

Dato: 21.03.2018

Kontakt

Peter Orebo Hansen
Direktør for Social, Sundhed
og Arbejdsmarked
pha@horsholm.dk
Direkte tlf. 4849 5010

Redegørelse for fejlmedicinering på Plejecentret Breelteparken.

1. Sammenfatning

I perioden den 30. januar til den 9. februar 2018 skete en alvorlig fejlmedicinering af en beboer på Plejecentret Breelteparken.

Beboeren afgik ved døden den 17. februar.

I redegørelsen beskrives hændelsesforløbet, og der identificeres fire kerneårsager.

Desuden beskrives de handleplaner, som kerneårsagsanalysen har givet anledning til at iværksætte for at forebygge gentagelser.

Redegørelsen peger på følgende kritikpunkter:

- Der afdækkes alvorlige kvalitetsbrist i Breelteparkens hidtidige praksis for medicinbehandling.
- Vigtig meddelelse om methotrexat blev ikke udsendt til Breelteparken fra Center for Sundhed og Omsorg.
- I forbindelse med opdagelsen af fejlmedicineringen den 9. februar erkendes det ikke, at der skal tilkaldes lægehjælp – hverken på tidspunktet for opdagelsen eller i dagene derefter.
- Det er ikke lykkedes at identificere den medarbejder, der foretog den pågældende fejdoserering den 30. januar.

Overvejelser om eventuelle tjenstlige konsekvenser af hændelsesforløbet ligger uden for rammerne for denne redegørelse.

Hændelsen er indberettet til Styrelsen for Patientsikkerhed, og der vil gå et antal måneder, før styrelsen har truffet afgørelse i sagen.

Det anbefales, at kommunen straks retter henvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på en faglig vurdering af de iværksatte og påtænkte tiltag.

2. Indledning

I perioden den 30. januar til den 9. februar 2018 skete en alvorlig fejlmedicinering af en beboer på Plejecentret Breelteparken.

Beboeren afgang ved døden den 17. februar.

I denne redegørelse beskrives det ulykkelige hændelsesforløb, og der gives en beskrivelse af de initiativer, som umiddelbart er blevet taget, eller som planlægges iværksat i den nærmeste fremtid, for at forebygge gentagelser.

3. Hændelsesforløbet

Den 30. januar – 9. februar:

Beboeren modtager fejlagtigt 6 tabletter om dagen af gigtpreparatet methotrexat, som er et risikosituationslægemiddel¹. I henhold til lægeordinationen skulle beboeren kun have haft 6 tabletter én gang ugentligt.

Den 8. februar:

Beboeren får besøg af egen læge på et planlagt årsbesøg. Beboeren havde klaget over lidt ondt i halsen – ellers var der intet at bemærke.

Den 9. februar:

Medarbejder opdager medicindoseringsfejlen og retter fejdoseringen i doseringsæskerne samt retter og opdaterer medicinskemaet. Dette blev ligeledes dokumenteret i beboerens journal. Medarbejderen havde travlt og fik derfor ikke taget kontakt til læge eller 1813.

Den 10. – 11. februar:

Beboerens tilstand forværres i løbet af weekenden. Medarbejderne relaterer ikke tilstanden til den alvorlige medicineringsfejl. Man antager, at beboeren har influenza og derfor kontaktes lægen ikke.

Den 12. februar:

Beboeren kontakter selv egen læge om morgenen. Lægen kontakter i den forbindelse Breelteparken, der informerer om fejlmedicineringen. Lægen aflægger sygebesøg og beslutter at indlægge beboeren på Nordsjællands Hospital i Hillerød.

Den 17. februar:

Beboeren afgang ved døden.

¹ <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/risikosituationslaegemidler/>

4. Umiddelbare initiativer

I dette afsnit beskrives de initiativer, der umiddelbart blev taget, da fejlmedicineringen blev opdaget.

Pårørende

Forstanderen havde en samtale med sønnen på Breelteparken den 14. februar og den 18. februar. Sønnen blev her informeret om, at hændelsen ville blive gennemanalyseret, og at der ville blive iværksat tiltag, som skal forhindre gentagelser.

Sønnen blev informeret om rettigheder i forhold til patientklage og -erstatning.

Kontakt med øvrige beboere og pårørende på Breelteparken

Beboer- og pårønderåd og bestyrelsen modtog mail den 19. februar 2018 med redegørelse og den udsendte pressemeddelelse.

Den 20. februar udleverede Breelteparken et informationsbrev om hændelsen til beboere og pårørende. Informationsbrevet blev gennemgået personligt med de beboere, som var i stand til at modtage meddelelsen, og gennemgået personligt med de pårørende, der på det givne tidspunkt og i dagene efter kom på Breelteparken. Enkelte pårørende blev også kontaktet telefonisk.

Forstanderen har sammen med repræsentanter fra beboer- og pårønderåd haft samlet en gruppe beboere til besvarelse af spørgsmål og dialog. Forstanderen har desuden haft møde med beboer- og pårønderåd og enkelte beboere fra ældreboligerne.

Orientering er også sket via månedsbladet Breeltenyt.

Orientering af beboere og pårørende på kommunens øvrige plejecentre

På kommunens øvrige plejecentre er der givet skriftlig information til alle beboere og pårørende, ligesom pårønderådene også er blevet orienteret.

Medarbejderne

Medarbejderne på Breelteparken har været samlet flere gange til information, dialog og faglig gennemgang af medicinbehandlingen. Ledelsen har haft mange individuelle samtaler med de berørte medarbejdere. Der er etableret professionel krisehjælp, både individuelt og i grupper.

Særligt berørte medarbejdere er fritaget for medicinbehandling i en periode, da de er psykisk påvirkede af situationen. De direkte berørte medarbejdere er orienteret om, at der indberettes en oplysningsrapport til

Styrelsen for Patientsikkerhed², og at de kan forvente at blive kontaktet fra denne instans.

Gennemgang af øvrig medicinbehandling på Breelteparken

Medicindoseringer hos samtlige beboere på Breelteparken blev i perioden 20. -23. februar gennemgået af social- og sundhedsassistenter med efterfølgende kontrol af sygeplejerske. Der blev i den forbindelse ikke identificeret fejlmedicinering.

Opstramning af instrukser m.v.

Den 19. februar blev hele Center for Sundhed og Omsorg orienteret om hændelsen.

Den 20. februar blev det indskærpet i en mail fra kommunens administration, at en læge altid skal kontaktes, hvis en borger får en forkert dosis medicin, uanset dosis og type af medicin.

Gennemgang af håndtering af methotrexat i ældreplejen i øvrigt

Den 23. februar blev medicinskema og dosering hos alle borgere, der får hjælp til håndtering af methotrexat af kommunen, gennemgået – både på de kommunale plejecentre og i hjemmeplejen. Der blev i den forbindelse ikke identificeret fejlmedicinering.

Iværksættelse af kerneårsagsanalyse

Den 21. februar igangsattes en kerneårsagsanalyse (se nedenfor).

Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed

Hændelsen blev indberettet til Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning, den 19. februar.

Orientering af kommunalbestyrelsen

Kommunalbestyrelsen blev orienteret den 19. februar om den tragiske hændelse. Desuden fik Social- og Seniorudvalget og kommunalbestyrelsen den 26. februar en uddybende redegørelse og en orientering om de iværksatte initiativer.

Orientering af offentligheden

Der blev den 19. februar udsendt en pressemeddelelse, som fortæller om hændelsen, og hvad der bliver gjort for at forebygge gentagelser.

² Styrelsen for Patientsikkerheds forskellige afdelinger, som kan have relevans for sagen: a) Behandlingsklager, hvor patienter og pårørende kan klage over en behandling og få sagen undersøgt, b) Tilsyn og Rådgivning, som blandt andet varetager lovmæssige tilsyn på behandlingssteder. Tilsyn og Rådgivning varetager ligeledes individuelle sager med henblik på eventuelle sanktioner og c) Vidensformidling og læring, som varetager arbejdet med utilsigtede hændelser. I vidensformidling og læring arbejder man ikke-sanktionerende.

5. Kerneårsagsanalyse

Der blev som nævnt iværksat en kerneårsagsanalyse den 21. februar. Analysen blev afsluttet den 19. marts.³

En kerneårsagsanalyse er en proces, hvor der systematisk indsamles og behandles såvel kvalitative som kvantitative data med henblik på at afdække de grundlæggende årsager til, at en utilsigtet hændelse kunne ske. Hensigten er at opnå læring og dermed forhindre gentagelse. En kerneårsagsanalyse vil altid munde ud i forslag til konkrete initiativer, der forventeligt vil kunne bidrage til øget patientsikkerhed.⁴

Den aktuelle kerneårsagsanalyse har identificeret fire kerneårsager til den aktuelle hændelse:

Kerneårsag 1: Det opdages ikke, at der er ordineret variabel dosis (dvs. én dosering ugentligt), hvorfor medarbejderen fejlagtigt vælger forkert medicinskema i forbindelse med pakningen af doseringsæskerne.

Kerneårsag 2: Der er ikke sikret tilstrækkeligt oplæring i risikolægemidler, hvorfor man ikke er opmærksom på at sikre de rette kompetencer i forhold til anvendelsen af methotrexat.

Kerneårsag 3: På grund af mange konkurrerende arbejdsopgaver og manglende overblik over beboerens symptomer erkendes det ikke, at der skal tilkaldes lægehjælp – hverken da fejlmedicineringen opdages eller i dagene derefter.

Kerneårsag 4: Der har ikke været sikret tilstrækkelig oplæring i anvendelse af FMK⁵ og Nexus⁶.

Kerneårsagsanalysen peger på, at det er nødvendigt at udarbejde handleplan på følgende områder:

- Det skal sikres i hele kommunen, når en borger oprettes i systemet, at der er prioriteret fokus på, at personale med de rette kompetencer tager hånd om medicin håndteringen.
- Det skal sikres, at kontrol af dosering foretages systematisk og kompetent. Hvis der findes fejl, gennemgås doseringen systematisk med den, der har doseret. Den sygeplejerske, der kontrollerer medicindoseringen, skal signere.

³ Jfr. Sundhedslovens § 198.

⁴

http://arkiv.patientsikkerhed.dk/media/563251/kernearsagsanalyse_metodebeskrivelse_09.05.pdf

⁵ Fælles medicinkort

⁶ Breelteparkens IT-system.

-
- Det skal sikres i hele kommunen, at der er øget fokus på alle borgere, der får et eller flere præparater, som ikke gives med en fast, daglig dosis.
 - Det skal sikres, at alle kommunens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er oplært i håndtering af risikosituationslægemidler, og at dette bliver indarbejdet i introduktionsmateriale til nye medarbejdere.
 - Der skal laves procedure for håndtering af risikosituationslægemidler.
 - Det skal sikres, at en læge altid bliver kontaktet ved fejlmedicinering.
 - Det skal sikres, at social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker kender til og anvender FMK og KMD Nexus' medicinskema korrekt.
 - I samarbejde med andre kommuner, der anvender KMD Nexus, vil der blive lavet en systematisk afdækning af de faldgruber, som er i Fælles MedicinKort i samspil med KMD Nexus' medicinskema med henblik på at stille krav til forbedring af systemet.

I bilaget er givet en detaljeret beskrivelse af de forskellige handleplaner, som kerneårsagsanalysen anbefaler gennemført.

6. Tidligere tilsynsrapporter

I dette afsnit redegøres summarisk for de seneste tilsyn, Styrelsen for Patientsikkerhed⁷ har foretaget på Breelteparken.

Der har historisk været obligatoriske embedslægetilsyn på kommunens plejecentre mindst hvert andet år, indtil den 1. juli 2016, hvor loven blev ændret.

I forbindelse med tilsynene blev plejecentrene vurderet ud fra følgende skala:

⁷ Hed tidligere "embedslægerne".

- Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger.
- Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet set kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, og som har givet anledning til væsentlig kritik.

I 2013 modtog Breelteparken tilsyn fra embedslægen. Her blev det vurderet, at der var fejl og mangler, som kun indebar *meget ringe risiko for patientsikkerheden*.

Breelteparken modtog tilsyn igen i marts 2015. Tilsynet fandt *fejl og mangler, som indebar risiko for patientsikkerheden*. Tilsynet observerede bl.a., at der i to ud af i alt tre stikprøver ikke var overensstemmelse mellem antallet af tabletter i medicinæsken og antallet af tabletter ifølge medicinlisten.

Tilsynet vurderede, at Breelteparken ikke skulle udarbejde handleplan efter tilsynet, men at de ville få besøg i 2016.

Selvom tilsynet ikke havde stillet krav om, at der skulle udarbejdes en handleplan, valgte Breelteparkens ledelse at gøre dette. I den forbindelse blev retningslinjerne for medicinbehandling gennemgået, og der blev indført udvidet egenkontrol (tjek af dosering ved kollega). Desuden blev der i starten af 2016 afholdt et større medicin- og dokumentationskursus for alle medarbejdere.

Sundhedsloven blev ændret med ikrafttrædelse den 1. juli 2016, så de faste plejehjemstilsyn blev erstattet af risikobaserede tilsyn, som omfatter alle danske behandlingsinstitutioner.

7. OBS-meddelelse om fra Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte den 7. september 2017 en såkaldt "OBS-meddelelse", hvori styrelsen gjorde opmærksom på, at der er en forøget risiko for ordinations- og dispenseringsfejl ved methotrexat på

grund af den atypiske dosering: Æn gang ugentligt i stedet for én gang dagligt.⁸

Styrelsen gjorde opmærksom på, at methotrexat er et lægemiddel, som ved overdosering kan være livsfarligt, hvorfor der kræves en særlig opmærksom medicinhåndtering.

Det fremgik af meddelelsen fra styrelsen, at det anbefales, at der er en synlig og entydig doseringstekst, og at man skal sørge for, at man ikke kan overse eller misforstå bemærkningen om ugentlig dosis i medicinskemaet.

Det fremgik desuden af styrelsens meddelelse, at håndtering af methotrexat kræver særlige sikkerhedsforanstaltninger, fx dobbeltkontrol.

OBS-meddelelsen fra Styrelsen for Patientsikkerhed blev den 7. september sendt til bl.a. Center for Sundhed og Omsorg. Centeret udsendte OBS-meddelelsen samme dag til kommunens ældreinstitutioner, men ved en fejl blev meddelelsen ikke sendt til Breelteparken.

8. Vurdering

Det aktuelle hændelsesforløb er forårsaget af en meget alvorlig fejlmedicinering, som har udsat beboeren for en ganske betydelig risiko.

Der er ikke fastslået en kausal sammenhæng mellem fejlmedicineringen og dødsårsagen, men det er utvivlsomt, at fejlmedicineringen har påført beboeren endog meget betydelig lidelse i beboerens sidste levetid.

Gennemgangen af hændelsesforløbet giver anledning til følgende kritik:

- A. Den gennemførte kerneårsagsanalyse afdækker alvorlige kvalitetsbrist i Breelteparkens hidtidige praksis for medicinhåndtering, hvilket betyder, at der har været risiko for fejl og mangler, som kan true patientsikkerheden:

Tilsynsrapporten fra 2015 pegede bl.a. på, at der i to af tre stikprøver var uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæsken og antallet af tabletter ifølge medicinlisten. I den efterfølgende handleplan blev der indført egenkontrol (dobbeltkontrol) af alle medicinadministrationer, men det har vist sig, at det ikke kan dokumenteres, at egenkontrol siden faktisk har fundet sted – hverken i det aktuelle tilfælde eller generelt på Breelteparken.

- B. Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte den 7. september 2017 en OBS-meddelelse, hvor der gøres opmærksom på de særlige

⁸ <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/obs-meddelelser/vaer-opmaerksom-paa-overdosering-med-methotrexat-paa-grund-af-daglig-behandling-i-stedet-for-ugentlig/>

udfordringer, der er forbundet med at håndtere methotrexat. I meddelelsen anbefaler styrelsen en række forholdsregler, bl.a. dobbeltkontrol, der skal sikre korrekt håndtering af lægemidlet.

Denne OBS-meddelelse blev ved en fejl ikke udsendt til Breelteparken.

- C. I henhold til daværende instruks på Breelteparken skal en sygeplejerske vurdere, om en læge skal tilkaldes ved fejlmedicinering. I forbindelse med opdagelsen af fejlmedicineringen den 9. februar tilkaldes ikke lægehjælp – hverken på tidspunktet for opdagelsen eller i dagene derefter.
- D. Det er ikke lykkedes at identificere den medarbejder, der foretog den pågældende, fejlagtige dosering den 30. januar.

Overvejelser om eventuelle tjenstlige konsekvenser af hændelsesforløbet ligger uden for rammerne for denne redegørelse.

Hændelsen er som nævnt indberettet til Styrelsen for Patientsikkerhed den 19. februar. Kontorchef Anette Lykke Petri, Styrelsen for Patientsikkerhed, har den 20. marts telefonisk bekræftet, at styrelsen har oprettet en tilsynssag, og at der vil gå et antal måneder, før sagen er afsluttet og styrelsen har truffet en afgørelse.

Det vurderes umiddelbart, at de i kerneårsagsanalysen identificerede initiativer til at forebygge gentagelser er tilstrækkelige.

Det anbefales, at kommunen straks retter henvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på en faglig vurdering af de iværksatte og påtænkte tiltag.

Bilag. Kerneårsagsanalysens handleplaner.

| Handlingsplaner, kerneårsag 1

Handlingsplan	Igangsættes	Deadline
Overvejende formål er at afdække borgere med variabel dosis så man kan se, hvornår man skal være ekstra opmærksom		
<p>Breelteparken Når der flytter en ny beboer ind på plejehjemmet, skal borgerens medicinliste gennemgås systematisk af en sosu-assistent og en sygeplejerske i samarbejde, hvor man drøfter hvert præparat</p> <p>Center for Sundhed og Omsorg: Dette er praksis på kommunens plejecentre.</p> <p>I hjemmeplejen opstartes en borger altid af en sygeplejerske, når borgeren får medicin eller andre sundhedsydelser</p>	Denne praksis er sat i værk – skal opretholdes	Skal opretholdes
<p>Breelteparken Ved kontrol af dosering: Efter dosering gennemgås doseringen af sygeplejerske. Hvis der findes fejl eller tvivl gennemgås doseringen i fællesskab med den assistent der har doseret</p> <p>Center for Sundhed og Omsorg Dette er praksis på kommunens plejecentre</p>	Er sat i værk fra den 21. februar.	Skal opretholdes
<p>Breelteparken De beboere der har variabel dosering printes som ugeplaner. Ugeplanerne kommes i en mappe, hvor der er plastiklommer til hver enkelt side(dag).</p>	Er sat i værk	Skal opretholdes 1. april

<p>Mappen er placeret sammen med uge doseringen hos beboeren.</p> <p>Center for Sundhed og Omsorg Dette er praksis på nogle af kommunens plejecentre – udbredes til alle kommunens plejecentre</p>	Igangsæt slutningen af februar 2018	
--	-------------------------------------	--

Handlingsplaner, kerneårsag 2

Handlingsplan	Igangsættes	Deadline/afviklet
<p>Breelteparken Oplæring i risikolægemidler for alle ansatte sygeplejersker og assistenter i Breelteparken, med udgangspunkt i materiale fra Styrelsen for Patientsikkerhed</p> <p>Center for Sundhed og Omsorg: Oplæring i risikolægemidler for alle ansatte sygeplejersker og assistenter i SOM, med udgangspunkt i materiale fra Styrelsen for Patientsikkerhed</p>	Igangsættes 3. april	15. april
	1. marts	15. april
Oplæring beskrives i kompetenceprofil	1. marts	1. maj
<p>Breelteparken og kommunens plejecentre Oplæring af nye assistenter og sygeplejersker indarbejdes i introduktionsmateriale – fælles for alle plejecentre</p> <p>Center for Sundhed og Omsorg Indarbejdes i introduktionsmateriale til nyansatte sygeplejersker og assistenter Hjemmeplejen MTP Akutteam</p>	1. marts	1. maj
	15. marts	1. juni

Center for Sundhed og Omsorg Der laves en procedure for risikosituationslægemidler	22. februar	Foreløbig procedure på Breelteparken 3. april Færdig procedure 1. maj
--	-------------	--

Handlingsplaner, kerneårsag 3

Handlingsplan	Deadline
Umiddelbart efter hændelsen blev det indskærpet af ledelsen, at en sygeplejerske altid skal kontakte en læge ved fejlmedicinering	
Breelteparken: Det lægges i lokal procedure, at man altid skal kontakte læge ved fejlmedicinering	14. marts
Center for Sundhed og Omsorg: Det lægges i generel procedure, at man altid skal kontakte læge ved fejlmedicinering	15. marts

Handlingsplaner, kerneårsag 4

Handlingsplan	Igangsættes	Deadline/afviklet
Breelteparken Undervisning i korrekt udfyldelse af medicinskema ved variabel dosis Systematisere superbrugerens arbejde med at udbrede viden	Er i gang	
Center for Sundhed og Omsorg Sikre sig, at der er viden om ovenstående – ellers undervise i det	Er igangsat	1. april

Yderligere tiltag

Det er kendt, at KMD Nexus medicinskema og Fælles MedicinKort indeholder stor kompleksitet, og at anvendelsen kan føre til menneskelige fejl.

Derfor planlægges nedenstående, langsigtede handlingsplan:

Handlingsplan	Igangsat	Deadline
Undersøge, hvilke problematikker, der er kendt i forbindelse med FMK's samarbejde med KMD Nexus' medicinskema, i samarbejde med andre kommuner, der arbejder i Nexus	April 2018	September 2018
Systematisk afdækning af de faldgruber der er, fra kommunen henter data fra FMK ind i KMD Nexus' medicinskema, med henblik på at gøre KMD opmærksom på de faldgruber, der er og stille krav om et bedre medicinskema Dette gøres i samarbejde med andre kommuner, der bruger Nexus	April 2018	September 2018