

## Rapporterede UTH vedr. medicinering i sektorovergangene i 2016

Dette notat beskriver problemstillingerne i de rapporterede utilsigtede hændelser (UTH) i Region Midtjylland vedrørende medicinering i sektorovergange i 2016. I analysen er der alene inkluderet hændelser, hvor det er angivet, at der er en patientskade (moderate, alvorlige og dødelige hændelser).<sup>1</sup>

Analysen er foranlediget af Det Tværsektorielle Netværks (TSN)

Koordinationsgruppe, der ønsker at få afdækket, om der i regionen er problemstillinger indenfor medicinering, der bør have særlig opmærksomhed. Analyseresultaterne skal således være med til at pege på, hvilke fokusområder klyngerne og TSN-koordinationsgruppen med fordel kan arbejde videre med. Det kan være i form af lokale indsatser, hvor der kan samles op og vidensdeles i TSN-koordinationsgruppen. Men det kan også være problematikker, der bør skubbes videre til konkrete regionale fora eller til nationalt niveau.

Analysen herunder er opdelt efter sektorer, så hver sektor kan se de problemstillinger, der primært er væsentlige for egen sektor. I tilknytning til analysen er der vedhæftet et skema, hvor de identificerede problemstillinger er ført over i kort form og der er stillet nogle spørgsmål vedr. patientsikkerheden til drøftelse i TSN-koordinationsgruppen og klyngerne. Skemaet inkluderer dog kun de sektorer, hvor der er en vis mængde hændelser, d.v.s. kommuner, hospitaler og almen praksis. Opgaven beskrives nærmere i den indledende tekst til det vedhæftede skema.

I skemaet er hændelserne i øvrigt holdt op imod:

- Relevante målepunkter i det risikobaserede tilsyn 2017 for de kommunale områder, almen praksis og hospitalerne.
- Listen over [risikosituationslægemidler](#) hos STPS, idet disse lægemidler forbindes med en velkendt risiko, der også er indsat direkte under det enkelte lægemiddel på [Promedicin.dk](#). Desuden findes også en liste over [risikosituationer](#) i tilknytning til lægemidlerne og [syv situationer, der kræver særlig opmærksomhed](#).<sup>2</sup>
- [Anbefalinger fra arbejdsgruppen vedr. medicineringskvalitet](#) i Region Midtjylland, der ligger på hjemmesiden vedr.

<sup>1</sup> Selv om året 2017 snart afsluttes, ærindres om, at det ofte er de samme problemstillinger, der ses fra år til år i rapporterede UTH vedr. medicinering. Derfor er grundlaget for analysen fortsat brugbart.

<sup>2</sup> I øvrigt findes andre [læringsmaterialer](#) vedr. risikosituationslægemidler på STPS's hjemmeside vedr. læring.

Sundhedsaftalen. Forslagene er målrettet hospitalerne og delvist også almen praksis, men er relevante i overgangen mellem sektorer.

Koblingen skyldes, at der i det tværsektorielle samarbejde omkring patientsikkerhed bør være opmærksomhed på eksisterende fokusområder, læringsmateriale og indsatser m.v. der adresserer medicinering i sektorovergange.

### Nærmere omkring analysen og dens indhold

Kategoriseringen af problemstillingerne tager udgangspunkt i DPSD-klassifikationen, der anvendes i DPSD (Dansk Patientsikkerhedsdatabase).

Hovedparten af de tværsektorielle hændelser, der er rapporteret vedrørende medicinering, er opstået på hospitalerne. Det er derfor valgt kun at læse de alvorlige og dødelige hændelser samt *et udpluk* af de moderate hændelser på hospitalerne.

Den enkelte UTH er som udgangspunkt kategoriseret under den sektor, hvor hændelsen skete (hændelsesstedet). I de hændelser, hvor der også er sket betydelige fejl hos den involverede part, er UTH'en dog kategoriseret begge steder.

Efter beskrivelsen af hændelserne i hver sektor afsluttes med en opsummerende konklusion.

Tabel 1 viser en oversigt over antallet af UTH vedrørende medicinering i sektorovergange med en angivet patientskade i 2016 fordelt på sektorer.

Tabel 1: Antal UTH med en angivet patientskade i 2016

Sektor	Antal
Kommune	18
Offentlige sygehuse	132 <sup>3</sup>
Almen Praksis	27
Speciallæge	1
Apoteker	6
Vagtlægeordningen	4
Regionale Botilbud	2
Præhospital og ambulancer	1

Det bemærkes indledningsvist, at der i en del tilfælde reelt ikke er sket skade på patienten. Hændelserne burde i disse tilfælde være omklassificeret til en lavere alvorlighedsgrad, men det sker ikke altid, bl.a. fordi den *potentielle* alvor i en hændelse nogle gange opleves vanskelig at håndtere. I nærværende analyse er det valgt ikke at frasortere disse hændelser, da de også kan have et væsentligt læringspotentiale.

Selv om antallet af hændelser på de enkelte områder kan synes få, så er det værd at huske, at der erfaringsmæssigt på de fleste af områderne vil være en mængde hændelser med *mild* eller *ingen skade*. Af ressourcemæssige grunde kan disse dog ikke undersøges nærmere, da der samlet var mere end 2300 hændelser i sektorovergange i 2016.

### Identificerede problemstillinger i kommunen (18 UTH)

I 2016 var der i alt 18 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse med en angivet patientskade vedrørende medicinering er opstået i kommunen. Nedenfor beskrives problemstillingerne.

#### Dispensering (8 UTH)

<sup>3</sup> Bemærk at ikke alle moderate UTH med offentlige sygehuse er gennemlæst. Det betyder, at antallet af UTH med en patientskade formentlig er lavere, idet irrelevante hændelser ikke er frasorteret.

### *Forkert angivelse af dosis på medicinlister (5 UTH):*

Hændelserne vedrører at patienten/borgeren:

- får seponerede præparater i en periode, fordi opdateringer af medicinlisten ikke implementeres i kommunen. Bl.a. gives cytostatikum fortsat i tabletform samtidig med, at der gives IV-behandling på hospitalet. Det fremstår dog uklart, hvorvidt hospitalet alene har givet patienten en medicinliste med hjem uden at give besked til kommunen om medicinændringer.
- får for høj dosis (thycapsol) gennem flere måneder, da nedsat dosis ikke fremgår af FMK. Kommunen tilknyttede først patienten undervejs i forløbet og angiver, at de burde have tjekket op på den ordinerede medicin ikke mindst ved igangsættelse af dosisdispensering.
- ikke får doseret den ordinerede medicin (marevan), da den ikke står på medicinlisten, men alene på en løs seddel efter en korrespondance med hospitalet. Ændringerne i FMK fremgår dog efterfølgende heller ikke af medicinlisten.
- øges i forkert præparat, idet borgeren ikke er koblet på FMK og kommunen ændrer medicinlisten forkert.
- får for høj dosis marevan, fordi der doseres efter doseringskort, hvor dosis fremgår i stk fremfor mg. Patientens INR konstateres efterfølgende at være forhøjet.

I to af hændelserne er medarbejderen eller borgeren ikke koblet på FMK.

### *Fejldosering i øvrigt (3 UTH):*

- To af hændelserne vedrører den samme patient, der oplever gentagne fejldoseringer og manglende påmindelser om at tage medicin. Det fremgår af hændelserne, at denne belastning medfører, at patienten, der har en psykisk lidelse, er pågående psykotisk.
- I den tredje hændelse bliver der i en uge doseret og administreret 50 mg fremfor 10 mg dagligt af tacrolimusmonohydrat med deraf følgende genindlæggelse og risiko for afstødning af patientens nyligt transplanterede nyre.

Det bemærkes, at 4 af hændelserne vedrører lægemidler, der er på [listen over risikosituationslægemidler](#) hos Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS). Det drejer sig om thycapsol, marevan og tacrolimusmonohydrat.

### Administration (4 UTH)

#### *Manglende administration (2 UTH):*

- Bioclauid (penicillin) administreres ikke efter, at patienten er udskrevet. Præparatet er medsendt i poser, men ikke ophældt i æsker.
- Plejepersonalet administrerer ikke Selexid (penicillin) ifm. UVI efter mundtlig ordination fra praktiserende læge. Ordinationen lægges dog heller ikke på FMK. Patienten bliver efterfølgende indlagt med feber og kramper.

#### *Fejladministration (2 UTH):*

- Patienten administrerer Novorapid 50 ie fremfor lantus og får dermed for høj dosis insulin. Det fremgår af hændelsen, at patienten ikke selv bør administrere sin insulin.
- Manglende seponering af Marevan ved opstart af Xarelto. Xarelto er ordineret af praktiserende læge med aftale om opstart, når praktiserende læge har givet svar på INR. Svar modtages ikke og Xarelto opstartes af plejebolig uden seponering af Marevan, der dog heller ikke er seponeret i FMK. Patienten får derfor både Xarelto og Marevan i 6 dage med deraf følgende forhøjet INR.

2 ud af de 4 hændelser vedrører risikosituationslægemidler (Insulin og Marevan/Xarelto).

### Uoverensstemmelser mellem medicinlister i sektorerne (4 UTH)

### *Forskellige oplysninger (2 UTH):*

I hændelserne er der uoverensstemmelse mellem ordinationen i epikrisen, EPJ, medicinskema, mundtlig overlevering og/eller FMK.

- I den ene hændelse administreres methotrexat dagligt på baggrund af oplysninger i medicinskemaet. Af FMK fremgår "doseres efter skriftlig anvisning". Patienten fik methotrexat-forgiftning og blev indlagt i 3 uger, hvor fejlen opdages.
- I den anden hændelse ændrer hjemmesygeplejen selv i FMK pba. af kontakt til sygeplejersken på sygehuset. Der genoprettes bl.a. seponeret Contalgin og Norspan-depotplaster. Patienten er medicinpåvirket indtil korrekt ordination gennemføres af praktiserende læge.

### *Fejl i opfølgning på ordinationer (2 UTH):*

- I den ene hændelse følger hjemmeplejen ikke op på en mundtlig ordination fra praktiserende læge og anvender derfor en gammel medicinliste, hvilket resulterer i smerter og overdosering i flere måneder. FMK er dog ikke opdateret af praktiserende læge.
- I den anden hændelse ordinerer hospitalet ved en fejl 4 mg Solu-medrol fremfor 20 mg. Hjemmeplejen indfører ved en fejl en faktor 10 for høj dosis solu-medrol i hjemmeplejens medicinskema på 40 mg og der administreres herefter i tre dage. Ved kontakt til egen læge med spørgsmål om nedtrapning fastholdes den høje dosis, der dog efterfølgende justeres til de 20 mg efter kontakt til hospitalet.

Mindst 2 ud af de 4 hændelser vedrører risikosituationslægemidler (methotrexat, Contalgin og Norspan).

### Forsinket opfølgning fra kommune (2 UTH)

- I den ene hændelse følger hjemmesygeplejen ikke op på udskrivelsen inden for 24 timer. Der mangler recepter fra sygehuset og den medsendte medicin stemmer ikke med FMK. Den manglende opfølgning betyder, at patient ikke får medicin i weekenden og får smerter.
- I den anden hændelse udskriver en borger sig selv i utide efter en kræftdiagnose. Der er mange opdateringer i medicinskemaet og hospitalet har ikke lagt alle recepter på serveren. Hjemmesygeplejen reagerer samtidig langsomt på udfordringer vedrørende manglende recepter. Borgeren får ikke korrekt medicin i fem dage og får derfor aflyst sin kræftoperation.

### Konklusion

Hændelser vedrørende dispensering, administration og uoverensstemmelse mellem medicinlister i sektorerne fylder meget i de tværsektorielle hændelser, der sker i kommunerne. Mange af UTH'erne opstår i forbindelse med ændringer i ordinationer fra sygehus eller almen praksis, hvor forskellige fejlkilder - herunder bl.a. manglende adgang til FMK i hjemmeplejen, manglende opdatering af kommunens medicinlister og manglende opfølgning på mundtlige ordinationer - er årsag til UTH'erne. Én UTH vedrører, at der fejl-doseres efter et doseringskort, hvor dosis fremgår i stk. fremfor mg. Denne problemstilling ses ligeledes på hospitalerne. I øvrigt bemærkes, at en betragtelig del af hændelserne vedrører lægemidler, der er på listen over risikosituationslægemidler.

### **Identificerede problemstillinger på apoteker (7 UTH)**

I 2016 var der i alt 7 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse er opstået på et apotek. Nedenfor beskrives problemstillingerne.

### Dispensering (4 UTH)

- *Dospakket medicin (3 UTH)*: Apoteket pakker ekstra forkerte tabletter (i et tilfælde seroquel) eller forkert dosis (1000 mg. for meget om dagen). I to tilfælde bliver præparaterne administreret. Dette resulterer i det ene tilfælde i indlæggelse pga. symptomer på overdosis samt efterfølgende alvorlig nedtrykthed og behov for hjemmehjælp. I det andet tilfælde var konsekvensen, at patienten oplevede svimmelhed og havde et fald.
- *Forkert styrke (1 UTH)*: Apoteket udleverer et præparat i forkert styrke. Patienten indtager forkert styrke i en måned. Dette medfører dårlig kontrol med sukkersygen.

### Andet (3 UTH)

- *Vaccinationsregistrering (1 UTH)*: Apoteket registrerer i vaccinationsregistret, at vaccination er givet, selvom den ikke er givet.
- *Uhensigtsmæssig information fra apoteket (1 UTH)*: Apotekeren undrer sig over patientens ordination (som er korrekt) og beder patienten opsøge egen læge. Patienten får ikke medicinen med fra apoteket. Begge hændelser vedrører patienter med psykiske lidelser og resulterer i efterfølgende indlæggelse på psykiatrisk afdeling på grund af belastning og manglende medicinering.

## **Identificerede problemstillinger i almen praksis (27 UTH)**

I 2016 var der i alt 27 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse med en angivet patientskade er opstået i almen praksis. Nedenfor beskrives problemstillingerne.

### Ordination (15 UTH)

#### *Kontraindikation (3 UTH):*

- I én hændelse ordineres Bretan mundhulegel trods kontraindikation med Marevan. Patienten indlægges akut og gastroperes pga. mistanke om blødning.

De to øvrige hændelser vedrører nyrepatienter:

- I en hændelse ordineres Dolol Retard mod rygsmerter, der er kontraindiceret ved nyreinsufficiens. Patienten har respirationsstop og indlægges akut.
- I den anden hændelse behandles patienten med Xeplion mod skizofreni. Hospitalet har seponeret præparatet pga. nyresvigt, men praktiserende læge vælger at ophæve seponeringen. Patienten har symptomer i form af hjertebanken og uro.

#### *Fejlordinationer (5 UTH):*

Hændelserne vedrører manglende seponering, ordination af for høj dosis, ordination af forkert inhalatorstørrelse og manglende nedtrapning. I tre af hændelserne fejlmedicineres patienten:

- I én hændelse udskrives recept på 100 mg morfin til indtagelse to gange dagligt. Patienten indlægges akut efter to dages indtagelse med påvirket bevidsthed og respiration.
- I en anden hændelse er der ordineret tredobbeltdosis af betablokkere. Patienten har påvirket funktionsniveau i flere måneder.
- I den tredje hændelse er patienten sat i behandling med Litiumkarbonat i 1996 i psykiatrien. Patienten reduceres først i dosis i 2016. Praktiserende læge har dog gennemført løbende kontroller. Konsekvensen er kronisk lithium forgiftning og bivirkninger såsom gangbesvær.

#### *Manglende opdatering af FMK (7 UTH):*

Hændelserne vedrører, at praktiserende læge ikke opdaterer FMK. I 3 af hændelserne fejlmedicineres patienten:

- I den ene hændelse bliver patienten dobbeltmedicineret med protonpumpehæmmer i et år. Præparatet i dosispakken bliver ikke seponeret i FMK og apoteket er ikke orienteret. Samtidig ordineres et nyt identisk præparat udenfor dosispakken.
- I den anden hændelse administreres Selexid kur ifm. UVI ikke, hvilket resulterer i indlæggelse med kramper og hoste, da plejepersonalet kun modtager en mundtlig ordination.
- I den tredje hændelse gives for lav dosis Prednisolon på hospitalet ved indlæggelse med hoftebrud, fordi ordinationen hos egen læge ikke er lagt på FMK. Patienten er tæt på at få addisons krise (akut binyrebarkinsufficiens).

#### Bestilling/rekvisition (3 UTH)

##### *Ansvarsfordeling ved lægeskift (1 UTH):*

Én hændelse vedrører, at patienten er i gang med at flytte og dermed også flytte praktiserende læge. Medicinen er ikke bestilt, så det kan ikke afhentes. Patienten får derfor ikke medicin i mindst to dage.

##### *Bestilling ikke gennemført (2 UTH):*

Hjemmeplejen bestiller medicin ved egen læge, der ikke gennemfører bestillingen. Konsekvensen er, at borgerne ikke får medicin til tiden.

#### Dosisdispensering (3 UTH)

- I to af hændelserne er dosisdispenseringer og FMK ikke afstemt, så borgeren får forkerte præparater i dosispakken. Udfordringen er i begge hændelser, at egen læge ikke er opmærksom på, at apoteket ikke kan se FMK og at ændringer i FMK ikke automatisk slår igennem i dosispakkerne. I den ene af disse hændelser har borgeren i to år fået Brillique, selvom det er seponeret i FMK.
- I den tredje hændelse ordinerer en yngre læge i en ferieperiode Ritalin til en kortere periode, da lægen kan ikke se af FMK, at patienten får dosispakket Ritalin.

#### Fejl vedrørende systemer (3 UTH)

- I den ene hændelse var borgeren ikke på FMK og praktiserende læge har ændret ordinationer uden at underrette hjemmesygeplejen.
- I den anden UTH slår en ændret ordination ikke igennem i hjemmeplejens system.
- I den tredje UTH stod al medicin dobbelt på medicinlisten i FMK. Den praktiserende læge har ikke oplevet dette før.

#### Mangelfuld involvering af samarbejdspartnere (3 UTH)

To hændelser omhandler misbrugsproblematikker.

- I ét tilfælde seponerer den praktiserende læge substitutionsbehandling ift. morfin uden at kontakte misbrugscenteret. Praktiserende læge opstarter senere morfinbehandlingen igen. Patienten bliver i en periode medicineret med både substitutionspræparatet og morfin og er derfor dårligt smertedækket (behandlingen med morfin har ikke den tilsigtede effekt pga. den samtidige behandling med Buprenorphin) og i risiko for ny morfinafhængighed.
- I den anden UTH seponerer praktiserende læge sovemedicin til en tidligere psykiatrisk patient pga. risikoen for vanedannelse. Psykiatrien er ikke taget med på råd. Patienten indlægges i psykiatrien efter 3 dage uden søvn - psykotisk og selvmordstruet.
- I den tredje UTH giver praktiserende læge sparsomme oplysninger omkring brug af en ordination på PN-insulin ved blodsukker over 15.

#### Konklusion

Manglende ajourføring af FMK og fejlordinationer fylder meget i de UTH, hvor den tværsektorielle hændelse er opstået i almen praksis. I halvdelen af tilfældene bliver patienten reelt fejlmedicineret på denne baggrund. En fremtrædende problemstilling vedrører desuden ændringer i dosisdispenseringer. Det fremgår af hændelserne, at almen praksis enten ikke er opmærksom på, at apoteket ikke kan se ændringerne i FMK, eller at almen praksis glemmer at give besked til apoteket om ændringer i dosispakker. Endelig vedrører flere hændelser manglende involvering af samarbejdsparter i forbindelse med ordinationer.

### **Identificerede problemstillinger hos vagtlægeordningen (4 UTH)**

I 2016 var der 4 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse er opstået hos vagtlægeordningen. Nedenfor beskrives problemstillingerne.

#### Ordination (4 UTH)

##### *Fejlordination (2 UTH):*

- I én hændelse ordineres uforholdsmæssigt høj dosis morfin til en undervægtig ældre ifm. ledscred i hoften. Patienten bliver respiratorisk påvirket og er ukontaktbar med risiko for hjertestop ved ankomst til sygehuset.
- I den anden hændelse overser vagtlægen cave for bioclavid (penicillin) ved ordination.

##### *Manglende opfølgning (1 UTH):*

Vagtlægen giver patienten morfin mod bryst smerter og tilkalder en kørsel B ambulance. Patienten får hjertestop og afgår ved døden. Rapportøren vurderer, at patienten ikke har trukket vejret tiltrækkeligt pga. morfinen. Det angives, at vagtlægen ikke burde have forladt patienten uden sundhedsfagligt opsyn evt. ved kommunens personale.

##### *Manglende opdatering af FMK (1 UTH):*

Contalgin reduceres i dosis uden opdatering af FMK. Hjemmeplejen administrerer dog korrekt efter den nye dosis.

### **Identificerede problemstillinger ved speciallæger (1 UTH)**

I 2016 var der 1 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse med en angivet patientskade er opstået hos en speciallæge. Nedenfor beskrives problemstillingen.

#### Ordination (1 UTH)

Speciallægen opdaterer ikke FMK med ny ordination og der administreres derfor efter den gamle ordination i seks dage. Det fremgår, at speciallægen ikke mener at have adgang til at ændre i FMK.

### **Identificerede problemstillinger i regionale botilbud (2 UTH)**

#### Ordination (1 UTH)

Ved afslutning fra ambulatorium får en borger med psykisk lidelse ændret i sine ordinationer. Medicinskemaet bliver ikke medsendt og de ændrede ordinationer gennemføres derfor ikke. Hændelsesstedet er reelt sygehuset, men botilbuddet følger dog heller ikke op på, om der er ændret i ordinationerne. Det opdages 3 måneder senere. Patienten er tiltagende deprimeret og udvikler et alkoholmisbrug.

#### Dispensering (1 UTH)

Botilbud pakker medicin til borgers weekend uden Risperidon, der derfor ikke bliver indtaget i weekenden.

## **Identificerede problemstillinger hos Præhospitalet og ambulancer (1 UTH)**

### Administration

I ambulancen administreres glucose iv. i stedet for NaCl. Patienten har forhøjet blodsukker ved ankomst til sygehuset.

## **Identificerede problemstillinger på offentlige sygehuse (132 UTH)**

I 2016 var der 132 UTH, hvor den tværsektorielle hændelse er opstået på et offentligt sygehus. 2 af hændelserne er opstået i Psykiatrien. Hovedparten af de tværsektorielle hændelser med en patientskade vedrørende medicinering er opstået på hospitalerne. Det er derfor valgt kun at læse et udsnit af disse hændelser. Alle alvorlige og dødelige er gennemlæst samt et udpluk af de moderate. Efter frasortering af irrelevante hændelser, så gav det i alt 30 UTH.

### Ordnation (16 UTH)

#### *Manglende eller fejlopdatering af FMK (5 UTH):*

I én hændelse har et ambulatorium uden grund øget dosis af astmamedicin i FMK ved kontrol for anden problemstilling. I de øvrige hændelser bliver FMK ikke opdateret. I to hændelser bliver der ved en fejl administreret hhv. zovir (længere periode) og smertestillende (1,5 dag) fordi FMK ikke er opdateret.

#### *Ordnation trods cave (1 UTH):*

Ordnation af præparat på sygehus trods CAVE, der er angivet i en henvisning fra den praktiserende læge.

#### *Patienten kan ikke indtage det ordinerede præparat (2 UTH):*

I to hændelser udskrives en patient med tabletbehandling, hvilket patienten ikke er i stand til at indtage. Under indlæggelsen fik patienten præparaterne iv.

#### *Seponering og pausering (3 UTH):*

Hændelserne vedrører manglende ophævelse af pausering, seponering ved en fejl og manglende seponering. I én hændelse får patienten gennemført stent og opstartet blodfortyndende medicin. Medicinen pauseres pga. blødning. Pauseringen ophæves dog ikke efterfølgende, hvorved patienten får en blodprop og lammelse. I en anden hændelse får patienten både Marevan og Pradaxa indtil INR er i niveau. Pradaxa seponeres ikke, da INR er i niveau.

#### *Fejl eller mangelfuld ordination (5 UTH):*

Hændelserne vedrører, at der ordineres for høj dosis eller angives forkert dosis på AK-kort, at der ikke er givet en ordination på smertestillende og at der er ordineret injektionsvæske i hætteglas isf. injektionssprøjter. I ét tilfælde indtager patienten femdobbeltdosis Ramipril i et år. I et andet tilfælde bliver der ordineret 1 tablet marevan (2,5 mg). På AK-kort angives dog 2,5 stk. Patienten får forhøjet INR.

### Administration (4 UTH)

#### *Fejladministration (3 UTH):*

De tre hændelser vedrører, at patienten får en for høj dosis og at medicin ikke administreres. I én hændelse overdoseres patienten med citalopram i to dage og kommunen orienteres ikke herom. I en anden hændelse indlægges en patient i Psykiatrien, hvor Burinex for hjertesygdom ikke bliver administreret, da afdelingen ikke har det. Patienten indlægges for lungeødem.

#### *Manglende dokumentation (1 UTH):*



Det er ikke dokumenteret, om patienten har fået medicin og insulin inden udskrivelse, og det er ikke muligt at komme i kontakt med afdelingen pga. udfordringer med omstillingen på hospitalet. Hjemmeplejen gennemfører administrationen.

#### Manglende bestilling eller medsendelse af medicin efter udskrivelse (4 UTH)

Hændelserne vedrører, at medicin ikke er bestilt, ikke er medsendt, eller at den forkerte medicin er medsendt ved udskrivelse. I tre af hændelserne betyder det, at patienten ikke straks kan påbegynde den ordinerede medicin. I én hændelse er patienten smertepåvirket.

#### Uoverenstemmelse mellem medicinlister imellem sektorer (3 UTH)

Hændelserne vedrører, at der er uoverenstemmelse mellem medicinlisten, FMK, den medsendte medicin og udskrivningsbrevet. I alle hændelserne opdages fejlene i kommunen før administration.

#### Andet (2 UTH):

##### *Mærkning af akuttasser (1 UTH):*

Akuttasser bliver mærket med Amiodarone og Amiodaronhydrochlorid (generisk og handelsnavn) i stedet for Cordarone. I daglig tale bruges Cordarone. Der er sket mindst 5 hjertestop på hospitalet, hvor personalet ikke har kunnet finde Cordarone, fordi det er mærket med Amiodarone. Den Regionale Lægemiddelkomité besluttede efterfølgende, at der skal tilføjes en ekstra linje på etiketten over de risikofyldte lægemidler, så det tydeligt fremgår, at Amiodarone er Cordarone. Lægemiddelkomitéen bemærkede desuden: "...at der er noget grundlæggende galt med arbejdsgangen, når sygeplejersken ikke går tilbage til lægen, hvis han/hun ikke kan finde det efterspurgte lægemiddel, fremfor at forsøge at finde det i medicinrummet eller på en anden afdeling. Der er derfor behov for vedvarende fokus på arbejdsgangen, hvilket er et ledelsesansvar...".

##### *Manglende information til samarbejdspartnere (1 UTH):*

Hjemmeplejen får for sent besked om den præoperative forberedelse op til anlæggelse af PEG-sonde, herunder pausering af blodfortyndende (clopidogrel). Patienten kan derfor ikke få anlagt sonden på den aftalte dag og har været unødigt transporteret og fastende. Det var uklart, hvilken afdeling, der var ansvarlig for at sende den nødvendige information til kommunen.

#### Konklusion

Hovedparten af hændelserne vedrører fejl i forbindelse med ordinationer, herunder manglende opdatering af FMK, forkerte ordinationer og manglende seponering/pausering. I flere tilfælde bliver fejlene ikke opdaget i kommunen.

En af hændelserne vedrører en velkendt problematik, der omhandler, at dosis skal angives i stk fremfor mg på AK-kort i modsætning til i andre systemer. Dette resulterer i, at stk og mg forveksles og at der gives for høj dosis.

En fremtrædende problemstilling er desuden, at patienter uhensigtsmæssigt bliver udskrevet med tabletbehandling som de ikke er i stand til at indtage. Under indlæggelsen er der givet iv-behandling.

Endvidere vedrører flere hændelser, at der ikke medsendes/bestilles medicin ved udskrivelse eller, at det er den forkerte medicin. En af de gennemlæste hændelser er opstået i Psykiatrien. Denne hændelse er ligeledes væsentlig, idet den vedrører, at en indlagt patient ikke får den ordinerede medicin, fordi den psykiatriske afdeling ikke har det tilgængeligt.