

Læring skal forbedre patienternes sikkerhed

Fra 1. september skal apoteksansatte rapportere utilsigtede hændelser til en fælles database for hele sundhedsvæsenet

Af Iben Konrædi Nielsen. Foto: Thomas Lekfeldt

Udlevering af den forkerte recept på blodtryksmiddel fra receptserveren. En mand, der indlægges akut efter at have indtaget for stærke Contalgin. Malariatabletter i børnestyrke udskrevet til en voksen kvinde. Apotekerne oplever dagligt situationer som disse, der kan skade patienten, hvis ikke de opdages i tide.

For der kan ske fejl, når lægen udskriver, og apoteket ekspederer en recept. Fremover skal disse såkaldte utilsigtede hændelser rapporteres til en fælles database for hele sundhedsvæsenet. Det skal give læring, forbedre arbejdsgange og dermed styrke patienternes sikkerhed.

Siden 2004 har ansatte på sygehusene haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. I marts 2009 besluttede Folketinget at udvide ordningen til også at gælde for primærsektoren, herunder læger, apoteker og den kommunale sundhedssektor. Ændringen træder i kraft 1. september 2010, og et år efter kobles også patienter og pårørende på, så hele patientens vej gennem sundhedsvæsenet er dækket ind.

”Det er en stor fordel, at ordningen udbredes, for når der sker utilsigtede hændelser, er der ofte mere end én part involveret. Nu får vi et fælles sprog på tværs af sektorer, og det kan være med til at sætte fokus på nogle af de fejl og misforståelser, der sker,” siger farmaceut *Mette Gram-Hansen*, der er ansvarlig for arbejdet med patientsikkerhed i Danmarks Apotekerforening.

Bygger videre på kultur

Mette Gram-Hansen mener, at den nye opgave ligger i naturlig forlængelse af apotekernes nuværende patientsikkerhedsarbejde. Apotekerne har en lang tradition for at registrere egne fejludleveringer og tage kontakt til lægen for at sikre, at recepten er i orden. Apotekerne har således et godt fundament for at opbygge en kultur, hvor man ser og taler om fejl.

”Den store forskel bliver, at apotekerne kan reagere på de fejl, der sker igen og igen, og som de ikke kan gøre noget ved i dag. Det kan være lægemidler, der ofte forveksles, eller en opsætning i lægens it-system, der øger risikoen for fejl. Fremover kan den viden bringes videre, og så kan man sikre, at en fejl ikke gentager sig eller udvikler sig til en farlig situation for en patient,” siger Mette Gram-Hansen.

En anden væsentlig forskel bliver, at hvor der i dag primært registreres hændelser, skal der fremover i højere grad handles på observationerne. Som en del af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel ser apotekerne på mønstre og tendenser for egne hændelser for at forbedre kvaliteten. I apotekssektoren er det nemlig ofte de samme fejltypen, der går igen fra apotek til apotek.

”Apoteket skal være kendt for at vægte patientsikkerheden meget højt. Apotekerne skal gå aktivt ind i patientsikkerhedsarbejdet ved at rapportere og bidrage til analyse af betydende hændelser.”

Citat: Apotekernes Strategi 2010+



”Vi er gode til at registrere receptkorrektioner og fejludleveringer, men ikke nødvendigvis gode til systematisk at lære af dem. Det er håbet, at vi med den nye ordning får mulighed for at lede efter mønstre og årsager på tværs af apotekerne, så vi kan forbedre uhensigtsmæssigheder og forebygge fremtidige fejl,” forklarer hun.

Ønsker adgang til egne data

Rapporteringen af utilsigtede hændelser sker elektronisk til Patient-Sikkerheds-Databasen, der er udviklet af Sundhedsstyrelsen. Rapporten modtages af den region, hvor apoteket ligger. Her får en såkaldt risk manager ansvaret for at analysere hændelsen og følge op over for apoteket. Alle hændelser anonymiseres og indsendes til Sundhedsstyrelsen, der kan analysere på tværs af sektorer og regioner og på den baggrund udsende nye retningslinjer.

Det enkelte apotek har dog kun adgang til egne data, så branchen har kun begrænset mulighed for analyse på tværs af apotekerne.

”Vi arbejder som branche på at få adgang til data fra apotekernes egne hændelser. Det er vigtigt, for det ville give os en nyttig viden og gøre det muligt at nedsætte risikoen for fejl og derved hjælpe med at forbedre sikkerheden i vores egen sektor. Det kan for eksempel være, at der opstår hændelser som følge af

uhensigtsmæssigheder i apotekernes it-systemer,” siger Mette Gram-Hansen.

Mærk efter i maven

Den enkelte farmaceut eller farmakonom på apoteket har en personlig pligt til at rapportere en utilsigtet hændelse inden for syv dage. Forpligtelsen gælder

”Vi ønsker, at rapporteringen af utilsigtede hændelser hurtigst muligt udvides til også at gælde for patienter og pårørende. Det vil gavne patient-sikkerhedsarbejdet, da patienterne og deres pårørende har det samlede overblik over behandlingsforløbet og derfor vil kunne opdage utilsigtede hændelser, som vi på apoteket og i resten af sundhedsvæsenet ikke er opmærksomme på. Det vil vi gerne lære af, så vi bedst muligt sikrer, at hændelserne ikke indtræffer igen.”

Citat: Politisk Årsskrift 2010

➤ dog kun hændelser, der fik alvorlige konsekvenser samt alle hændelser, der er sket i sektorovergange, herunder også hændelser, der blev stoppet i tide og derfor kun var potentielt alvorlige for patienten. Med alvorlige konsekvenser menes død, varige men, intensiveret behandling eller indlæggelse.

Derudover er det muligt at rapportere alle andre typer hændelser, hvis man vurderer, at der er et potentiale for læring, der kan forbedre patientsikkerheden. Det kan være en situation, som man frygter, kan udvikle sig til en utilsigtet hændelse, hvis ikke man gri-

Et godt pejlemærke er, at man skal rapportere de hændelser, der giver sved på panden.

Mette Gram-Hansen, Farmaceut i DA

ber ind. Et godt råd fra Mette Gram-Hansen lyder, at man skal mærke efter på sin egen krop, om det giver mening.

”Et godt pejlemærke er, at man skal rapportere de hændelser, der giver sved på panden. Også selv om hændelsen blev afværget og dermed ikke fik konsekvens for patienten. Det er en følelse, som alle apoteksansatte kender til,” siger hun.

Ingen placering af skyld

Man har både pligt til at rapportere hændelser, man selv er involveret i, og dem, man ser andre steder i sundhedsvæsenet. Det betyder omvendt også, at andre aktører kan rapportere hændelser opstået på apoteket. Det er ifølge Mette Gram-Hansen en fordel, da det vil give apoteket kendskab til flere hændelser end i dag – og dermed mulighed for at forbedre kvaliteten på baggrund af hændelser, der først opdages, efter at patienten har forladt apoteket.

”En forkert styrke opdages måske af hjemmeplejen, eller hvis patienten i værste fald indlægges på grund af fejlmedicinering. Det er kun godt for apoteket, at vi får kendskab til endnu flere hændelser,” siger Mette Gram-Hansen.

Der er dog ingen grund til bekymring for påtaler eller mistet bevilling som konsekvens af den nye åbenhed. Systemet er bygget på fortrolighed, og der er ingen indbyggede sanktionsmuligheder. Derfor er der lagt vægt på, at man rapporterer utilsigtede hændelser frem for at indberette. Det er også centralt, at der ikke er tale om et klagesystem. Ønsker patienten at klage over en hændelse, skal det som hidtil ske via Patientklagenævnet.

Mette Gram-Hansen understreger, at målet ikke er at placere skyld, men at lære af hændelser for at sikre, at den samme fejl ikke gentager sig.

”Det, der er sket, er sket. Men kan vi gøre noget for, at det ikke sker igen? Det handler om læring, og det kræver en moden kultur, hvor man taler åbent om fejl og utilsigtede hændelser,” fastslår hun.

Arbejdet med at rapportere utilsigtede hændelser integreres i Den Danske Kvalitetsmodel. For at understøtte arbejdet med patientsikkerhed har Apotekerforeningen desuden besluttet, at årets første faglige kampagne i 2011 skal handle om patientsikkerhed og risikolægemidler. ■



Det SKAL du indberette

- **Hændelser, der har fået alvorlige konsekvenser**

På et apotek indleveres en håndskrevet recept på Contalgin 10 mg. Ved ekspedition takserses Contalgin 100 mg. Contalgin 100 mg findes frem, kontrolleres og udleveres. Der er fire fagpersoner (receptkontrol, taksation, kontrol og udlevering i apoteksudsalg) involveret i ekspeditionen. Ingen studser over uoverensstemmelsen mellem den styrke, der står på recepten, og den styrke, der er angivet på den fremfundne pakning. Patienten indtager præparatet. Bliver efter to døgn utilpas og indlægges akut.

Læring: Der er behov for, at apoteket ser på arbejdsgange og kontrolprocedurer for håndskrevne recepter.

- **Hændelser i sektorovergange**

En patient får revurderet sin blodtryksbehandling efter en indlæggelse. Sygehuset øger dagligt dosis af enalapril fra 10 mg til 20 mg dagligt og seponerer samtidig Selo-zok. Efter kontrol hos egen læge kommer patienten på apoteket for at få udleveret en ny forsyning enalapril. Apoteket kan se en ordination på receptserveren. Denne er imidlertid udstedt af egen læge før indlæggelsen på sygehus. Der udleveres enalapril 10 mg, selvom den rette dosis nu er 20 mg.

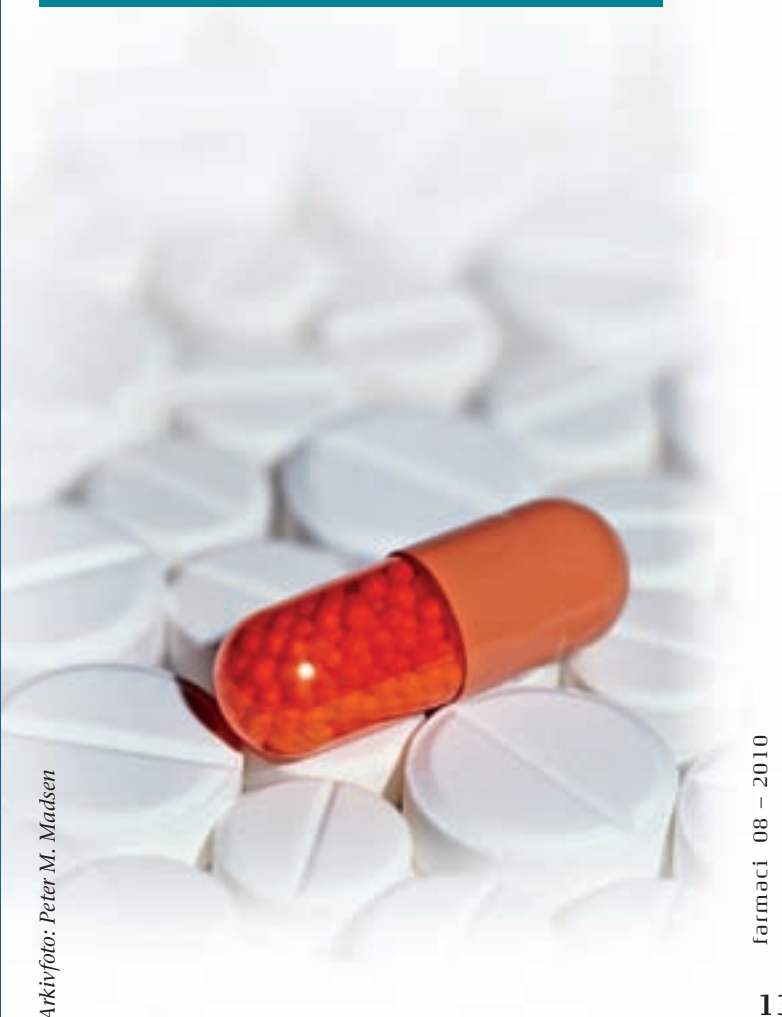
Læring: Receptserveren indeholder både seponerede og gældende ordinationer. Apoteket skal i sin dialog med kunden have øget fokus på at sikre udlevering af korrekt styrke.

Det KAN du indberette

- **Hændelse med læringspotentiale**

Malarone udskrives i børnestyrke til en voksen. Apoteket har gentagne gange rettet henvendelse til lægen, men fejlen bliver ved med at opstå. Apoteket har mødt problematikken i årevis, men får ikke altid fanget fejlen før udlevering.

Læring: Mærkning af lægemidler kan give anledning til utilsigtede hændelser. Firmaet har nu markeret pakningerne med, om præparatet er til børn eller voksne.



Arkivfoto: Peter M. Madsen