



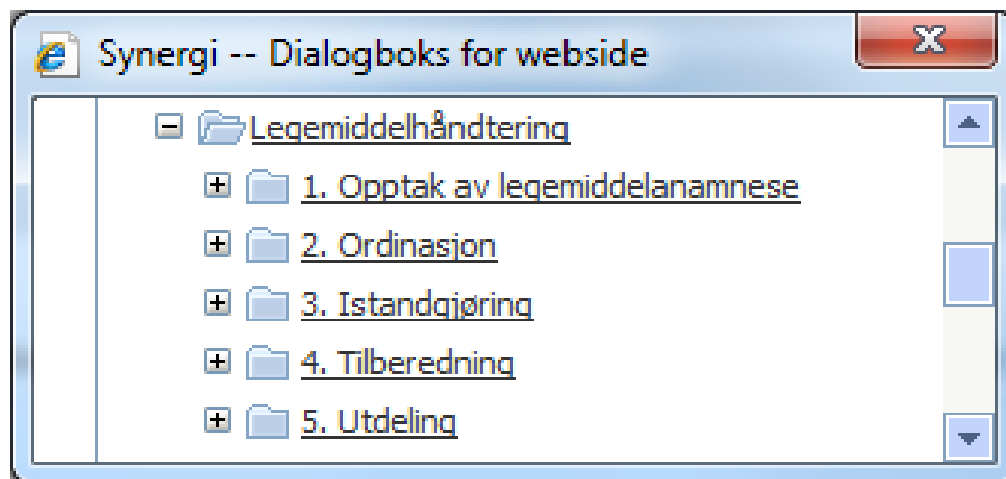
# Legemiddelhendelser

Workshop Oslo

23.08.13

# Felles klassifisering?

- Ikke felles nasjonal database
- Ikke felles nasjonalt dataverktøy
- Ingen nasjonale krav/retningslinjer til klassifisering
- → Beste fellesnevner er enighet/konsensus på overordnet STRUKTUR



# Bakgrunn for forslaget

- De som skal klassifisere meldinger må «kjenne seg igjen»
  - «garbage in = garbage out»
- Forslaget bygger på en overordnet *prosess* som er *gjenkjennbar* for de fleste med helsefaglig bakgrunn (og den følger kapitlene i forskriften)
- De fleste dataverktøy har mulighet for å bygge trestrukturer (hierarki)

# Fordeler med prosessbasert struktur

- Felles overskrifter på øverste nivå. Kan bygget ut med et ønsket antall undernivåer og valg (i strukturen!).
  - mulig å tilpasse innhold ift. egen virksomhet
  - lettere å lage differensierte rapporter (styret vs. post)
- Koder/valg (her: hendelsestyper) som er i bruk kan i stor grad tilpasses/flyttes inn under den overordnede strukturen
  - Gir mulighet for å ivareta «historiske» data på en god måte

# Erfaringer fra Helse Bergen

- Dataverktøy: Synergi
  - Hendelsestype er obligatorisk og envalg
  - Prosjektgruppen benyttet en testversjon av Synergi, de aktuelle hendelsestypene er ikke innført i produksjon
  - «Identitetsforveksling» er en egen hovedkategori på samme nivå som «Legemiddelhandtering»
  - Dobbeltkontroll blir sett på som en barriere og inngår derfor i årsakssammenhengen
- Gruppen var sammensatt av lege, farmasøyt, sykepleier, jurist og systemansvarlig (rapporter)

# Saksutvalg

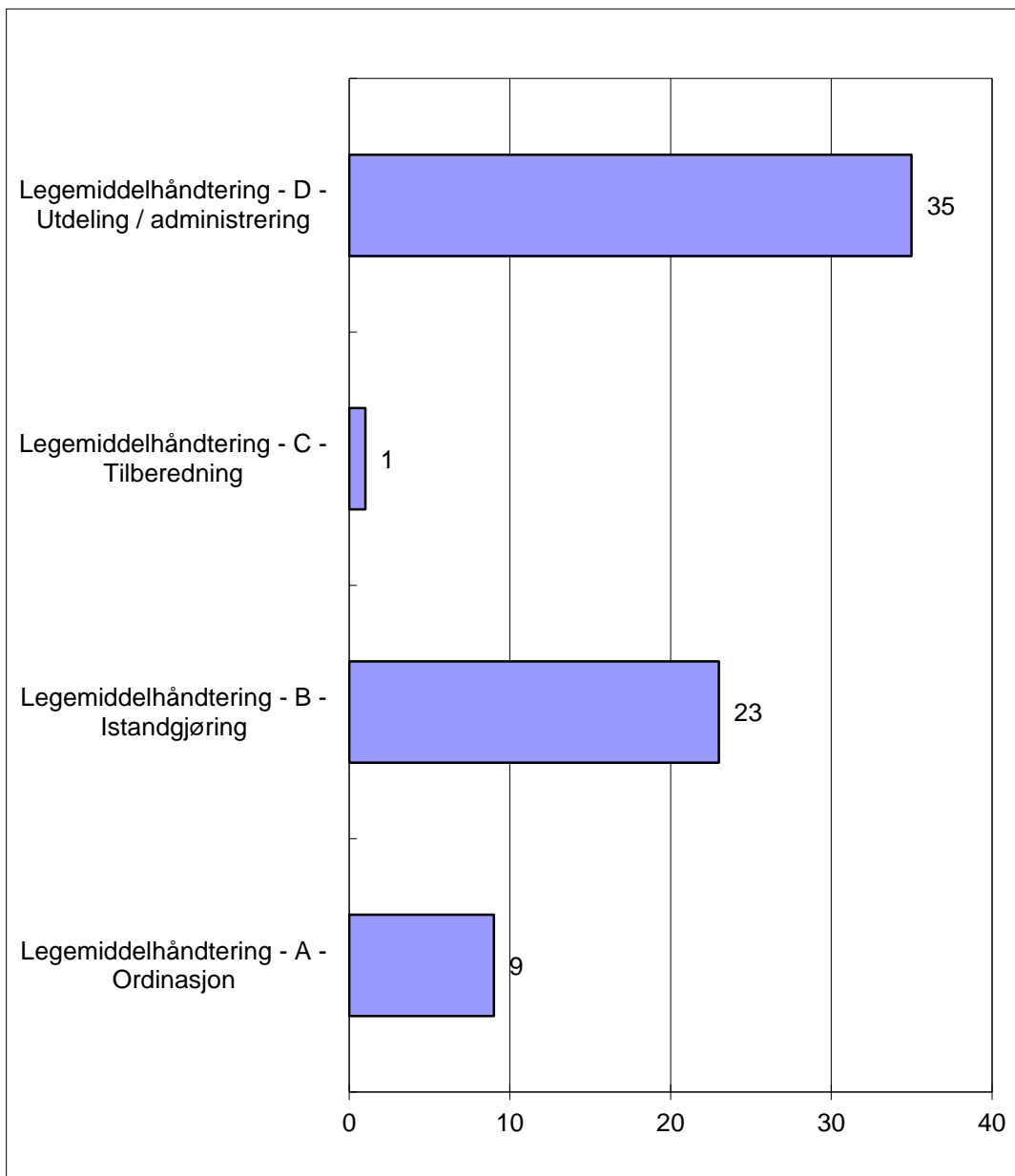
- Reelle legemiddelhendelser meldt i Helse Bergen
  - Psykiatri og barn ekskludert
- Prosjektgruppen reklassifiserte sakene = forslag til legemiddelhendelser
- (Re)Vurderte potensiell alvorlighetsgrad i hver sak (risikovurdering)
- Antall saker som ble inkludert: 68

# Hovedfunn 1

- I 33 av 68 saker (49 %) har prosjektgruppen vurdert at den utløsende/viktigste hendelsen har funnet sted *før* utdeling
  - ordinasjon, istandgjøring, tilberedning.

## Hendelsestyper hovedprosessnivå

- I 33 av 68 saker (49 %) har prosjektgruppen vurdert at den utløsende hendelsen har funnet sted *før* utdeling / administrering
- En slik «venstreforskyvning» i legemiddelprosessen (fra utdeling mot ordinasjon) er viktig mht. forståelse av hvilke risikoelementer som inngår den enkelte hendelse. Lettere å peke på aktuelle årsaker og dermed finne tiltak som bør iverksettes
- Dagens hendelsestyper (i prod.) er ikke prosessuelt organisert og peker i størst grad på «sluttpunkt» (gruppe D)

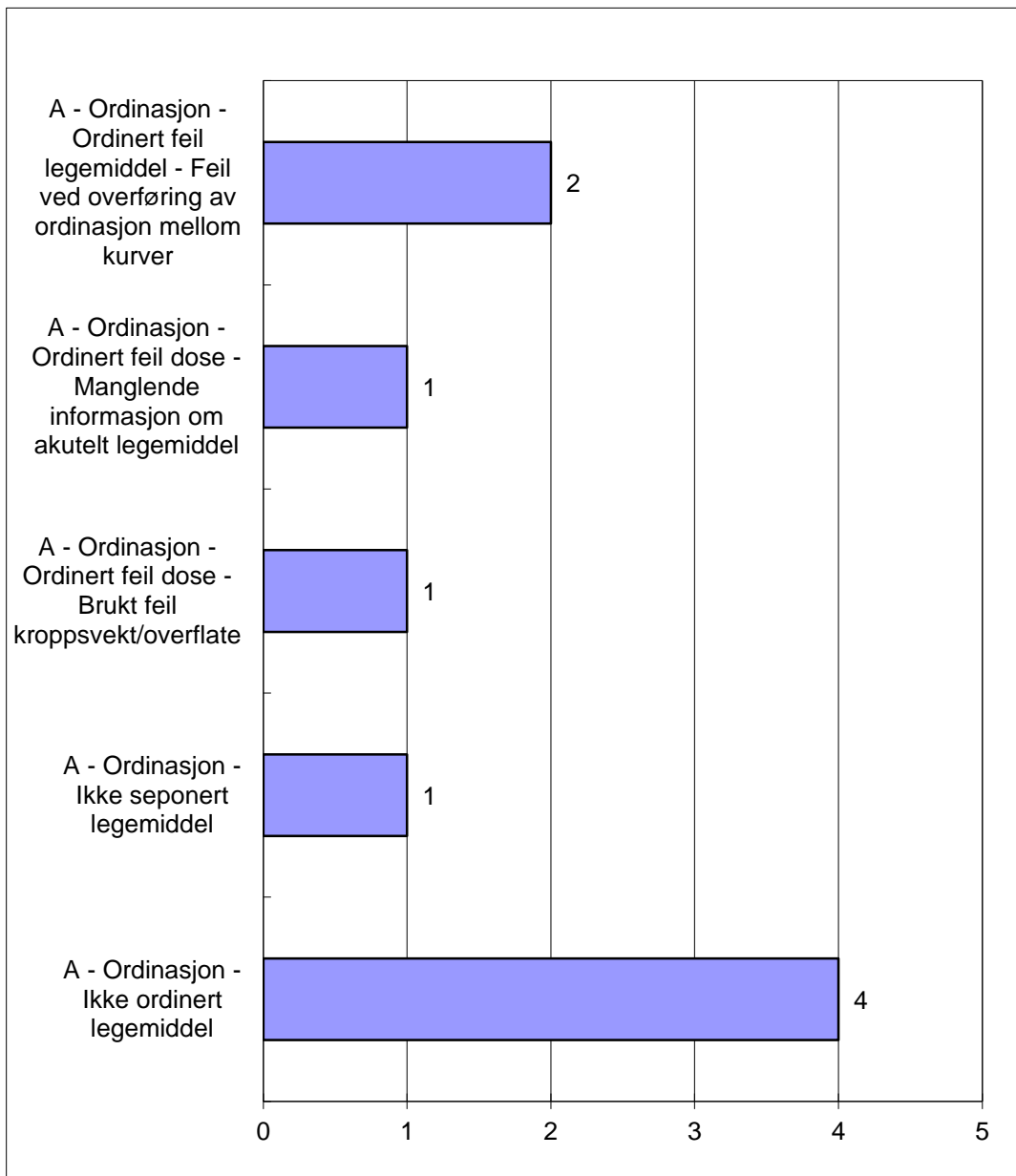




# Hovedfunn 2

- Skadepotensiale/risiko (grønt/gult/rødt)
    - Ordinasjon:
      - 9 saker totalt hvorav 1 på rødt (11 %)
    - Istandgjøring:
      - 23 saker totalt hvorav 4 på rødt. (17 %)
    - Utdeling:
      - 35 saker totalt hvorav 2 på rødt. (6 %)
- I prosjektgruppens utvalg av saker kan det se ut som om risiko øker når den utløsende hendelsen finner sted *før* utdeling.

## Hendelsestype gr. A – Ordinasjon (n = 9)



## Hendelsestype gr. B Istandgjøring (n = 23)

Peker på viktigheten av gode fysiske arbeidsforhold (unngå støy, små medisinerrom osv.), arbeidsro (unngå forstyrrelser, «multitasking», tidsnød) kompetanse (f.eks. legemiddelregning, utstyr).

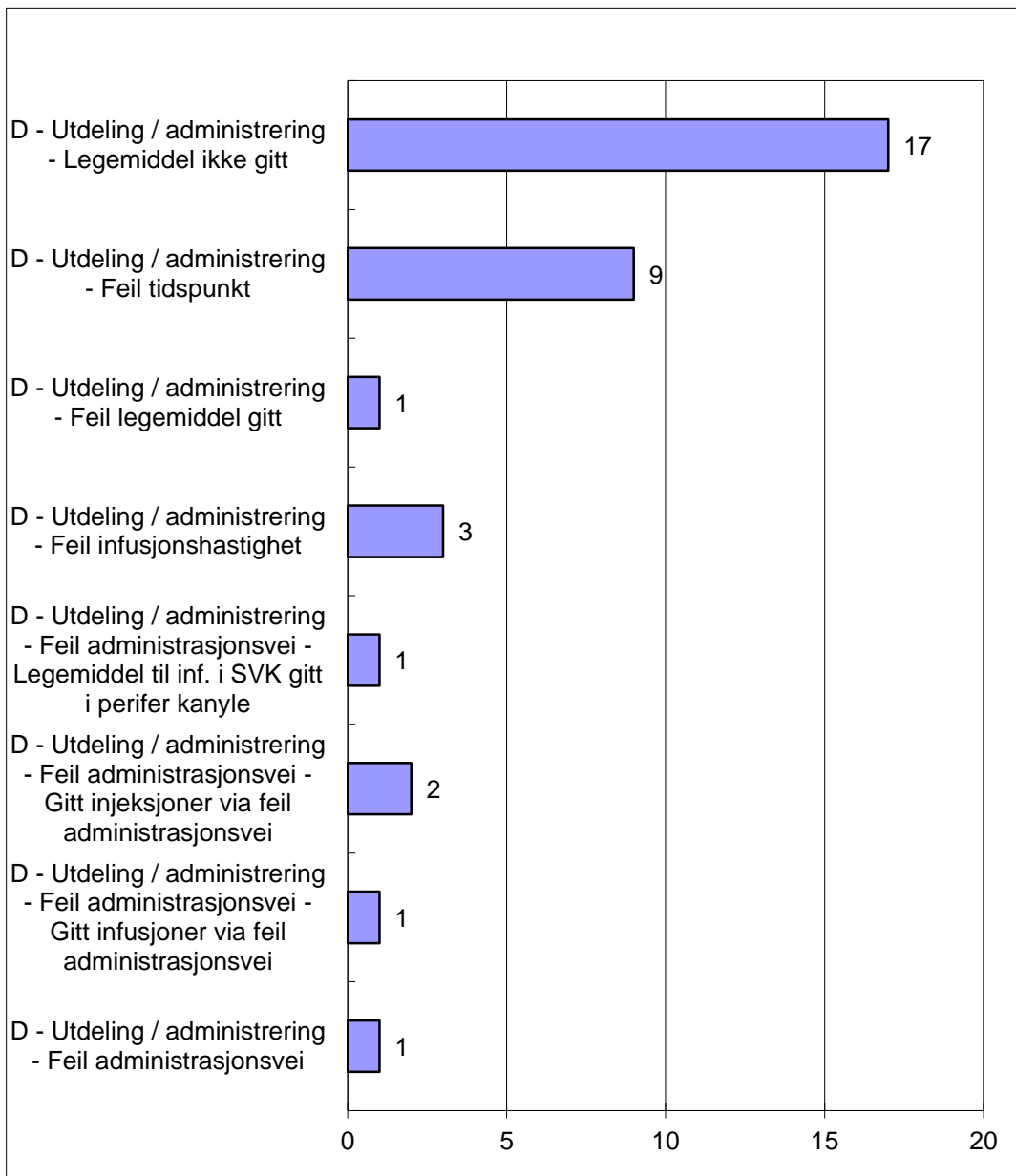


## Hendelsestyper gr. D Utdeling / Administrering (n = 35)

Mye her handler om organisatoriske arbeidsforhold (travelhet, pasient utilgjengelig ved utdelingstidspunkt osv.)

Noen sakene er hendelsestypen valgt i gruppe D fordi saksbeskrivelsen er mangelfull om hva som skjedde i forkant av administrasjon.

Flere av sakene handler om antibiotika (infusjon).



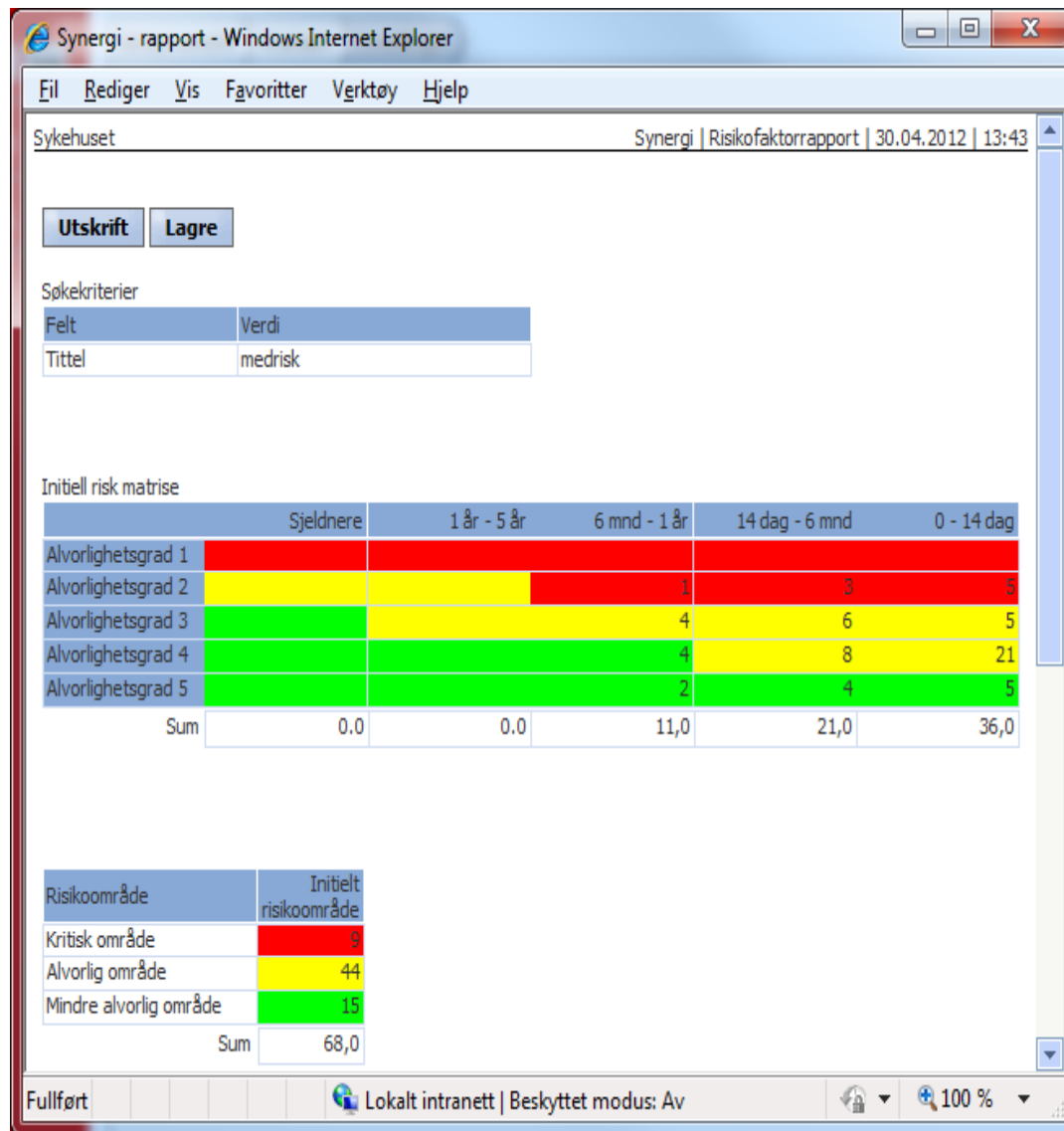
# Vurdering av potensiell konsekvens

- Basert på
  - Virkestoff
  - Grad av overvåking
  - Vurdering av enkelthendelsene (situasjonsbasert)

# Risikomatrise for alle saker

9 saker er på rødt risikoområde. 44 på gult, 15 på rødt.

Forholdet mellom rødt (9) og gult (44) synes å være statistisk harmonisk. Forholdet mellom gult og grønt synes å gjenspeile en lavere meldefrekvens for hendelser som for melder intuitivt har en lavere potensiell alvorlighetsgrad.



# Risikomatrise Ordinasjon

En hendelse ved ordinasjon er vurdert til rødt risikoovervåkingsområde.

Ordinasjon: Når rekvirent bestemmer individuell bruk av legemiddel samt dosering og dette journalføres.

Synergi - rapport - Windows Internet Explorer

Sykehuset Synergi | Risikofaktorrapport | 30.04.2012 | 13:46

Utskrift Lagre

Søkekriterier

Felt	Verdi
Hendelsetype	Hendelse knyttet til pasientbehandling og pleie - Legemiddelhåndtering - A - Ordinasjon
Tittel	medrisk

Initiell risk matrise

	Sjeldnere	1 år - 5 år	6 mnd - 1 år	14 dag - 6 mnd	0 - 14 dag
Alvorlighetsgrad 1					
Alvorlighetsgrad 2				1	
Alvorlighetsgrad 3			1	1	
Alvorlighetsgrad 4			2	2	
Alvorlighetsgrad 5				2	
Sum	0,0	0,0	3,0	6,0	0,0

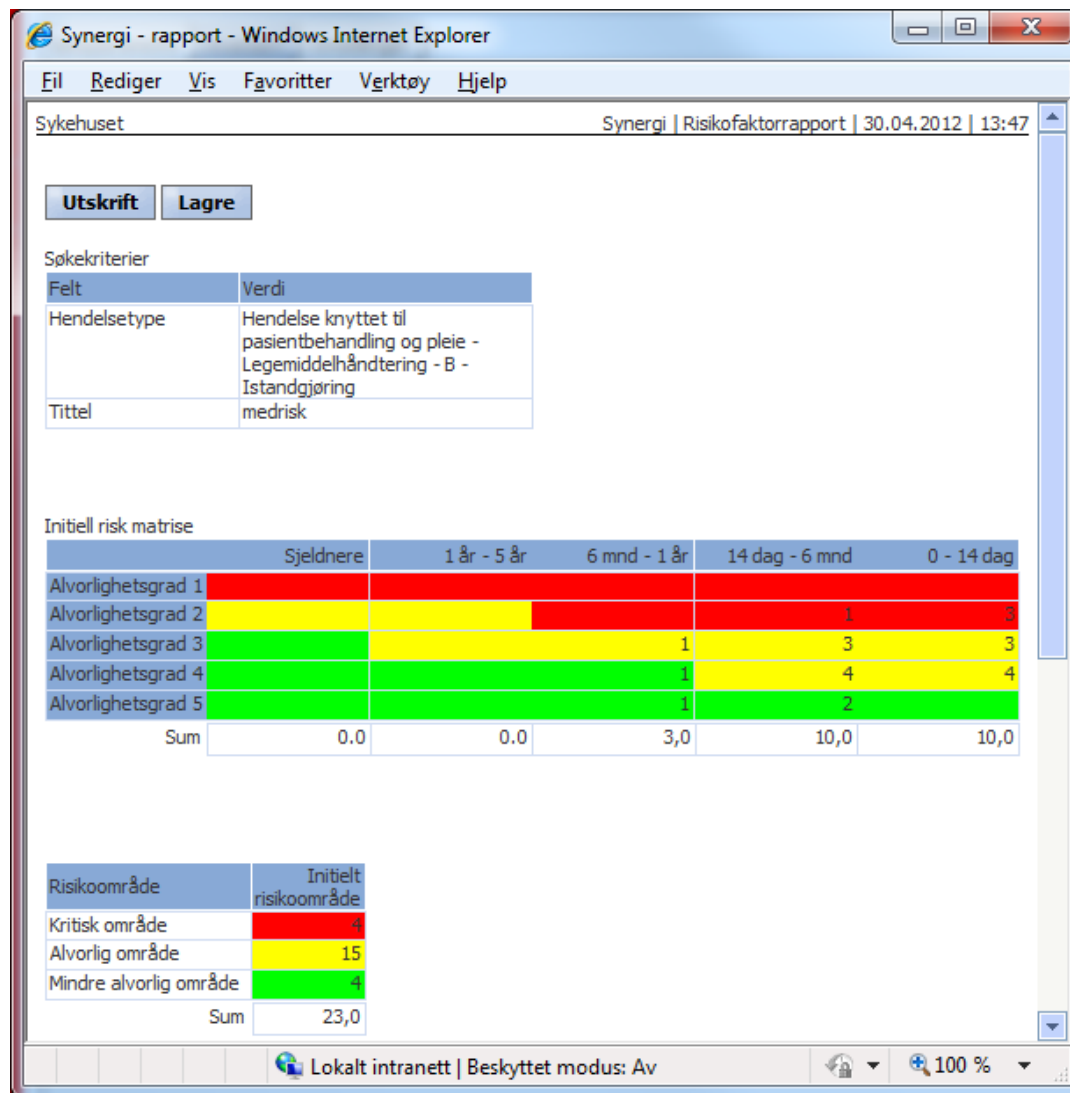
Risikoområde	Initielt risikoområde
Kritisk område	1
Alvorlig område	4
Mindre alvorlig område	4
Sum	9,0

Lokalt intranett | Beskyttet modus: Av

# Risikomatrise Istandgjøring

Fire hendelser ved istandgjøring er vurdert til rødt.

Istandgjøring eller annen klargjøring av legemiddel for utdeling til pasient.





# Risikomatrise

## Utdeling/administrering

Fire hendelser på rødt.

Utdeling av legemiddel til pasient, administrering av legemiddel som pasienten ikke kan administrere selv, overvåkning av legemiddelinntak og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel.

