende læge – herunder manglende seponeringsrecepter.

En patient er øget i lamotrigin på sygehuset. Ved udskrivning sendte sygehuset besked til egen læge, men der blev ikke givet besked til apoteket om dosisøgning fra hverken sygehus eller egen læge.

Da patientens hjælper henter dosisrullen, opdager hun, at den ekstra dosis ikke er med. Apoteket kontakter lægen, som bekræfter øgningen. Patienten får en lille pakke til hjælp indtil næste dosisrulle.

En patient var i foråret 2011 på sygehuset og fik seponeret Clopidogrel. Man var imidlertid ikke opmærksom på, at patienten var dosisdispenseret og informerede ikke apoteket om seponeringen. Patienten fortsatte derfor behandlingen i yderligere et ½ år, indtil apoteket opdagede fejlen.

En enkelt hændelse handler om, at en dosisdispenseringsrecept sendes til receptserveren og ikke stiles til et apotek, og apoteket ser derfor ikke recepten.

En dosisdispenseringsrecept sendes til receptserveren. Men når recepten ikke sendes direkte til apoteket, får apoteket ikke besked om ændringer til dosisdispenseringen og dermed sker fejlmedicinering.

Apotek, læge og plejepersonale i primærsektoren

Manglende eller forkert information om ordination

I nogle tilfælde finder apoteket problemer i en dosisdispensering og kontakter patientens læge. De finder sammen en løsning, men glemmer at informere plejepersonalet om ændringen i dosisdispenseringen.

Beboer får normalt alopam 10 mg i dosispakker. Apotek sender nye dosispakket medicin med oxabenz i stedet. Plejehjemmet ringer til apoteket og får den besked, at apoteket har ringet til beboers egen læge og fået ordination på oxabenz 15 mg. Hverken apotek eller læge har kontaktet personalet og informeret om dette.

7.2.2 Dispensering

Den hyppigste hændelse kategoriseret som dispenseringshændelserne er manglende eller forkerte lægemidler i de dosisdispenserede poser. Udover forkert antal tabletter i poserne, er det er også hændelser, som omhandler forkert styrke, forkert dosisinterval og forkerte persondata på posen.

Hændelserne foregår mellem apoteket og plejepersonale i primærsektoren.

Apotek og plejepersonale i primærsektoren

Manglende eller forkerte lægemidler i dosispakkerne

Diskrepans, mellem den forventede medicin og det der findes i dosispakke, opdages til tider af patienten selv, der studser over indholdet i dosispakken. Men oftest er det personalet, som reagerer, ved at antallet af tabletter i dosispakken ikke stemmer overens med egen medicinliste, eller medicinliste ikke stemmer overens med apotekets doseringskort.

En patient, der får dosispakket medicin, henvender sig til apoteket med en rulle, hvor han ikke kan forstå, at der er så mange tabletter i hans dosispakke med morgenmedicin. Det viser sig, at der er pakket 5 simvastatin tabletter på 80 mg i dosispakken til det første døgn, og efterfølgende 1 tablet de næste 10 dage. Patienten skal ikke have simvastatin 80 mg.

Apoteket bliver kontaktet af hjemmepleje, der undrer sig over doseringen i en patients dosispakning. Ved medicingennemgang fremgår det, at det slet ikke er patientens vanlige medicin, men i stedet hjertemedicin tilhørende en anden patient. På dosispakningen er angivet patients fulde navn, men en anden patients cpr nummer. Patient har heldigvis ikke nået at tage noget af den tilsendte medicin.

Gamle ordinationer effektueres

I få tilfælde skyldes fejldispenseringer, at der er sket ændringer i patientens medicin uden ny ordination. Et eksempel er et seponeret lægemiddel, der pludselig bliver dosisdispenseret igen. Et andet eksempel er, at gamle ordinationer pludselig anvendes.

Apoteket havde fået genindsat en gammel ordination i dosispakkerne, som hverken læge, hospital eller plejehjem havde anmodet om. Der opstod forvirring på plejehjemmet, og borger fik den ekstra medicin i 2 døgn, før fejlen blev rettet.

7.2.3 Rapportørernes forslag til forebyggelse af fejl når flere sundhedsprofessionelle er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin

I kommentarfeltet 'Forslag til forebyggelse' træder syv forebyggelsespointer, i relation til håndteringen af dosisdispenseret medicin mellem involveret sundhedspersonale, frem:

- ✓ Bedre kontrol i alle led i medicineringsprocessen hvor medicingivning er delegeret. Der peges på medicinafstemning/FMK.
- ✓ At hjemmesygeplejersken er med i alle udskrivningssamtaler og har mulighed for at gennemgå sygdomsforløb, behandling, ordinationer og medicin sammen med sygehussygeplejersken, inden patienten udskrives fra sygehus.
- ✓ Øget fokus på indhentning af opdateret medicinstatus via egen læge, apotek eller familie ved indlæggelse. Den indlæggende læge kan ligeledes tjekke patientens vanlige medicin på "borger.dk" eller i medimail, hvis patienten får hjælp til medicinering fra hjemmeplejen.
- ✓ Afkrydsningsfelt i EPM eller OPUS når en patient får dosispakket medicin.

- ✓ Vigtigt med tæt kontakt mellem læge og plejebolig, og at læge husker at informere involverede medicinansvarlige medarbejder på plejecenteret om medicin ændringer og anden behandling.

- ✓ Der skal foreligge klare retningslinjer for, hvordan man håndterer og ændrer i dosisdispenseret medicin. Det skal være ens for alle i regionen, og det skal kun kunne gøres på én måde.

8 Sammenfatning og Patientombuddets kommentarer

Patientombuddet identificerede for perioden 14. august 2012 til 14. august 2013 4.448 rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende dosisdispensering.

Knapt 50 procent af de rapporterede utilsigtede hændelserne er kategoriseret til at finde sted i administrationstrinnet - hvor medicinen udleveres til og indtages af patienterne. Efter dette trin følger hændelser kategoriseret som dispenseringsfejl (18 procent).

Af de 4.448 hændelser er knapt 80 procent fra kommunerne. Hospitaler og andet regionalt står stort set for de resterende 20 procent.

I 693 hændelser er hændelsessted og opdagelsessted kategoriseret som værende forskellige. Hændelsessteder er hyppigst kategoriseret til at være hospital og apotek.

Herefter følger plejeboliger og praktiserende læger. Kommunerne er i 334 hændelser, kategoriseret som opdagelsessted.

44 hændelser er kategoriseret som værende tværsektorielle.

Hændelser, sket i administrationen af dosispakker, og kategoriseret som dødelige, alvorlige eller moderate hændelse, samt alle hændelser, som involverer flere sundhedspersoner, blev gennemgået og analyseret, og risikosituationer samt eventuelle årsager identificeret.

8.1 Utilsigtede hændelser i administrationen af dosisdispenseret medicin

De hyppigste utilsigtede hændelser i medicinudleveringen er:

- Sidedoseret eller dosisdispenseret medicin bliver ikke givet
- Dosisdispenseret medicin bliver udleveret til forkert patient
- Dosisdispenseret bliver udleveret til forkert tid

Når medicinen ikke blev givet, var flere former for dispensering ofte involveret. Medicin udleveret til forkert tid eller person var ofte en konsekvens af manglende kontrol af dosispakken, manglende kommunikation personalet imellem eller forstyrrelse.

Ovenstående mønster er ikke unik for dosisdispenseret medicin, men svarer til de problemstillinger fundet i litteraturen (17) og som Patientombuddet også har identificeret for medicineringsprocessen generelt (18).

8.1.1 Sidedoseret eller dosisdispenseret medicin glemmes

'Forglemmelse' er en årsag, der meget ofte nævnes i rapporterne som en forklaring på, hvorfor medicinen ikke er givet til patienterne. Rapporterne viser, at flere sideløbende dispenseringsformer øger risikoen for at glemme den ene - sidedosering eller dosispakke - og patienten får derved ikke den fulde behandling. Nedenstående situationer, hvor dosisdispenseringen suppleres med sidedosering, bør opfattes som risikosituationer:

Anvendelse af lægemidler, som ikke kan dosisdispenseres

Problemet med sidedoseret medicin er knyttet til en gruppe af lægemidler, som ikke kan dosisdispenseres. Enten på grund af at holdbarheden påvirkes, hvis det tages ud af egen emballage, som eksempelvis Pradaxa®. Eller lægemidler, hvor dosering monitoreres løbende efter blodprøvemålinger, som for eksempel ved Marevan. Salver, plastre miksturer samt injektioner er ligeledes umulige at dosisdispensere.

Korte kure, som sidedoseres

Korte kure, som det ikke kan betale sig at tilføje i udleveringsperioden på 14 dage, skaber ligeledes problemer. Det kan eksempelvis være behandling med prednisolon, smertestillende lægemidler eller antibiotika.

Dosisjustering ved hjælp af sidedosering

Op- eller nedjustering i dosering kan være kilde til fejl. En typisk problemstilling er, at der skal ske en dosisjustering. Et eksempel er, at lægemidlet blevet seponeret fra

dosispakken, idet justeringen skal ske som sidedosering. Når ønskede dosis er opnået overføres medicinen ikke til dosisdispenseringen igen, men sidedoseringen sepone- res, og patienten bliver dermed ikke medicineret. Et andet eksempel er, at lægemidlet tages ud af dosisdispenseringen for at dosisjusteres, men dosisjusteringen bliver ikke påbegyndt.

Dosispakke og sidedosering, som ligger ikke sammen

Der er eksempler på, at dosisdispenseret og sidedoseret medicin ikke ligger sammen. Derved øges risikoen for at enten den dosisdispenseret eller den sidedoseret medicin glemmes.

Nyt personale

Nyt personale er ikke altid opmærksomme på, at medicinen er dispenseret på to måder, hvorfor de ikke får udleveret alt medicinen til patienten.

8.1.2 Medicin givet til forkert tid eller forkert patient

Medicin udleveret til forkert tid eller patient, beskrives ofte som en konsekvens af manglende kontrol af dosispakken, manglende kommunikation personalet imellem eller forstyrrelse.

Manglende eller ufuldstændig kontrol

I flere hændelser river personalet forreste pose af rullen af dosisdispenseret medicin og får af uvisse årsager ikke læst tid, patienternes navn og personnummer.

I få tilfælde har patienterne samme navne eller meget nærliggende navne. Personalet får ikke læst ordentligt på pakken, og der tages fejl.

Manglende intern kommunikation

I flere hændelser er situationen, at et personale giver medicin selvom et andet perso- nale allerede har givet den ordinerede medicin. Årsagen er, at personalet tror, at me- dicinen ikke er givet, eller at personalet internt ikke har informeret hinanden om me- dicingivningen. Den manglende kommunikation resulterer i, at den næste dosispakke

på rullen tages, men uden at tjekke dato og tid. Men medicinen er blevet givet, og den yderligere dosering medfører, at patienten fejlmedicineres.

Forstyrrelse

I enkelte tilfælde har personalet kontrolleret navn og medicin, men bliver forstyrret i udlevering og mister fokus, således at der sker en fejludlevering.

Forstyrrelse kan også være en årsag til at personalet glemmer at udlevere medicinen. Erfaringer fra lignende analyser fra botilbud, hjemmeplejen og plejeboligerne viser, at årsagerne, til forglemmeles kan findes i forstyrrelser og forsøg på multitasking (18).

8.1.3 Medicin ikke taget

Når patienten selv ikke tager den dosisdispenserede medicin, handler det oftest om, at patienten har problemer med at håndtere selvmedicineringen.

8.1.4 Råd og anbefalinger

- ✓ Pleje- og sundhedspersonalet som medvirker ved medicinadministrationen, har ifølge Sundhedsstyrelsen pligt til at lave en medicinliste, hvor det tydeligt fremgår, om det enkelte præparat er dosisdispenseret. Sundhedsstyrelsen påpeger, at anden medicin ved siden af den dosisdispenserede medicin også skal dokumenteres, og der må kun være én medicinliste (10)(11). Desuden skal den plejeperson, som administrerer medicinen, ifølge Sundhedsstyrelsen, sikre, at identifikationen af patienten svarer til identifikationen på medicinen (11).
- ✓ Sidedosering er generelt en stor udfordring i administrationen af medicin. Det er vigtigt, at plejen i primærsektoren får redskaber til at håndtere denne udfordring. Et forslag har været, at medicinadministration dokumenteres elektronisk, eksempelvis ved scanning af dosisposen. Dette ville letter dokumentationsbyrden i kan kombineres med en påmindelse om, at der er sidedoseret medicin (17). Et

forslag til forebyggelse i rapporterne er, at lægge dosisdispenseret og sidedoseret medicin samme sted.

- ✓ Det er usandsynligt, at sidedoseringer kan undgås, men sundhedspersonale og den ordinerende læge bør have problematikken med sidedoseringer for øje, og når det er muligt, få minimeret problemet ved at samlet medicinen i dosispakken. En hjælp til dette kunne være medicingennemgang. Sundhedsstyrelsen (19) anbefaler medicingennemgang én gang årligt for alle i behandling med mindst seks lægemidler. Institut for Rationel Farmakoterapi (20) supplerer med også at pege på patienter med dosisdispensering som en gruppe med behov for en årlig medicingennemgang.
- ✓ Patienter tager af bevidste eller ubevidste årsager ikke altid deres medicin. Da konsekvenserne ved manglende medicinering kan være alvorlige, er et forslag til forebyggende tiltag i hændelsesrapporterne, at personalet, som har ansvaret og som giver patienten medicin, skal blive hos patienten og sikre sig, at denne har taget medicinen. Ligesom gulv, stol og lignende skal tjekkes, når patienten har rejst sig eller er flyttet et andet sted hen. Sundhedsstyrelsens anbefaler, at personalet skal sikre, at patienten indtager medicinen, men hvis patienten ikke ønsker det, må personalet meddele dette til patientens læge (13).
- ✓ Dosisdispenseringsordningen er velegnet til patienter, der har et generelt behov for hjælp til at håndtere deres lægemiddelbehandling (5). Men hændelserne peger på, at man bør have fokus på, om patienten magter selvadministreringen, så det undgås, at patienten taber medicinen, når posen med det dosisdispenserede medicin åbnes eller glemmer tage den dosisdispenserede medicinen.
- ✓ Dansk Selskab for Patientsikkerhed har, i samarbejde med Pharmakon, udarbejdet en 'best practice' omkring dosisdispensering (21). Denne kan anvendes som udgangspunkt, hvis hjemmepleje og plejebolig ikke allerede har en praksis i arbejdet for at minimere risikoen for utilsigtede hændelser i administrationen af sidedosering ved dosisdispensering.

8.2 Når flere sundhedspersoner er involveret i håndteringen af dosisdispenseret medicin

Som illustreret i bilag 1 involverer dosisdispenseringsprocessen, og især i overgangen mellem den primære sundhedssektor og sygehussektoren, en organisatorisk meget omfattende proces, med mange led, aktører og kommunikationsveje (17).

De 737 rapporterede utilsigtede hændelser, hvor det specifikt er indikeret, at flere sundhedspersoner har været involveret i håndteringen af dosispakken, peger på, at kommunikationen mellem de forskellige sundhedsprofessionelle er en udfordring, og de mange lister og kommunikationsveje er potentielle risikoområder. De identificerede hændelserne peger på, at der hyppigst er problemer omkring ordinationen og dispenseringen.

8.2.1 Manglende eller forkert information i ordinationstrinnet

Langt hyppigste blandt ordinationshændelserne er, at ændringer i dosisdispenseringen på sygehus ikke når plejepersonalet i primærsektoren, hvilket også svarer til tidligere fund (17). Der er også hændelser, som beskriver, at patienten udskrives og beskeden fra hospitalet er, at der ikke er ændringer i medicinen, men det opdages senere, at der var ændringer. Til tider opdager personale, at ændringer foretaget af sygehus ikke er effektueret.

De utilsigtede hændelser opdages primært i plejepersonalets kontrol af medicinen. Da de kommer til udtryk som uoverensstemmelse mellem egne lister og medicinskema fra sygehus, apotekets doseringskort eller antal dispensererede tabletter, og viser tydeligt, at medicinafstemning og kontrol er essentielt i denne proces.

Der er hændelser, hvor patienterne ikke har forstået ændringerne i medicineringen, som hospitalet har foretaget. Plejepersonalet i primærsektoren bliver konfronteret med ændringerne, de ikke er informeret om, fordi patienten kontakter dem med spørgsmål.

Desværre er årsager til fejlkommunikationen svære at gennemskue i rapporterne, men rapportørenes forslag til forebyggelse peger på usikkerhed om kommandovejen,

om hvem der gør hvad, samt et ikke optimalt samarbejde mellem de involverede sundhedspersoner. Undersøgelser har vist, at sektor overgange hvor dosisdispensering er involveret er et risikoområde, og at hændelser i forbindelse med sektorskifte som oftest omhandler mangelfuld kommunikation til apotek, plejepersonale og egen læge om medicinstatus (14)(15)(17)(22).

Der er i tidligere dansk undersøgelse peget på, at sektorovergang håndteres forskelligt i kommunerne, hvilket må formodes, at kunne skabe forvirring på sygehusene, som modtager brugere fra flere kommuner (9), samt at håndtering af dosispakket medicin endnu ikke er velintegreret på sygehusene (9)(22). I nogle tilfælde ved sygehuslægen ikke, at patienten får dosisdispenseret medicin (22).

8.2.2 Fejldispensering af dosispakker

Det er veldokumenteret, at der sker færre fejl i ophældningen af medicin ved maskinel dosisdispensering end ved manuel dispensering, men der sker fejl (17).

Hændelserne kategoriseret som dispenseringsfejl omhandlede hyppigst manglende eller forkerte lægemidler i dosisdispenseringsposerne. Der er også hændelser, som omhandler forkert styrke, forkert dosisinterval og forkerte persondata på posen.

Årsagen og udredningen er oftest ikke beskrevet, og det vides derfor ikke, om det reelt er en dispenseringsfejl, eller om eksempelvis apoteket ikke har modtaget ordinationsændringer, eller om personalet i hjemmepleje eller plejebolig ikke er blevet informeret om ordinationsændringer.

Hændelsen rapporteres hyppigst af personale fra plejeboliger eller hjemmeplejen, Personalet her rapporterer trinnet før dem som hændelsessted, og i rapporten skrives kun, at der er taget kontakt til det udleverende apotek, men årsager til fejlen og apotekernes udredning er sjældent yderligere beskrevet.

8.2.3 Råd og anbefalinger

- ✓ Undersøgelser fra 2011 og 2012 finder, at dosisdispenseringsprocessen ikke er velintegreret på mange sygehusene, og at sygehusenes it-systemer ikke understøtter dosisdispenseringsprocessen (9)(17). Som blandt andet foreslået af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon (17) vil en udvikling af et fælles it-system, hvor aktørerne tager stilling til dosisdispensering, og som sikrer kommunikationen over sektorerne, være af stor relevans for patientsikkerheden.
- ✓ Hændelser i forbindelse med sektorskifte omhandler ofte mangelfuld kommunikation. Et tættere samarbejde mellem de involverede parter synes vigtig i denne proces. En undersøgelse fra Sverige har vist, at medicinafstemning ved udskrivning kan reducere medicineringsfejl (23). Et foreslået tiltag fra rapporterne er, at hjemmesygeplejersken er med i alle udskrivningssamtaler og har mulighed for at gennemgå sygdomsforløb, behandling, ordinationer og medicin sammen med sygehussygeplejersken inden patienten udskrives fra sygehus.
- ✓ Hændelserne viser, at ændringer i dosispakkerne er specielt risikobetonet. Udover risiko for patientens sikkerhed, viser rapporterne, at disse utilsigtede hændelser er ressourcekrævende. Specielt de akutte medicinændringer tager tid og involvering af mange mennesker fra forskellige instanser i sundhedsvæsenet (9). Dette bliver understøttet af en dansk undersøgelse fra 2012 (15). En undersøgelse fra 2013 peger på, at sikkerheden og effektiviteten vil kunne øges, hvis der nationalt arbejdes inden for rammerne af en fælles model for ”best practice”. For reelt at skabe større patientsikkerhed er en tilpasning af ordningen med særlig fokus på sikkerhed og effektivitet nødvendig (8). Endelig kunne ændringerne i dosispakkerne måske minimeres, hvis man dosisdispenserede den ”stabilt anvendte medicin”, og lod resten sidedoseres, og hvis, når der skal ændres i dosispakken, forsøge at foretage ændringen når næste dosisrulle pakkes (17).
- ✓ Sundhedsstyrelsens Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (11) og Notat om dokumentation i forbindelse med dosisdispensering (10) definerer

ansvarsfordelingen og informationsvej for alle involverede i dosisdispenseringsprocessen, men de rapporterede hændelser viser, at der trods dette er problemer i processen og særligt mellem sygehussektoren og plejere i primærsektoren.

Det er blevet fundet, at dosisdispenseringsprocessen bliver håndteret forskelligt i de forskellige regioner og kommuner (17). Rapportørerne peger ligeledes på, at processerne foregår på mange forskellige måder, og at der kan være uenighed om kommandovejen, og om hvem der gør hvad.

At retningslinjerne for dosisdispensering tydeliggøres og at kommandoveje samt ansvar yderligere ensrettes, således at alt sundhedspersonale, som håndterer dosisdispensering, kender og forstår hinandens arbejdsgange, vil være af stor relevans for patientsikkerheden. (8)(17).

- ✓ Dansk Selskab for Patientsikkerhed har, i samarbejde med Pharmakon, udarbejdet en 'best practice' omkring dosisdispensering (21). Denne kan eventuelt anvendes som udgangspunkt i optimering medicinringsprocessen ved dosisdispensering over sektorerne.
- ✓ Årsagerne til de utilsigtede hændelser er svære at identificere ud fra rapporter i DPSD. Det ville være af stor relevans at få uddybet årsagerne omkring fejlkommunikationen, samt at identificere de egentlige risikoområder omkring dispenseringen, for at kunne optimere og sikre processen yderligere.

8.3 Rapportering

Af de 4.448 hændelser var knapt 80 procent fra kommunerne, hvilket kan forklare, at det er deres problemstillinger, der har størst fokus i denne rapport. Det ville være interessant med rapporteringer fra alle involverede i processen omkring dosisdispenseringen i fremtiden, således at billedet af problemfelterne blev mere nuanceret.

Når anden litteratur peger på, at et af de største problemer med dosisdispenseringen er sektorovergange (14) (15) (17)(22), kan det undre, at kun 737 hændelser er kategoriseret som havende flere sundhedsprofessionelle involveret. Her af er en relativ

stor andel kategoriseret som 'Anden manuel angivet', som omfatter hændelser, hvor rapportøren ikke har klassificeret de involverede. Endvidere er størstedelen af hændelser klassificeret som 'Tværsektorielle', ikke tværsektorielle efter definitionen. Patientombuddet har taget dette til efterretning, og arbejder på at optimere rapporteringen af denne type af hændelser.

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 har været muligt at identificere medvirkende årsager til hændelsen.

Der er et behov for viden om medicineringsprocessen og specielt, hvorfor det går galt i processen. Det er kun ved kendskab til årsagerne, at vi kan øge læringen og dermed fokusere interventioner omkring medicinske utilsigtede hændelser, således at medicinhåndteringen forbedres og gøres mere sikker. Patientombuddet vil i den kommende tid arbejde på at optimere rapporteringen, således at der sker en mere målrettet rapportering omkring årsagerne til de utilsigtede hændelser. Vi vil yderligere sætte fokus på vigtigheden i at skrive et fyldestgørende resume af hændelsen.

Kilder

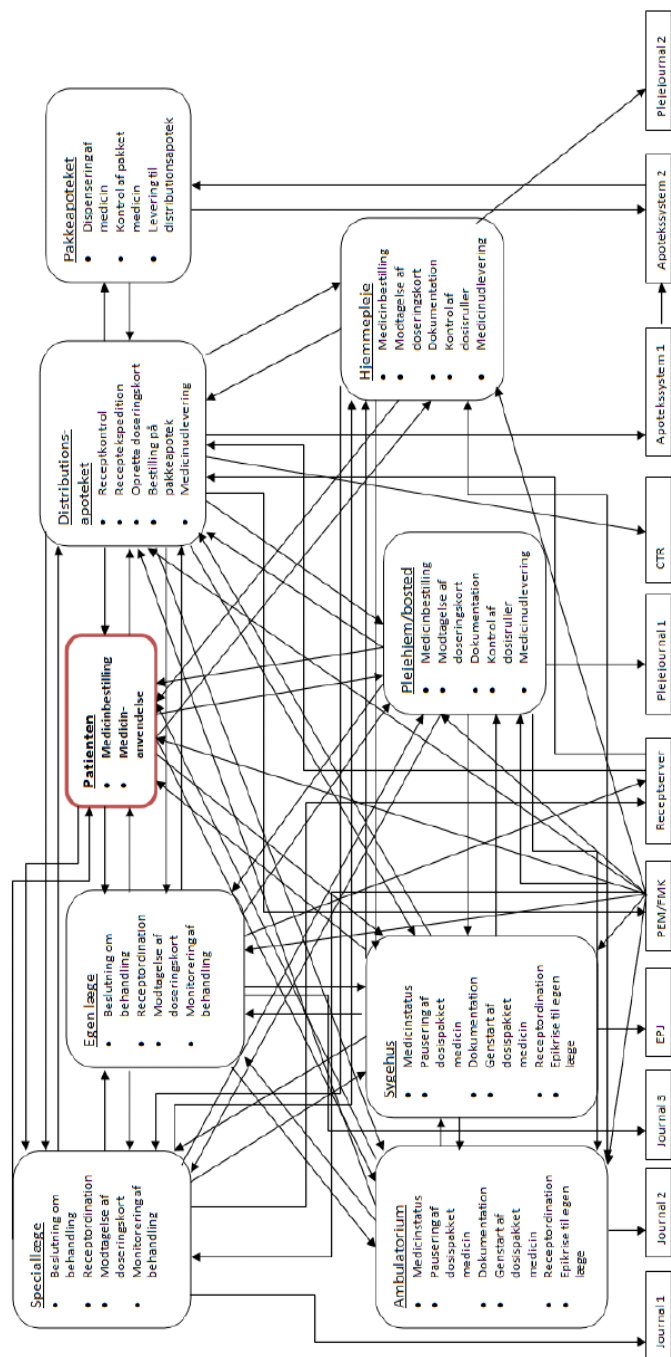
1. Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler. BEK nr 80 af 05/02/2003 Gældende.
2. Sundhedsstyrelsen. [Online] [Citeret: 16. 9 2013.]
<http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/detail--og-ethandel/apoteker/dosisdispensering/apoteker-der-pakker-dosisdispenserede-laegemidler>.
3. Sundhedsstyrelsen. [Online] [Citeret: 7. 11 2013.]
<http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/detail--og-nethandel/apoteker/dosisdispensering/liste-over-dosisdispenserede-laegemidler>
4. Skriftlig korrespondance med Sundhedsstyrelsens Afdeling for lægemiddeludvikling og – evaluering [31. 10. 2013.]
5. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Praktiserende lægers organisation, KL, Amsrådsforeningen, Apotekerne i Danmark. Implementering af Dosisdispensering.
6. Statens Serum Institut. Antal personer der får dosisdispenserede lægemidler. [Online] [Citeret: 5. 9 2013.]
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Laegemiddelstatistikker/Antal%20personer%20der%20faar%20dosisdispenserede%20laegemidler.aspx>.
7. Sundhedsstyrelsen, forhenværende Lægemiddelstyrelsen. [Online] [Citeret: 19. 9 2013.]
http://ext.laegemiddelstyrelsen.dk/statistik/forbrugsanalyser/Dosisdispensering_2008.asp.
8. Kjeldal CN. Maskinel dosisdispensering. Håndtering og organisering af ydelsen i almen praksis (Master) 2013.
9. Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Dokumentanalyse af implementering af drift af dosisdispensering i kommuner og regioner. Arbejdsrapport – version 1.1, 2011.
10. Sundhedsstyrelsen. Notat. Sundhedsstyrelsens regler om dokumentation i forbindelse med dosisdispensering. 28. marts 2011.

11. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (Til læger, plejepersonale på sygehuse, i plejeboliger og i hjemmeplejen samt andet personale, der medvirker ved medicin håndtering), 2006.
12. Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et litteraturstudie over erfaringer med brug af dosispakket medicin i Danmark. Arbejdsrapport – version 1.1. 2011.
13. Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Korrekt Forebyggelse. Håndtering af medicin. Et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder – ansvar, sikkerhed og opgaver, 2001.
14. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å et al. Medication errors when elderly patients between primary health care and hospital care. Pharm World Sci 20015; 25: 116-120
15. Reuther LØ, Lysen C, Salomon L et al. Dosisdispensering er en kilde til medicineringsfejl ved sektorskift. Ugeskr Læger. 2012; 174(3):113.
16. Dansk patientsikkerheds database (DPSD). Feltbeskrivelse under kategorien 'Rolle i hændelsen'.
17. Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Analyse af og anbefalinger til ordningen om maskinelt dosisdispenseret medicin. Konklusioner af projektet "Fra maskine til mund: Hvordan kan dosisdispensering føre til øget sikkerhed og øget effektivitet?" - version 1.1, 2012
18. Patientombuddet. Temarapport. Medicinering i botilbud og øvrige tilbud til borgere med handicap - identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag, 2012.
19. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011.
20. Institut for Rationel Farmakoterapi. Kom godt i gang med medicingennemgang i almen praksis, 2011.
21. Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. En best practice-model for sikker dosisdispensering, 2012.
22. Steenberger A. Dosispakket medicin kan føre til medicinfejl. Ugeskrift for læger 2012; 174(3): 92.

23. Midlöv P, Bahrani L, Seyfali M et al. The effect of medication reconciliation in elderly patients at hospital discharge. *Int J Clin Pharm* 2012; 34: 113-119
24. Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Sundhedsstyrelsen, August 2010

Bilag 1

Proces for anvendelse af maskinelt dosisdispenseret medicin



Proces for anvendelse af maskinelt dosisdispenseret medicin. Inspireret af Digital Taskforce modellen for kommunikationsveje i Sundhedsvæsenet - udarbejdet af Pharmakon (17).

Bilag 2

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.

Medicinering Medicineringshændelser omfatter fx ordination af forkert lægemiddel eller forkert dosis, administration af forkert præparat eller styrke, og medicinering på et forkert tidspunkt.	
Klassifikation A (den obligatoriske)	
Klassifikation B (den udvidede)	
[Type]	
Medicinlisten	Selvstændigt opslag under rapporteringen af en hændelse
[Proces]	
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 lægemiddelform
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	

[Problem]	
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 \(24\).](#)