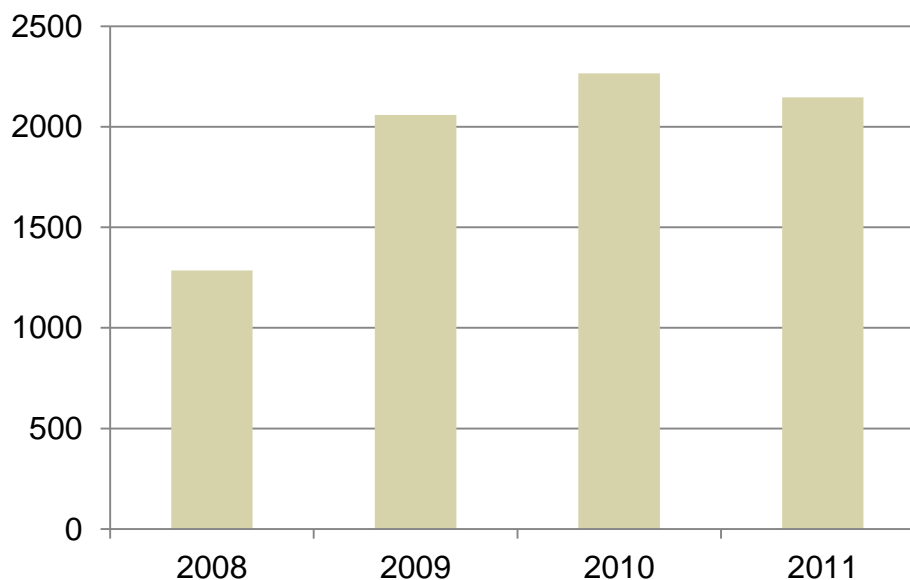


Hva har vært meldt? Meldesentralen 2008-2011

Seniorrådgiver Linda Grytten

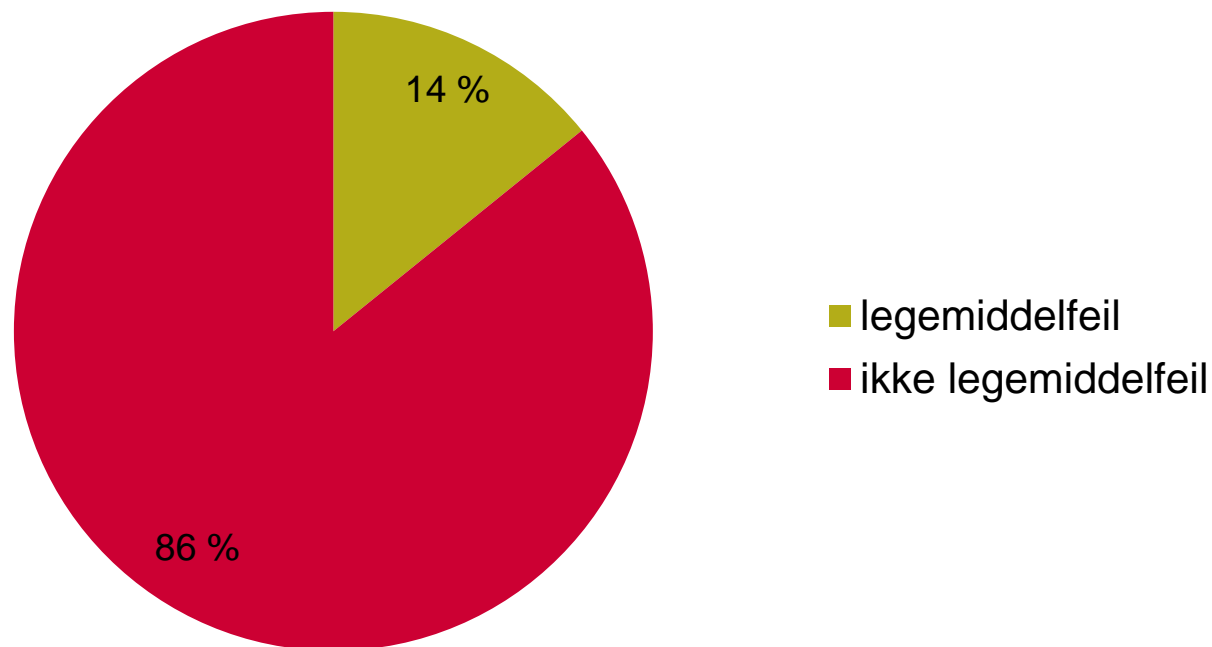
Uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

- Et par tusen meldinger ble registrert hvert år i Meldesentralen.
2008-2011: 7756 meldinger

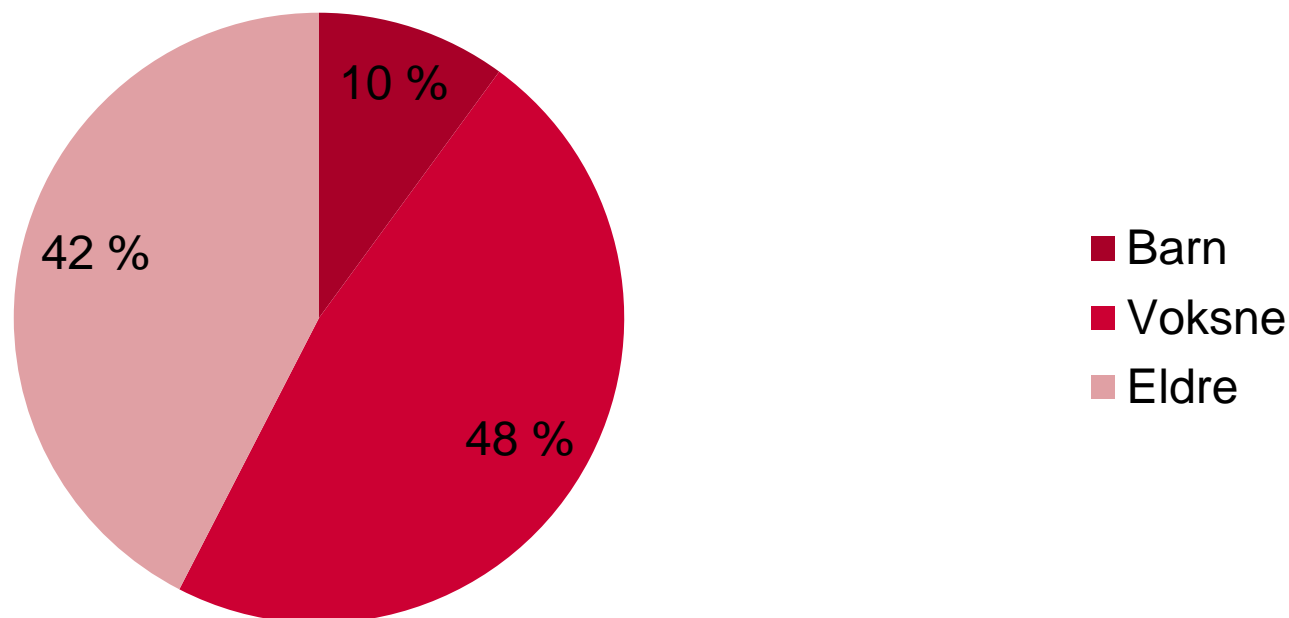


Meldinger om legemiddelfeil

1100 av 7756 meldinger: 14 %

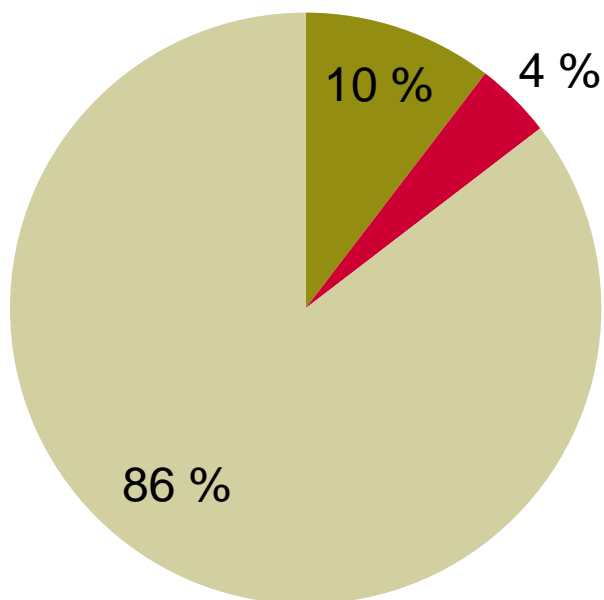


Meldinger om legemiddelfeil fordelt på alder



Alvorlighetsgrad

Legemiddelfeil

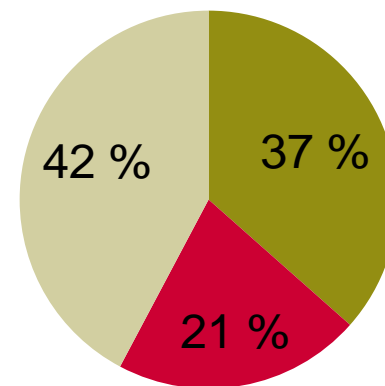


■ Betydelig skade på pasient

■ Dødsfall

■ Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient

Ikke legemiddelfeil



Type legemiddelfeil:

- feil legemiddel
- feil dose
- feil administrering
- feil tid
- feil pasient
- feil forskrivning
- uventet effekt

Medvirkende årsak

- Rutiner og prosedyrer
 - Mangler
 - Uklart
 - Ikke fulgt
- Kompetanse og ressurser
 - Personell – antall og type
 - Opplæring
 - Ansvar
 - Erfaring
 - Tilgjengelighet
 - Kommunikasjon og samhandling

Feil legemiddel

- En sykepleierstudent ga en pasient Levaxin 0,125 mg i stedet for Lanoxin 0,125 mg
- Forordning var skrevet utydelig i kurven og Levaxin hadde blitt lagt i medisintrallen
- Medisinen ble kontrollert av en sykepleier
- Farmasøyt hadde tidligere gjort oppmerksom på navnlighet

Feil dose

- I forbindelse med dosering av epilepsimedisin, reagerer foreldrene på dosen som skal bli gitt.
- Man ser i kurven at det har blitt ført opp en tidobbel dose av det pasienten egentlig skal få. Man får fanget opp dette før dosen blir gitt og får endret på mengden som blir gitt samt at man endrer doseringen i kurven.

Feil administrering

Ga 3mg bupivacain intravenøst ved en feiltagelse.
Medikamentet skulle vært satt epiduralt

Feil tid

Feildosering av vancomycin.

Skal ha dette hver 5 - 7 dag i peritonealvæske avhengig av vancomycinspeil.

Har i stedet for fått hver dag i 5 dager før dette ble oppdaget.

Feil pasient

Kurven til en pasient som hadde reist hjem lå på den aktuelle pasientens plass i kurveboken.

Dette ble ikke oppdaget av sykepleieren som delte ut kveldsmedisinen.

Pasienten fikk derfor Fragmin som ikke var forordnet til ham.

Eksempel

- Skulle gi Cymevene i.v. En annen sykepleier hadde skrevet "bruksanvisning", ryddig og pent på et A4-ark; lå foran kurven i pas. perm. Der stor barnets persondata, samt "Cymevene 500mg" (understreket) - blandes i 10 ml sterilt vann, fortynnes med 50 ml NaCl/Glukose 5%/Sallidex. Gis over 1 time.
- Jeg kom i skade for å stole på "doseringen" på arket, og glemte rett og slett å se på ordineringsen på kurven - noe jeg selvsagt vet er 1. bud!
- Vedkommende som kontrollerte opptrekkingen, gjorde akkurat samme feil.
- Feilen ble oppdaget da jeg tilfeldig kom til å se på etiketten på et hetteglass på benken. Fikk stoppen infusjonen da noe under halvparten hadde gått inn.
- Barnet fikk ca. 237 mg over 1/2 time - skulle ha 150 mg over 1 time.

Oppsummering

- Mange legemiddelfeil
- De fleste hendelser – ikke dødsfall eller betydelig skade, men det er bare flaks!
- Hva skjedde?
- Hva var årsaken til det som skjedde