



# Patientsikkerhed i primærsektoren

– eksempler på utilsigtede hændelser

## **PATIENTSIKKERHED I PRIMÆRSEKTOREN**

– eksempler på utilsigtede hændelser

ISBN nr. 978-87-989872-2-2

### **Udgivet af**

Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2010

c/o Hvidovre Hospital, Afsnit P610

Kettegård Allé 30

2650 Hvidovre

Layout: India

Foto: Hans Trier

Udgivet med støtte fra Det Kommunale Momsfond

## FORORD

Fra efteråret 2010 bliver patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren, de sociale institutioner og den præhospitale indsats. Det betyder, at vi nu systematisk og konsekvent skal lære af de utilsigtede hændelser, der finder sted, også indenfor disse områder.

Derfor skal alle sundhedspersoner rapportere, når de får kendskab til fejl og utilsigtede hændelser. På baggrund af denne viden skal årsager til hændelserne identificeres og arbejdsgange m.v. lægges om, så det bliver lettere fremover at gøre det rigtige. Mange forskellige nye faggrupper skal således til at arbejde aktivt med at forbedre patientsikkerheden.

Forudsætningen for at kunne lære af en utilsigtet hændelse er, at man kan genkende den. Hensigten med denne eksempelsamling er at illustrere, hvilke typer af utilsigtede hændelser, der kan forekomme indenfor de forskellige områder af primærsektoren. Vi håber, at eksemplerne vil give anledning til, at man selv kommer i tanke om lignende eller helt andre hændelser, som man har erfaret indenfor sit eget område. Vi håber også, at eksemplerne vil inspirere til fremadrettet at sætte fokus på patientsikkerhed samt skabe gode rammer for rapportering af hændelser.

Med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen kommer der øget fokus på samarbejdet mellem de forskellige aktører og sektorer og de utilsigtede hændelser, som sker i overgangene. Derfor er der medtaget en række eksempler på tværgående utilsigtede hændelser. Alle eksempler er udarbejdet med baggrund i virkelige hændelser, blandt andet med inspiration fra Patientforsikringen og fra de afgørelser, som Patientklagenævnet offentliggør på sin hjemmeside. Herudover vil vi sige tak til de fagpersoner, der også har bidraget med hændelser fra deres egen hverdag.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed udgiver løbende materiale til brug for arbejdet med patientsikkerhed i primærsektoren. Vi opfordrer derfor alle til at benytte hjemmesiderne [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) og [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)

**Beth Lilja**  
*Sekretariatschef*  
*Dansk Selskab for Patientsikkerhed*  
*Juni 2010*

# INDHOLD

<b>FORORD</b> .....	3	<b>BEGREBER OG DEFINITIONER</b> .....	33
<b>INTRODUKTION</b> .....	5	<b>Eksempler: Faldulykke</b> .....	34
<b>DET KOMMUNALE OMRÅDE</b> .....	7	<b>Eksempler: Penicillinallergi</b> .....	35
1. Medicineringsfejl .....	7	<b>Eksempler: Hyposensibilisering</b> .....	36
2. Faldulykker og andre ulykker .....	8	<b>Eksempler: Bortkommet patient</b> .....	37
3. Tekniske svigt og it-svigt .....	8	<b>NOTATER</b> .....	38
4. Brist i kommunikation .....	9		
<b>PRAKSISSEKTOREN</b> .....	11		
<b>Almen praksis</b> .....	11		
1. Medicineringsfejl .....	11		
2. Laboratorieundersøgelser, indgreb mv. . . .	12		
3. Tekniske svigt og it-svigt .....	13		
4. Brist i kommunikation .....	13		
<b>Speciallægepraksis</b> .....	14		
<b>Fysioterapi</b> .....	15		
<b>Kiropraktik</b> .....	17		
<b>Fodterapi</b> .....	18		
<b>TANDBEHANDLING</b> .....	19		
<b>APOTEKSSEKTOREN</b> .....	21		
1. Fejludlevering .....	21		
2. Forkert dosisanvisning .....	21		
<b>TVÆRGÅENDE HÆNDELSER</b> .....	23		
<b>ANALYSEREDE CASES</b> .....	27		
<b>Det kommunale område</b> .....	27		
1. Faldulykke – plejehjem .....	27		
2. Medicineringsfejl – psykiatrisk botilbud . . .	27		
<b>Almen praksis</b> .....	29		
1. Glemte akupunktur nål .....	29		
2. Forsinket henvisning .....	29		
<b>Tværgående hændelse</b> .....	31		
1. Medicineringsfejl			
– almen praksis og hjemmeplejen. . . . .	31		

# INTRODUKTION

## Hvad er en utilsigtet hændelse?

## Hvad er en fejl?

## Hvad er en komplikation?

---

Umiddelbart kan det være vanskeligt at skelne mellem de mange begreber, som rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser hviler på.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed ønsker derfor med denne eksempelsamling at give et billede af, hvilke skader og risici, som patienter kan blive udsat for; vel at mærke uden at dette er tilsigtet fra personalets side.

Et vigtigt udgangspunkt for at skabe øget patientsikkerhed er netop, at medarbejderne kan genkende en utilsigtet hændelse, og at de har tillid til, at man trygt og uden risiko for sanktioner kan rapportere, hvad der er sket. Herved er der skabt gode muligheder for at uddrage læring og forhindre, at det samme kan ske for den næste patient.

Dybest set er det ikke vigtigt, om der er tale om en fejl eller en komplikation. Det vigtigste er en erkendelse af, at vi må lære af det skete. Den faglige indignation eller sagt på dansk "det her må vi gøre anderledes i morgen" samt det uacceptable i, at en patient er blevet skadet eller potentielt kunne være blevet skadet – det er fundamentet for rapportering.

I det lys må lederne opfordre personalet til at rapportere alle hændelser, som de vurderer, udgør et potentiale for læring. Om en hændelse er sket indenfor Sundhedslovens eller Servicelovens rammer skal medarbejderne ikke forholde sig til. Det må fagpersoner (risikomanagere), der er uddannet til at varetage sagsbehandling af hændelserne, tage sig af i samarbejde med de involverede ledere.

Sammenfattende er rapportering, analyse og handling på utilsigtede hændelser blot ét aspekt af arbejdet med at opnå øget patientsikkerhed. Her er der tale om en reaktiv tilgang, hvor man agerer, når noget er gået galt. Et andet aspekt er den proaktive tilgang, hvor man har fokus på situationer, der kan udgøre en risiko for patienterne, og hvor man intervenserer, før den utilsigtede hændelse er sket. Erfaringer nationalt og internationalt har dog vist, at den reaktive tilgang er det primære valg, når patientsikkerhed er et nyt område, der skal indarbejdes i den faglige kultur.

## Læsevejledning

Eksempelsamlingen består af en række korte beskrivelser af selve hændelsen og herefter en mulig forklaring på, hvorfor det skete. De beskrevne hændelser er eksempler fra forskellige dele af primærsektoren. Derudover er der medtaget en række tværgående hændelser.

Endelig er der medtaget enkelte eksempler på, hvordan man kan analysere hændelser og opstille handlingsplaner på baggrund af analysen.

Bagerst i eksempelsamlingen er der en oversigt over centrale begreber og definitioner indenfor patientsikkerhedsområdet. De forskellige begreber er gjort konkrete ved hjælp af fire eksempler. Skemaerne er dog mest egnede til begrebsafklaring og ikke så meget til at afgøre, om noget skal rapporteres eller ej.

## PS

Uagtet, der er tale om borgere, beboere eller klienter, har vi valgt at fastholde betegnelsen patient, da eksemplerne omhandler personer, som modtager sundhedsydelse.



# DET KOMMUNALE OMRÅDE

## 1. Medicineringsfejl

### 1.1 Faktor 10 fejl ved injektion

En patient med bopæl i et socialpsykiatrisk botilbud får en 10 gange for stor mængde Cisordinol (antipsykotisk medicin) som injektion i musklen. Patienten udvikler symptomer på forgiftning og bliver indlagt på sygehus. Efter udskrivelse har patienten ingen mén af hændelsen.

Årsagen var en faktor 10 fejl. Dosis var noteret med håndskrift som "1/10 ml" Cisordinol i.m. x 1 dgl (200mg/ml). Ved en læsefejl blev der injiceret 1 ml. i.m.

### 1.2 Overdosering med Pamol

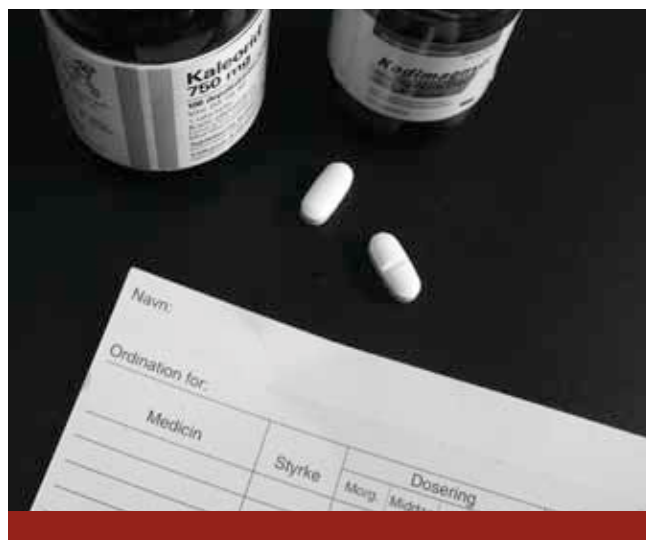
En patient får over tid en for stor dosis Pamol. Patienten har ikke umiddelbart gener fra medicineringen.

Den oprindelige ordination lød på tbl. Pamol 1 g x 3 dgl. samt tbl. Pamol max. 1 g x 1 p.n. Efterfølgende blev ordinationen ændret til tbl. Pamol 1 g x 4 dgl. P.n. ordinationen blev samtidig seponeret. Ved en forglemmelse blev p.n. ordinationen ikke slettet i medicinskemaet. Patienten fik derfor ved flere lejligheder op til 5 g Pamol daglig.

### 1.3 Forveksling af doseringsæsker

En patient med bopæl på plejehjem får uddelt medicin fra doseringsæske. Nogle timer senere besvimer patienten. Der konstateres blodtryksfald. Patienten indlægges akut til observation, udskrives den næste dag uden mén.

Efterfølgende viste det sig, at patienten havde fået en anden beboers medicin. Doseringsæskerne var markeret med fornavn og stuenummer. Da to beboere havde samme fornavn, skete der en forveksling. Patienten fik blodtryksnedsættende medicin fra en æske, der tilhørte en anden beboer. Enkeltfingre fra beboernes doseringsæsker var samlet sammen, så de kunne uddeles ved spisebordet i forbindelse med middagsmaden.



### 1.4 Unldadt medicinudlevering

Dagvagterne på et plejehjem rapporterer, at de ved medicinudlevering kan se i doseringsæskerne, at flere patienter ikke har fået deres medicin om aftenen.

Vikarer i aftenvagt var fra deres tidligere arbejdssteder vant til, at den ansvarshavende delte medicin ud. Den ansvarshavende på plejehjemmet gik ud fra, at vikarerne delte medicin ud. De forskellige forventninger til arbejdsdelingen i forbindelse med medicinudleveringen forblev udtalte.

### 1.5 Methotrexat-forgiftning

En patient i eget hjem bliver utilpas med feber, ondt i halsen og blødning fra tandkødet. Patienten har kvalme og drikker og spiser kun lidt. Symptomerne forværres, og patienten indlægges på sygehuset. Her finder man tegn på supprimeret knoglemarv, især et lavt antal hvide blodlegemer. Patienten dør efter få dages indlæggelse.

Ved gennemgang af patientens medicin, der var medbragt fra hjemmet, blev det opdaget, at der i doseringsæskerne var lagt tbl. Methotrexat til administration daglig

i stedet for ugentlig. Årsag til dette kunne henføres til, at medicinlisten var svær at overskue, fx var der ikke en markering, der advarede om, at tbl. Methotrexat kun skulle gives én gang om ugen. Ej heller var der en adskillelse mellem medicin til daglig og ugentlig administration. Dette gav anledning til forveksling af ugentlig og daglig.

## 2. Faldulykker og andre ulykker

### 2.1 Faldulykke på trappe

En patient med bopæl på plejehjem falder to trin ned ad en trappe. Patienten bliver undersøgt på skadestuen, hvor der ikke kan påvises knoglebrud. Patienten udvikler efterfølgende et stort blåt mærke på højre hofte. Patienten, der var dement og dårligt gående, søgte mod udgangsdøren, hvor trappen ikke var afskærmet. Det antages, at patienten støttede sig til sin stok og ikke til gelænderet. Herved fik patienten overbalance og faldt.

### 2.2 Fald på plejehjems gang

En patient med bopæl på plejehjem har kortvarige tilfælde med balancesvigt og støtter sig derfor til håndlisten på gangen. Langs væggen er der parkeret en lift og en kørestol. Patienten må slippe håndlisten for at komme uden om udstyret. Balancen svigter og patienten falder og brækker højre albue.

Udstyr, der ikke havde været i brug i lang tid, fyldte op i depotrummet. Herudover var der ikke udarbejdet et skema for, hvem der ryddede op i rummet, samt hvornår det skulle ske. Det førte til, at udstyr hobede sig op på gangen. Endelig var informationer om tiltagende balancesvigt ikke brugt til at motivere patienten for at benytte rollator.

### 2.3 Pung fastklemt i badetaburet

En patient i eget hjem sætter sig på badebænken – klar til bad med hjælp fra en social- og sundhedshjælper. Da han skal rejse sig igen, sidder den ene sten fra pungen fast mellem ribberne i badebænken.

Kommunens hjælpemiddelafdeling blev tilkaldt. Badebænken blev savet itu, så der ikke skete patientskade. Hændelsen kunne være undgået ved at lægge håndklæde på badebænken eller ved brug af en bænk uden mellemrum mellem ribberne.

### 2.4 Fald over sengehest

En svært dement patient med bopæl på plejehjem bliver en morgen fundet på gulvet foran sin seng. Patienten har pådraget sig et stort kvæstningssår i ansigtet. Det har blødt voldsomt og bløder fortsat. Patient bliver indlagt med henblik på sårbehandling og blodtransfusion. Patienten har formentlig forceret sengehesten i et forsøg på at stå op.

På plejehjemmet var det ikke fast rutine at iværksætte systematisk faldforebyggelse ved fx at undlade sengeheste og i stedet sætte alle senge i laveste position, når patienten var alene. Herudover blev der ikke systematisk anvendt trædemåtter, tilsluttet kaldesystemet og placeret på gulvet foran sengen hos faldtruede patienter.

## 3. Tekniske svigt og it-svigt

### 3.1 Fejl ved elektrisk vendelagen

En patient på plejehjem er hjulpet i seng, hvorpå der er monteret et elektrisk vendelagen. Da personalet senere kommer ind på stuen, bliver patienten fundet liggende på maven med ansigtet ned i madrassen. Patienten er blå i hovedet og har svag vejrtrækning. Personalet vender patienten og giver ilt, hvorefter patienten ”kommer til sig selv”.

På grund af en teknisk fejl selvaktiverede motoren, og patienten blev vendt rundt og viklet ind i sengetøjet. Det blev påbudt firmaet at melde denne risiko ud til de institutioner, der anvendte denne type vendelagen med henblik på, at systemet blev taget ud af brug, eller at der blev indarbejdet en instruks, der sikrede, at stikket blev trækkes ud af kontakten. Firmaet blev pålagt at udbedre fejlen.

### 3.2 Telefonsvigt ved opkald til 112

En patient på plejehjem har vejtrækningsbesvær og mistænkt lungeødem. Personalet forsøger at ringe 112 over den trådløse telefon, men den fungerer ikke. Den stationære telefon fungerer heller ikke. Via en privat mobiltelefon lykkes det at ringe 112. Ambulancen når frem med nogle minutters forsinkelse.

På plejehjemmet havde man tidligere oplevet udfald ved brug af den trådløse telefon. Dette kunne afhjælpes ved at bevæge sig hen til et sted i huset, hvor der normalt var gode modtageforhold. Svigt af den stationære telefon var ikke sket tidligere.

### 3.3 Fejlmelding i elektronisk omsorgsjournal

En patient på plejehjem skal indlægges akut på sygehus. Data om patientens akutte situation, den generelle helbredsstatus samt medicinliste skal skrives, printes og samles sammen og sendes med til sygehuset. Imidlertid kommer det elektroniske omsorgssystem med fejlmeldinger, så det lykkes kun delvis at få printet relevante informationer.

Omsorgssystemet var indført for nylig, hvorfor personalet endnu ikke var helt fortrolige med at benytte det. I den akutte situation gav det anledning til forvirring og

stress, der førte til problemet med at finde og printe data. Herudover var en erkendt teknisk fejl i systemet ikke nået at blive rettet.

## 4. Brist i kommunikation

### 4.1 Glemte på toilet

En patient med bopæl på en institution for handicappede bliver en morgen kl. 8:00 fundet på toilettet siddende i en lift med sejl. Patienten er bevidstløs og indlægges akut på sygehuset. Patienten dør tre dage senere.

Patienten blev senest tilset kl. 21:00 aftenen forinden. Her hjalp to ansatte patienten med aftentoilette. Efter vanlig plan skulle patienten sidde alene på toilettet i ca. 15 minutter. Da en anden patient blev akut dårlig, blev personalet optaget af at tage sig af opgaver, der hastede. Herefter var der vagtskifte, hvor den dårlige patients situation var i fokus. Det medførte, at nattevagterne ikke fik besked om patienten på badeværelset. I løbet af natten var der ekstraordinære opgaver på grund af den dårlige patient, hvorfor tilsyn til hver enkelt patient ikke foregik efter vanlig rutine. Tilsammen førte det til, at patienten blev glemt på badeværelset.





# PRAKSISSEKTOREN

## ALMEN PRAKSIS

### 1. Medicineringsfejl

#### 1.1 Overset penicillinallergi

En patient henvender sig med en tilstand, der tolkes som begyndende anafylaktisk chok som følge af penicillinallergi. Lægen giver inj. Solucortef og Tavegyl samt lægger drop. Patienten bliver indlagt akut til videre behandling.

Allergien var noteret i journalen, men lægen overså det. Ved ordination af penicillin til behandling af patientens halsinfektion fremkom der ikke en advarsel i det elektroniske system. Patienten huskede ikke selv på at fortælle om allergien og indtog tbl. Penicillin 2 mill. IE, som lægen gav hende. Patienten nåede at tage yderligere to doser, før hun igen henvendte sig til sin praktiserende læge.



#### 1.2 Inkomplet børnevaccination

Et lille barn bliver vaccineret. Efterfølgende bliver det opdaget, at en af komponenterne i vaccinen ikke er injiceret. Barnet bliver revaccineret.

Vaccinesprøjterne indeholdt fra producenten en af vaccinekomponenterne, mens en anden komponent (som tørstof), der lå i bunden af 5-stks pakningen, skulle trækkes op i sprøjten og opblandes før injektion. Dette var en ændring fra tidligere, hvor vaccinen lå færdigblandet i sprøjten, og der ikke var nogen tørstofkomponent, der skulle opblandes. Uddannelseslægen havde ikke fået instruktion herom, og han havde ikke tidligere set det pågældende produkt. Design af pakningen gjorde, at brugeren ikke intuitivt blev opmærksom på, at der skulle opblandes yderligere en komponent.

#### 1.3 Forveksling af medicinnavne

En patient får ordineret tbl. Mianserin a 30 mg i stedet for tbl. Mirtazapin a 30 mg. Begge lægemidler anvendes til behandling af depression. Da patienten næste gang kommer for at få fornyet recepten, opdages fejlen. Ingen umiddelbar konsekvens for patienten.

Lægen var vant til at ordinere begge typer lægemidler; men på grund af travlhed, og fordi de to navne ligner hinanden (look-alike), skete der en forveksling.

#### 1.4 Forveksling af hætteglas

En patient, der skal have en blokade på grund af rygsmerter, får injiceret Morfin 4,5 ml (20 mg/ml) i stedet for Xylocain 4,5 ml. Patienten får susen for ørerne og føler sig mærkelig. Lægen giver modgift og indlægger patienten til observation.

Et hætteglas med morfin, der normalt opbevares i en lægetaske, var af ukendte årsager lagt i bakken med medicin til blokader. På grund af travlhed blev præparatets navn og styrke ikke kontrolleret, før medicinen blev injiceret.

#### 1.5 Brist i kommunikation

En patient får ordineret tbl. Nitrofurantoin til behandling af en urinvejsinfektion. Ordinationen er besluttet efter råd fra mikrobiologer, da patienten ikke kan tåle tbl. Ciproxin. (Urinprøven har vist, at bakterierne kun er følsomme for tbl. Ciproxin). Lægen sender recept til

apoteket og orienterer patienten. Kort tid efter ringer apoteket, da de ikke har tbl. Nitrofurantoin hjemme. En anden læge end den læge, der ordinerede nitrofurantoin, taler med apoteket. Han ordinerer i stedet tbl. Ciproxin. Patienten tager medicinen uden, at det udløser overfølsomhedsreaktion.

På grund af travlhed blev samtalen med mikrobiologerne og den oprindelige ordination ikke noteret i journalen. I samtalen med apoteket havde læge nr. 2 fokus på svaret for dyrkning og resistens, og dermed ikke cave-feltet. Han ordinerede tbl. Ciproxin og skrev dette ind i journalen. I receptmodulet var der indbygget ordinationsstøtte, der giver advarsel om eventuelle allergier; men da ordinationen blev givet mundtlig, blev det ikke benyttet. Patienten selv var ikke opmærksom på, at det var medicin, hun var allergisk overfor. Misforståelsen blev opdaget ved en tilfældighed ved gennemgang af patientens journal.

## 2. Laboratorieundersøgelser, indgreb mv.

### 2.1 Høj sænkingsreaktion overset

En patient får taget blodprøver, herunder sænkingsreaktion (SR). Svaret viser svært forhøjet SR på 115. Sekretæren skriver svaret ind i journalens laboratorieskema. Ved telefonisk henvendelse får patienten at vide, at blodprøverne er normale. Patienten viser sig senere at have muskelgigt (polymyalgi).

Sekretæren var ikke informeret om, at SR over en vis øvre grænse betragtes som et svært abnormt svar og dermed akut behandlingskrævende. Derfor blev svaret ikke markeret med en stjerne; ej heller blev lægen informeret mundtlig, straks da svaret forelå. På grund af travlhed havde lægen indarbejdet en rutine, hvor han gennemgik laboratoriesvar og især havde fokus på stjernemarkeringer og ikke på tallene.

### 2.2 Glemte akupunktur nåle

En patient henvender sig på grund af smerter i højre skulder, som han ønsker behandlet med akupunktur.

Patienten har tidligere fået akupunktur i venstre skulder. Lægen sætter en nål i venstre skulder, hvorefter patienten gør opmærksom på, at det denne gang drejer sig om højre skulder. Lægen sætter herefter nåle i højre skulder. Efter 10 minutter fjerner sekretæren alle nålene i højre skulder. Patienten går rundt med en nål i venstre skulder i et døgn, før den bliver opdaget og fjernet. Der skete ingen patientskade, men patienten kunne i værste fald have fået punkteret den venstre lunge (pneumothorax).

Der var ikke indarbejdet en fast praksis for dokumentation af, hvilken side og på hvilke kropsdele, der skulle gives akupunktur. Ligeledes var der ikke indarbejdet en fast praksis for dokumentation af, hvor mange nåle, der var sat. I den aktuelle behandling lod lægen nålen i venstre skulder blive siddende som en ekstra "bonus", både fordi patienten tidligere havde haft smerter her, og fordi nålen nu engang var placeret. Imidlertid havde lægen ikke indarbejdet et system for videregivelse af information, fx ved at fortælle patienten hvor mange nåle, han satte, hvor de blev sat, samt hvilke han fjernede. Patienten var derfor ikke opmærksom på nålen i venstre skulder.



### 2.3 Positiv graviditetstest tolkes negativ

En patient har ikke haft menstruation siden en fødsel 12 måneder tidligere, og nu mener hun, at maven er vokset. Patienten får taget blodprøve (HCG) med henblik på påvisning af mulig graviditet. To dage senere konstaterer en fast lægevikar, at blodprøven er negativ. Patienten bliver opfordret til at komme til videre udredning af vægtøgningen og den udeblevne menstruation. Fem uger senere bliver det konstateret, at patienten er i 25. graviditetsuge.

Svaret på blodprøven var i det elektroniske laboratorie-svar anført som "P-Choriongonadotropin, kval., arb.s. 1 arb. Enh F" (altså en kvalitativ test, som når den er positiv udløser svaret "1 arb. Enh."). Lægen skulle imidlertid stille cursoren i feltet for at se hele teksten, idet feltet ellers vil vise "P-Choriongonadotropin, kva.". Lægen havde læst dette som svaret "1" på en kvantitativ test for HCG, hvor værdier under 10 anses for negative. Der blev i lægehuset taget kvantitative HCG-test væsentlig hyppigere end kvalitative tests. Derved øgedes risikoen for, at lægen fejltolkede HCG-prøven som en kvantitativ test, der var negativ.

## 3. Tekniske svigt og it-svigt

### 3.1 Sletning af journalnotater

En patient med brystsmertter ringer til lægevagten. Lægen vurderer, at patienten kan have en blodprop i hjertet. Patienten får at vide, at der vil komme en ambulance, så han kan blive akut indlagt på hospitalet. Lægen lægger røret på og taster F4 på computeren. Kontaktoplysninger på patienten bliver slettet. Data bliver rekonstrueret, og patienten hentet med forsinkelse.

F4 giver i lægens egen praksis adgang til, at han kan skrive i journalen. Det var derfor en indarbejdet rutine at taste F4. I lægevagtens IT-system betyder F4 imidlertid, at patienten helt slettes fra systemet. I systemet var der ikke indbygget en advarsel om, hvorvidt man ønskede at slette data.



## 4. Brist i kommunikation

### 4.1 Blødning i forbindelse med AK-behandling

En patient i AK-behandling med Marevan udvikler massiv tarmlødning. Patienten får hjertestop lige efter akut sygehusindlæggelse.

INR blev målt til 5,9 (normalt skulle INR for denne patient ligge mellem 2,5 og 3,5). Sygeplejersken videregav mundtligt resultatet, som lægen imidlertid opfattede som 3,9. Han ordinerede pause med Marevan i tre dage; herefter vanlig dosis. Sygeplejersken forklarede dette til patienten, som ikke helt forstod, hvad hun mente. Patienten fortsatte derfor med vanlig dosis. Som følge af disse misforståelser overdosering med Marevan.

## SPECIALLÆGEPRAKSIS

### 1. Fejl i patologisvar

En speciallæge i patologi fremsender elektronisk svar på hudbiopsi til speciallæge i hudsygdomme. Svaret angiver basocellulært karcinom (hudkræft). Dette overrasker hudlægen, der havde forventet, at der var tale om et aterom (godartet talgknude). De to læger konfererer telefonisk og får uret fejltagelsen.

I patologernes elektroniske system var der ikke indbygget barrierer, der kunne forhindre forveksling af bogstaver. Det var derfor muligt uopdaget at taste Y (koden for karcinom) i stedet for E (koden for aterom). Hertil kom, at patologen som følge af flere afbrydelser blev forstyrret og derfor ikke fik gennemlæst svaret, før det blev afsendt.

### 2. Forveksling af patienter

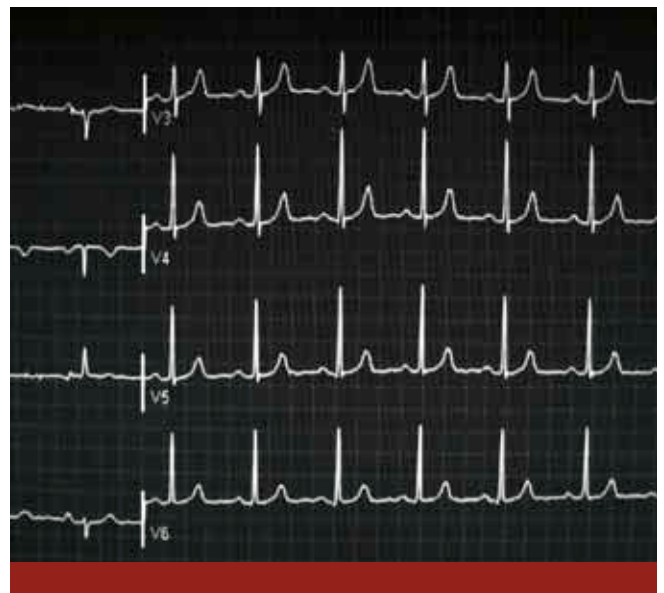
En speciallæge sender en elektronisk recept til apoteket. Da patienten vil hente medicinen, opstår der nogen forvirring. På apoteket er der kommet en recept fra den pågældende speciallæge, men den er udstedt til et barn. Det viser sig at være patientens søn.

Hos speciallægen havde patienten først fået besvaret en række spørgsmål om sin søn. Herefter havde han fået afklaret sine egne problemer. Lægen fik ikke lukket vinduet med journaloplysninger for barnet. It-systemet var opbygget, så det gav mulighed for at adgang til journaloplysninger for flere patienter på samme tid, så speciallægen kom til at udfærdige recepten til barnet i stedet for til faderen, som havde samme efternavn som barnet.

### 3. „Look-alike“ lægemidler

En patient konsulterer en speciallæge i øre-næse-hals-sygdomme med henblik på behandling af hyppige

næseblødninger. Forud for brænding af blodkar i højre næsebor bliver patienten lokalbedøvet. Da lægen sætter en vattampon med lokalbedøvelse op i næseboret, klager patienten over voldsom svie. Da tamponen efter ca. 15 minutter bliver fjernet, er der fremkommet en hvidlig ætsning af slimhinden. Behandlingen må opgives.



To brune flasker med henholdsvis lidocain og trikloreddikesyre havde samme størrelse og stod ved siden af hinanden i behandlingsrummet. Lægen tjekkede navnet på etiketten og mente, at han læste rigtigt, men i og med de to præparater lignede hinanden, blev vattamponen vædet med trikloreddikesyre.

### 4. Glemmt serviet ved operation

Et barn får fjernet polypper hos en speciallæge i øre-næse-halssygdomme. Nogle dage senere henvender moderen sig igen på grund af påfaldende lugt fra barnets mund. Ved nærmere undersøgelse viser det sig, at der er glemt en serviet. Den bliver fjernet i fuld narkose. I klinikken var der ikke indarbejdet en fast praksis med

optælling af anvendte servietter og andet udstyr i forbindelse med operationerne.

## 5. Forvekslingskirurgi

En patient bliver af speciallæge i ortopædkirurgi opereret for karpaltunnelsyndrom (afklemning af nerver som følge af forsnævring af vævsrum i håndfladen). Patienten skulle have været opereret for Quervain's sygdom (en forsnævrende proces i seneskederne til tommelfingerens sener). Efterfølgende bliver patienten opereret hos en anden speciallæge.

Som følge af afbud fra flere patienter blev det nødvendigt den dag at foretage ændringer i operationsprogrammet. Herved blev information om to patienter på dagens operationsprogram forbyttet, herunder oplysning om det planlagte indgreb. Det medførte, at der ved denne patient blev jodet af og afdækket svarede til operation for karpaltunnelsyndrom. Hertil kom, at der ikke var indarbejdet en praksis med Time Out eller gennemgang af Sikker Kirurgi tjekliste forud for operationerne.

## 6. Knækket kanylespids i knæled

En speciallæge i ortopædkirurgi foretager kikkertoperation af knæleddet hos en patient. Som led i operationen indsættes en plastikkanyle i knæleddet med henblik på afledning af skyllevæske. Kanylen bliver fjernet, dog uden at det blev konstateret, at spidsen er knækket. Patienten får fjernet kanylespidsen ved en efterfølgende operation.

I klinikken var der ikke indarbejdet en fast praksis med Time Out eller gennemgang af Sikker Kirurgi tjekliste i forbindelse med operationer. Herved blev udstyr ikke gennemgået for defekter før og efter indgrebet.

## FYSIOTERAPI

### 1. Fald fra balancebræt

En ældre patient med balanceproblemer deltager i holdtræning. Kvinden skal på et balancebræt kaste en bold til en anden deltager. Under øvelsen falder kvinden bagover og pådrager sig et brud på håndleddet.

Det blev vurderet, at årsagen til faldhændelsen kunne henføres til kombinationen af en kompleks øvelse og en patient med balanceproblemer.

### 2. Forbrænding ved kortbølgebehandling

En patient bliver behandlet med blandt andet kortbølge for højresidige skuldersmerter. Efter den anden konsultation udvikler patienten udbredte forbrændinger på højre skulder samt smerter i muskulaturen.

Patienten havde nedsat følesans og reagerede derfor ikke som normalt forventet ved kortbølgebehandling.



gen. Dette blev ikke erkendt forud for behandlingerne, hvorfor der ikke blev taget hensyn til dette ved doseringen af kortbølger.

### 3. Kondicykel med løs sadel

---

En patient med tidligere rygproblemer gennemgår efter en operation et genoptræningsforløb. Heri indgår træning på en kondicykel. Da patienten sætter sig på sadlen, drejer den bagover. Det medfører uhensigtsmæssig belastning og giver nogen spænding i ryggen under en træningsperiode på 8-9 minutter. Efterfølgende har patienten langvarige rygsmerter, der medfører et nyt smertebehandlingsforløb.

Der var ikke i fysioterapeutens klinik indarbejdet rutiner, der sikrede, at kondicyklens regulerbare dele blev kontrolleret og fastspændt efter hver brug.

### 4. Overrivning af achillessene ved træning i stepmaskine

---

En patient træner efter en operation for overrevet achillessene i en såkaldt ubelastet stepmaskine. Første gang han anvender maskinen, får han kraftige smerter svarende til den opererede sene. Det viser sig efterfølgende, at der er opstået en ruptur af achillessenen.

Hverken fysioterapeut eller patient var informeret om, at patienten havde usædvanlig hævelse efter operation for overrevet achillessene, hvilket kunne have betydning for senens belastningsevne.

### 5. Fald fra pilatesbold

---

En patient går til genoptræning efter brud på lårbenshalsen. Under træning på en pilatesbold falder hun bagover og slår hovedet mod en radiator. Hun

pådrager sig kraniebrud og dyb flænge i baghovedet. Øvelsen på pilatesbold var for krævende set i lyset af patientens nedsatte mobilitet og balanceevne. Dette udløste faldhændelsen. Herudover foregik træningen tæt på en radiator, der ikke var afskærmet. Dette medførte, at patienten pådrog sig et hovedtraume.

### 6. Fald fra hest

---

Et handicappet barn bliver under rideterapi på udenørsbane kastet af hesten. Drengen pådrager sig brud på to lændehvirvler.

Der var hul i hegnet til ridebanen. Derfor kunne to herreløse hunde løbe ind på banen. Det skræmte hesten, der blev urolig og gjorde pludselige bevægelser.

### 7. Brækket lårben efter udspændingsøvelser

---

En yngre patient med medfødt muskeldystrofi går til regelmæssige fysioterapeutiske behandlinger med vægtøvelser, udspændingsøvelser af arme, ben og ryg samt kontrakturprofylakse. Patienten er kørestolsbruger, men har støttefunktion ved forflytninger. Under en træningssession bliver der foretaget en udadrotation af hoften, hvorved der opstår et brud på højre lårben. På røntgenbillederne ses udover bruddet meget spinkle knogler og dårlig knoglestatur. Patienten har efterfølgende behov for mere hjælp til forflytninger; også efter at bruddet er helet.

Der blev ikke foretaget røntgenundersøgelse, før behandlingsserien blev indledt. Herved blev det ikke erkendt, at patientens konstitution nødvendiggjorde særlig stillingtagen til behandlingsmetode samt afvejning af intensiteten af behandlingen. Da patienten selv gjorde opmærksom på, at der blev lagt for megen vægt på strækket, blev det for sent opfattet som tegn på, at udspændingen var for kraftig.



## 8. Brandsår efter nervestimulation

En ældre patient får elektrisk nervestimulation (TENS) på grund af infiltrationer i balden (myosis glutealis), idet udspænding og øvelsesterapi ikke har haft effekt. Patienten oplyser efter et stykke tid, at det gør ondt. Da fysioterapeuten tilser patienten har han udviklet to brandsår på balden, svarende til elektroderne. Der går efterfølgende infektion i sårene, som jævnligt gennem tre måneder må skiftes ved hjemmesygeplejerske.

Patienten havde nedsat følesans. Dette blev ikke erkendt forud for behandlingerne, hvorfor der ikke blev taget hensyn til dette ved doseringen af TENS.

# KIROPRAKTIK

## 1. Ribbensbrud efter manipulation

En patient har jævnligt været i kiropraktisk behandling på grund af intermitterende smerter i ryg, nakke og skulder. Som led i behandlingen giver kiropraktoren

manipulation (costovertebralt th 6-8). Der høres et kraftigt manipulationsknæk, patienten får smerter og mister luften i nogle minutter. Ved efterfølgende røntgenundersøgelse bliver der konstateret frisk brud af 8. ribben på venstre side samt knogleskørhed svarende til lændehvirvlerne. Patienten udvikler efterfølgende væske nederst i lungerne. Herudover har hun smerter svarende til bruddet i ca. ½ år.

Der blev ikke foretaget røntgenundersøgelse, før behandlingsserien blev indledt. Herved blev patientens knogleskørhed ikke blev opdaget. Kiropraktoren valgte derfor en behandlingsmetode eller – intensitet, der øgede risikoen for, at patienten blev overbelastet med skade til følge.

## 2. Løst behandlingsleje medfører whiplash læsion

Under manipulationsbehandling af en patients ryg løsner behandlingslejet sig. Patienten falder derfor ca. 30 cm vertikalt ned og pådrager sig whiplash læsion, som kræver ½ års behandling.

Klinikkens behandlingslejer blev som led i en serviceaftale eftersat og justeret halvårligt, men på grund af ferielukning af klinikken var det ikke blevet opdaget, at en metaltap i lejets stel var knækket, hvilket øgede sandsynligheden for, at lejet ville løsne sig.

## 3. Navneforveksling

En patient skal for første gang behandles for lænderygsmerter. Patienten bliver kaldt ind fra venteværelset. Kiropraktoren indleder konsultationen med at spørge til smerterne i nakken. Det undrer patienten sig over, hvorfor kiropraktoren beder patienten om at oplyse sit fulde navn og cpr. nr. Herved bliver det konstateret, at der ikke er overensstemmelse mellem navnet på journalen og det navn, som patienten oplyser.

Det viste sig, at to patienter havde samme fornavn og næsten enslydende efternavn. Begge patienter ankom på samme tid til klinikken. Af hensyn til patienternes diskretion blev kun fornavnet anvendt, da patienten blev kaldt ind. Ved påbegyndelse af selve konsultationen blev patienten ikke identificeret med navn og cpr. nr., hvilket ellers var vanlig praksis. Årsagen til dette var distraherende faktorer som følge af et højt støjniveau, fordi ejendommen var under renovering, og håndværkere benyttede borehammere.

## FODTERAPI

### 1. Amputation af underben efter fjernelse af hård hud

En ældre mand med insulin-behandlet sukkersyge gennem 48 år har kraftigt nedsat blodomløb og frem-skredne føleforstyrrelser (neuropati) i begge fødder. Han bliver behandlet med bortskæring af hård hud på højre hæl. I den forbindelse kommer der en lille rift i hælen. Såret vil ikke hele, og ved ambulant undersøgelse på sygehuset findes tegn på nekrose af hæl-såret. Patienten sættes i behandling med antibiotika uden effekt. Han får senere foretaget amputation af underbenet (crusamputation).

Patienten havde som følge af sin diabetes en øget risiko for infektion og forsinket sårheling. Kommunikation mellem patient og fodterapeut var ikke klar og entydig, hvorfor patienten opfattede riften som betydningsløs og derfor først henvendte sig på ambulatoriet, da der var opstået nekrose i såret.

### 2. Fjernelse af storetånegl på grund af betændelse

En ældre kvinde udvikler betændelse i storetåen efter almindelig fodbehandling. Der opstår betændelse i tåen, som forsøges behandlet af egen læge med penicillin, men uden effekt. Patienten får efterfølgende

fjernet neglen hos speciallæge i ortopædkirurgi. Efterfølgende har hun behov for sårskifte ved hjemmesygeplejen. Såret heler op uden følger.

Behandlingslejet var ikke blevet korrekt højdeindstillet, hvilket medførte en u hensigtsmæssig arbejdsstilling for fodterapeuten. Dette øgede risikoen for, at patientens negl blev klippet for langt ned i siden, med øget risiko for sår dannelse til følge.

### 3. Negleklipping medfører tryksskade og betændelse

En midaldrende mand med mangeårig sukkersyge og nedsat følesans i fødderne får jævnligt klippet negle og eftersat fødderne hos fodterapeut. Efter behandling hos fodterapeut udvikler han betændelse i 4. tå. Fodterapeuten renser såret og finder, at et lille stykke afklippet negl har trykket sig ind i tåen. Patienten bliver behandlet langvarigt med antibiotika og sårskiftninger. Før såret heler.

Patienten havde som følge af sin diabetes en øget risiko for infektion og forsinket sårheling. Ved en forglemmelse blev et afklippet neglestykke overset. Hertil kom, at kommunikationen mellem patient og fodterapeut ikke var klar og entydig, hvorfor patienten opfattede tryksskaden som betydningsløs og derfor først henvendte sig til sin praktiserende læge, da der var opstået infektion i såret.

# TANDBEHANDLING

## 1. Nervelæsion ved anlæggelse af lokalbedøvelse

I forbindelse med fyldningsarbejde anlagde en tandlæge lokalbedøvelse i venstre side af underkæben (mandibulær analgesi). Efterfølgende klagede patienten over føleforstyrrelser i tungen og nedsat smagsans. Det blev senere påvist, at han havde fået permanent nedsat følesans i et område af tungen, antagelig som følge af en nervelæsion.

Lokalbedøvelsen blev anlagt med et for kraftigt indstik, fordi tandlægen var fortravlet. Det antages, at kanylespidsen herved blev bøjet mod kæbeknoglen og blev deformeret. På den måde øgedes risikoen for, at patientens blev påført en nervelæsion.

## 2. Tandudtrækning – forkert tand

Et 14-årigt barn skal forud for tandregulering have trukket en lille kindtand ud i højre side af overmunden. En specialtandlæge sender henvisning til barnets sædvanlige tandlæge. Heraf fremgår det, at det drejer sig om +4 (kindtand i venstre side af overmunden). Tandlægen studser, men følger henvisningen og trækker tanden ud. Da barnet møder til behandling hos specialtandlægen, bliver det erkendt, at tanden er trukket ud



i den forkerte side. Behandlingsplanen må revideres, fordi patienten nu vil mangle to tænder i overkæbens venstre side, hvor der i forvejen manglede anlæg til en lille kindtand (+5). På sigt skal patienten i 21 års alderen supplerende have indsat implantat med porcelænskrone.

Travlhed og afbrydelser førte til, at der ikke som planlagt blev anført højre sides 4+ på henvisningen. Hertil kom, at der ikke var indarbejdet en fast rutine for kommunikation om eventuelle uklarheder eller vanskeligheder ved at tolke henvisninger.

## 3. Forveksling af skoleelever i kommunal tandklinik

Efter tandplejerens undersøgelse af alle eleverne i en klasse har Jonas Roed Hansen to uger senere en tid til behandling af 6- (en kindtand i undermundens højre side). Drengen møder ikke op til aftalt tid, hvorfor klinikassistenten tilkalder Jonas via skolens samtaleanlæg. Han kommer, sætter sig tavst i patientstolen og bliver lokalbedøvet. Da tandlægen 10 minutter senere vil indlede behandlingen, stopper hun op. Hun kan ikke se, at det journaliserede cariesangreb er fyldningskrævende. Patienten bliver bedt om at sige sit navn. Det viser sig, at han hedder Jonas Rygård Hansen. (Førstnævnte Jonas går i samme klasse, men er ikke i skole den dag). Barnets mor bliver informeret om, at hendes søn er blevet unødigt bedøvet, men at der ikke er sket yderligere skade.

Kutymen med alene at benytte elevernes fornavn indebærer øget risiko for forveksling af elever med samme navn. Hertil kom, at der ikke i klinikken var indarbejdet en fast rutine for benyttelse af aktiv identifikation; det vil sige, at eleverne ved ankomst og forud for behandling skulle sige både for- og efternavn samtidig med, at personalet kontrollerede, at korrekt journal og røntgenbilleder m.v. var hentet frem.

#### 4. Overophedet tandlægebor medfører brandsår

---

En patient skal have fortaget en langvarig tandbehandling af en meget destrueret kindtand i venstre side af underkæben. Tandlægen anlægger en mandibulær lokalanalgesi. To dage efter behandlingen klager patienten over en brandsårslignende affektion i venstre side af underlæben. Såret læges i løbet af en uge.

På grund af den langvarige behandling blev boret meget varmt, hvilket tandlægen ikke var tilstrækkeligt opmærksom på. Da patientens læbe ikke var beskyttet, og da patienten havde nedsat reaktionsevne som følge af bedøvelsen, medførte det en forbrænding.

#### 5. Patient vælter på knallert efter lattergasbedøvelse

---

En ung mand får cariesbehandling af flere tænder. Behandlingen, der varer 40 minutter, sker under 50% / 50% kvælstofforilte analgesi (lattergas). Patienten er forsinket til en anden aftale og ønsker konsultationen afsluttet uden afsluttende tilførsel af 100 % ilt. Han kører af sted på sin knallert, men vælter et par gader henne og pådrager sig hudafskrabninger.

Patientens forsinkede aftale gav anledning til stress og forvirring. Dette resulterede i, at han ikke klart og entydigt blev informeret om risikoen ved at undlade iltbehandling. Hertil kom, at personalet i klinikken ikke nåede at få information om, at patienten agtede at

køre på knallert og derfor ikke fik advaret ham om, at lattergas giver svimmelhed og dermed en øget risiko for at vælte.

#### 6. Rodfil tabt ned i patientens svælg

---

En patient gennemgår rodbehandling af en fortand. Tandlægen benytter en rodfil, der med skrabende bevægelser arbejder i tandens rodkanal. Tandlægen mister grebet om filen, der ender ved indgangen til svælg. Da patienten ligger ned, er der risiko for at filen aspireres. Det sker dog ikke, da filen bliver fjernet med en pincet.

Som følge af, at patienten led af tandlægeskræk, blev hans ønske om at undlade brug af gummiafdækning (kofferdam) efterfulgt. Samtidig medførte patientens utryghed, at kommunikationen var fokuseret på at berolige ham. Herved blev der ikke sat en tandtråd i hullet i skaftet på rodfilen – en løsning, der kunne have minimeret risikoen for aspiration af filen.

# APOTEKSSEKTOREN

## 1. Fejludlevering

### 1.1 Navneforveksling af præparat

En hospitalsrecept på allergivaccinen ALK 108 Bertula verrucosa bliver ekspederet på et apotek, men i stedet bliver vaccinen ALK 225 Phleum pratense udleveret. Forvekslingen bliver ikke opdaget. To måneder senere vaccineres patienten med den forkerte vaccine hos sin praktiserende læge. Dette medfører, at patienten får universelt udslæt og påvirket almen tilstand.

Stor lighed mellem både navnene – der er over 100 lægemidler, hvis navn starter med ALK efterfulgt af et nummer – og stor udseendemæssig lighed mellem indpakningen af de to lægemidler øgede sandsynligheden for, at apotekspersonalet forvekslede dem ved ekspedition og fremtægning.

### 1.2 Forveksling af styrke

På et apotek indleveres en håndskreven recept lydende på Contalgin 10 mg. Ved ekspedition af recepten takseres Contalgin 100 mg. Contalgin 100 mg findes frem, kontrolleres og udleveres. Patienten indtager præparatet. Bliver efter 2 døgn træt / utilpas og indlægges akut.

Der var 4 fagpersoner (receptkontrol – taksation – kontrol (+ stregkodekontrol) – udlevering i apoteksudsalg) involveret i ekspeditionen, ingen af dem studsede over, at der var uoverensstemmelse mellem den styrke, der stod på recepten, og den styrke, der var angivet på den fremfundne pakning.

## 2. Forkert dosisanvisning

### 2.1 Fejllæsning af dosisanvisning

En forælder henvender sig til et apotek med en recept på Trimopan oral suspension 10 mg/ml til sit to dage gamle barn. Præparatet er ordineret i en dosis på 0,4 ml dagligt. I forbindelse med receptekspeditionen indtastes

en forkert dosisanvisning på 4 ml dagligt. Præparatet udleveres med den forkerte dosisanvisning og med en tilhørende 10 ml doseringsprøjte. Efter patienten i en uge har indtaget 10 gange over den ordinerede dosis, resulterer det i mavesmerter, diarré og dårlig trivsel.

En gennemgang af forløbet viste, at doseringen på recepten var angivet som "0,4 ml (= 4 mg)". Ved takseringen blev enhederne forvekslet og dosisanvisningen angivet som "0,4 mg (= 4 ml)".

### 2.2 Fejltolkning af dosisanvisning i it-system

En patient får ordineret Antabus á 400 mg i en dosis på 2 brusetabletter 2 gange ugentligt. Ved udleveringen fremgår følgende dosering på etiketten: 2 brusetabletter 2 gange dagligt. Præparatet med den forkerte dosisanvisning bliver udleveret. Patienten tager derfor brusetabletterne dagligt i 17 dage, hvilket medfører indlæggelse på grund af forgiftningssymptomer.

Denne forveksling kan være opstået ved, at den angivne dosis fra recepten i apotekets it-system blev indtastet som 2x2, der af programmet oversættes til 2 brusetabletter 2 gange dagligt.

### 2.3 Ombyttede etiketter

En patient henvender sig på apoteket for at hente sin medicin for diabetes (Metformin 500 mg, 1 tablet 3 gange daglig) og sin blodtryksregulerende medicin (Enalapril 5 mg, 1 tablet daglig). I ekspeditionsforløbet kommer apotekets medarbejder til at bytte om på de to doseringsetiketter. Patienten henvender sig på apoteket dagen efter, da hun undrer sig over den nye dosering. Hun har ikke nået at tage medicinen, som angivet på doseringsetiketten, men fortsat sin behandling i sædvanlig dosering.

Afbrydelser øgede sandsynligheden for, at apotekets medarbejder byttede om på de to etiketter under kontrolproceduren.



# TVÆRGÅENDE HÆNDELSE

## 1. Praktiserende læge – sygehus

En patient henvender sig til egen læge på grund af smerter under ribbensranden. Patienten oplyser samtidig, at hun ikke har fået svar på en mammografi og biopsi, der er foretaget to år tidligere. Det viser sig, at der ikke dengang blev fulgt op på dette svar. Patienten indlægges og gennemgår – efter fjernelse af brystet – kemo- og stråleterapi. Senere viser det sig, at der er spredning til brystvæg og knogler. Patientens prognose er dårlig.

To år tidligere havde patienten henvendt sig til egen læge for at få svar på mammografi og biopsi. Dengang havde lægen endnu ikke fået svaret (en uge efter undersøgelsen). Efterfølgende var patienten til flere konsultationer for andre gener; også på tidspunkter, hvor svar på mammografien og biopsien forelå. Her blev svaret – med diagnose og anbefaling af fjernelse af kræftknode – ikke fulgt op. Oprindeligt, da svaret kom, som viste, at patienten havde kræft, var den praktiserende læge sygemeldt. Derfor blev patienten ikke kontakttet.

## 2. Sygehus – apotek – praktiserende læge

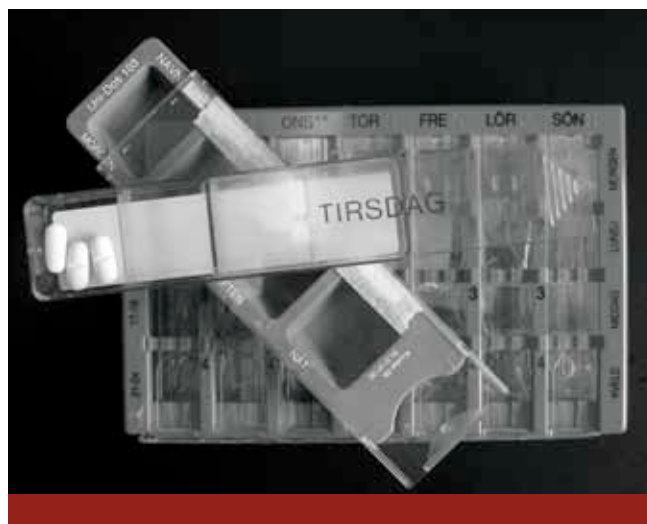
En patient, der får dosisdispenseret medicin, indlægges med hjerteproblemer. Under indlæggelsen bliver medicinen ændret, idet dosis af Digoxin øges fra 62,5 til 125 mikrogram, og der opstartes med tbl. Selo-Zok a 50 mg. Patienten får recept med hjem fra sygehuset. Ved en konsultation hos egen læge en måned senere spørger patientens kone om, hvor længe hendes mand skal tage den medicin, der er ordineret på sygehuset. Det viser sig, at patienten også har indtaget den dosispakkede medicin. Herved har patienten fået for stor dosis Digoxin. Ingen umiddelbare konsekvenser for patienten.

På sygehuset var man ikke bekendt med, at patienten fik dosisdispenseret medicin. Derfor blev hverken praktiserende læge eller apoteket orienteret om, at der var sket ændringer i patientens medicinering.

## 3. Hjemmepleje – praktiserende læge – sygehus

Lægevagten henviser en patient fra hjemmet til akut indlæggelse på sygehuset på grund af hjertesvigt og rytmeforstyrrelser. Nogle timer efter ankomsten til sygehuset får patienten hjertestop. Genoplivningsforsøg er forgæves.

Da afdelingen modtog svar på de blodprøver, der var taget ved ankomsten til sygehuset, viste tallene et abnormt højt se-kalium. Ved gennemgang af patientens medicinliste, kunne man konstatere, at dosis af kaliumbesparende vanddrivende medicin og kaliumtilskud var øget under en tidligere indlæggelse, hvorfra patienten var udskrevet ti dage tidligere. Her havde der været et lavt indhold af kalium i blodet. Da patienten blev udskrevet, fik hjemmeplejen besked fra sygehuset, og de overtog dispensering af den øgede dosis. Der blev ikke taget blodprøver efter udskrivelsen. Den praktiserende læge modtog epikrise fra sygehuset en uge efter, at patienten var udskrevet. Heri var den øgede dosis anført samt en anbefaling om, at se-kalium blev kontrolleret. Dette nåede ikke at blive effektueret, da lægevagten indlagde patienten forinden.



#### 4. Praktiserende læge – apotek

En praktiserende læge udskriver til et barn på to år en recept på Spirocort Turbuhaler 100 mikrogram/dosis, 200 doser mod astma. Lægen udleverer i forbindelse med konsultationen en NES-spacer til forældrene med oplysning om, at den skal bruges sammen med medicinen. Ved udleveringen spørger man på apoteket forældrene om, hvorvidt de kender til brugen af produktet. De svarer, at det har lægen forklaret. Lidt senere henvender forældrene sig på apoteket, da de alligevel ikke kan finde ud af at benytte produktet. Apoteket kontakter lægen. Recepten bliver ændret til Spirocort Inhalationsaerosol 100 mikrogram/dosis, 200 doser. Ingen patientskade selv om behandling blev indledt med forsinkelse.

Ved receptkontrollen studsede man på apoteket ikke over, at der var ordineret en Turbuhaler til et barn på to år. (Børn kan normalt først bruge en Turbuhaler korrekt fra fem års alderen). Lægen var heller ikke opmærksom på de særlige forhold vedrørende Turbuhaler.

#### 5. Sygehus – praktiserende læge

En patient får i forbindelse med en operation for inddeklemt brok på et lokalt sygehus foretaget rutinemæssig røntgen af lungerne. Billederne viser tumor i venstre lunge. Patienten bliver udskrevet efter vellykket brok-operation og orienteret om mulig lungesygdom samt, at der vil blive sendt henvisning til universitetshospitalet og besked til egen læge. Fire måneder senere henvender patienten sig til egen læge, da hun ikke er blevet indkaldt til undersøgelse. Egen læge kontakter universitetshospitalet, og patienten indlægges ugen efter. Patienten får fjernet venstre lunge, men efterfølgende konstateres der spredning til hjernen. Patienten dør af sin kræftlidelse.

Det var ikke muligt at fastslå, om henvisningen ikke blev sendt fra lokalsygehuset, eller om den blev sendt, men var bortkommet på universitetshospitalet. Egen læge var ikke opmærksom på, at der i epikrisen stod,



at patienten skulle udredes for et lungeinfiltrat. Dette var ikke nævnt i overskriften, men nede i teksten. Derfor fokuserede lægen på det oprindelige forløb (inddeklemt brok). Ved efterfølgende henvendelse til egen læge på grund af bl.a. luftvejsproblemer, nævnte patienten ikke selv, at hun skulle udredes yderligere.

#### 6. Sygehus – praktiserende læge

En patient i eget hjem bliver indlagt akut på et sygehus med blødende mavesår. Patienten bliver opereret og udskrevet i svækket tilstand efter en længerevarende indlæggelse. Kort før denne indlæggelse havde patienten fået en ny hofte ved en planlagt operation.

Det viste sig, at patienten havde fortsat med at indtage både sin vanlige dosis NSAID tabletter for slidgigt og det NSAID præparat, der var ordineret som smertestillende medicin efter hofteoperationen. De to præparater havde forskellige navne, men samme virkningsmekanisme. Patienten var ikke informeret om risici ved NSAID. Da egen læge gennemgik epikrisen fra sygehuset, blev han opmærksom på dette, og hans plan var at kontakte patienten. Som følge af forglemelse blev planen ikke fulgt op.

## 7. Praktiserende læge – hjemmepleje

En patient der er i behandling med blodfortyndende medicin, falder i eget hjem og pådrager sig en større blodansamling i højre knæ. Som følge af faldet har patienten i lang tid mange smerter og indskrænket bevægelighed i knæet.

Egen læge havde ordineret tbl. Marevan "a 2,5 mg", 1 tablet på lige datoer og 1½ tablet på ulige datoer. Lægens telefoniske ordination til hjemmeplejen blev misforstået og i hjemmeplejens medicinskema anført som tbl. Marcoumar "a 3 mg" 1 tablet på lige datoer og 1½ tablet på ulige datoer. I øvrigt havde patienten tidligere fået Marcoumar og havde det stående i medicinskabet.

## 8. Apotek – praktiserende læge – plejehjem

En patient med bopæl på et plejehjem får fra apoteket leveret dosispakket medicin i ruller, svarende til 14 dages forbrug. I løbet af nogle dage bliver patienten tiltagende sløv.

Ved gennemgang af patientens medicin opdagede personalet på plejehjemmet, at pakkerne med medicin til natten indeholdt to tabletter. Personalet kontaktede apoteket. Her kunne man konstatere, at der var dispenseret to sovetabletter i stedet for en enkelt. En nærmere gennemgang af hændelsen afdækkede, at ordinationen fra egen læge via fax var blevet tolket som to tabletter. Dette blev angivet i doseringskortet, der udgjorde grundlaget for den maskinelle dosisdispensering.

## 9. Plejehjem – praktiserende læge

En patient er midlertidig flyttet ind på aflastningsplads på et plejehjem. Patienten er alment svækket i forbindelse med en langvarig lungeinfektion. En aften falder patienten på badeværelset og pådrager sig hoftebrud. Patienten indlægges til operation og efter et længere-

varende forløb på sygehuset, vender patienten tilbage til plejehjemmet. Patienten er nu yderligere svækket.

Patienten var ikke kendt i hjemmeplejen, og egen læges journaloplysninger om tidligere hyppige fald blev ikke kommunikeret til plejehjemmet. Her havde man kun fået oplysninger om lungeinfektionen, om medicin samt summariske oplysninger om kroniske sygdomme.

## 10. Sygehus – hjemmepleje

En patient, der bor i en beskyttet bolig, bliver en søndag aften fundet liggende på gulvet af familien, der kommer på besøg. Patienten er faldet og har tilsyneladende ligget længe på gulvet og er derfor stærkt forkommen. Familien aktiverer nødkaldet, og en social- og sundhedsassistent kommer ud til bopælen. Patienten indlægges på sygehus som følge af dehydrering og lungebetændelse. Efter to uger bliver patienten udskrevet igen til eget hjem.

Det viste sig, at patienten fredag eftermiddag var kommet hjem efter en længerevarende sygehusindlæggelse. Som følge af brist i kommunikation, var der ikke gået besked fra sygehuset til hjemmeplejen om, at patienten blev udskrevet til weekenden. Forud for denne indlæggelse havde patienten besøg af hjemmeplejen fem gange daglig.

## 11. Sygehus – praktiserende læge

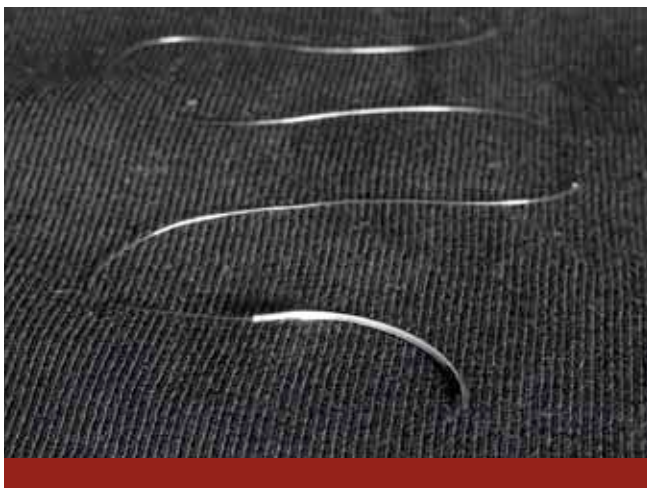
En praktiserende læge, der er bekymret for, om en patient har en fremskreden blærecancer, kontakter telefonisk en overlæge ved urologisk afdeling. De aftaler, at patienten vil blive indkaldt til undersøgelse i løbet af en uge. Fjorten dage senere har patienten endnu ikke fået indkaldelse fra sygehuset. Patienten kontakter den praktiserende læge, der ved henvendelse til urologisk afdeling får oplyst, at den elektroniske henvisning ikke umiddelbart kan findes. Herved opstår der forsinkelse i patientens behandlingsforløb og en mulig forværring af prognosen.

Det viste sig efterfølgende, at henvisningen var modtaget på sygehuset, men sendt til en forkert adresse. Efterfølgende var henvisningen ved en fejl lagt i en forkert bakke og derfor ikke nået frem til visiterende læge.

## 12. Sygehus – praktiserende læge – hjemmepleje

En patient udskrives fra ortopædkirurgisk afdeling efter at have fået indsat ny hofte. Fire uger senere besøger en hjemmesygeplejerske patienten i forbindelse med opfølgning på hendes medicinske problemer samt rehabiliteringsforløbet. Her bliver det konstateret, at der ikke er fjernet suturer. Hjemmesygeplejersken kontakter den praktiserende læge, der fjerner suturerne med noget besvær. Dette er smertefuldt for patienten.

Patienten havde ikke haft en udskrivelsessamtale, hvor spørgsmålet om suturfjernelse var afklaret. Patienten havde heller ikke fået skriftlig information herom. Epikrisen til egen læge indeholdt ikke oplysninger om, hvor, hvornår og hvem, der skulle fjerne suturer. Patienten antog, at suturerne var selvopløselige og henvendte sig derfor ikke selv til sygehuset eller den praktiserende læge.



## 13. Praktiserende læge – hjemmepleje – apotek

En praktiserende læge faxer en recept på lægemidlet Todolac (gigtmedicin) til apoteket. Lægemidlet føjes til den medicin patienten i øvrigt får dosispakket. Apoteket tilføjer Todolac på doseringskortet og faxer det ændrede doseringskort til hjemmeplejen. Patienten er i forvejen i behandling med Celebra og fortsætter denne behandling. Dette medfører, at patienten får en påvirket almen tilstand. Patientens praktiserende læge bliver tilkaldt og bliver opmærksom på forholdet, da hun gennemgår medicinlisten.

På den recept, der blev faxet til apoteket, fremgik det ikke, at Celebra skulle seponeres. Apoteket havde heller ikke modtaget andre recepter, hvoraf det fremgik, at Celebra ordinationen skulle ophøre. Hverken på apoteket eller i hjemmeplejen blev det opdaget, at patienten herved fik to lægemidler mod gigt.

## 14. Praktiserende læge – apotek

En praktiserende læge sender en EDIFACT-recept til apoteket. Recepten indebærer en ordination af Mandolgin 50 mg 2 gange dagligt til en patient, der får dosispakket sin medicin. Apoteket faxer efterfølgende det ændrede doseringskort til den praktiserende læge. Lægen opdager, at Mandolgin forekommer på doseringskortet to gange med en dosering på henholdsvis 50 mg 3 gange dagligt og 50 mg 2 gange dagligt. Apoteket får kontakt til pakkeapoteket, inden medicinen bliver pakket. Fejlen rettes, inden den nye dosisrulle bliver leveret til patienten.

Den praktiserende læge havde i udarbejdelsen af recepten anført, at der var tale om en dosisændring. Denne information var dog ikke blevet overført fuldstændigt til apotekets it-system. På apoteket blev det ikke opdaget, at Mandolgin forekom på doseringskortet to gange med forskellig dosis.

# ANALYSEREDE CASES

## DET KOMMUNALE OMRÅDE

### 1. Faldulykke – plejehjem

#### **Hændelse**

En kvinde, der er svært dement og lettere gangbesværet, falder ned ad en trappe på et plejehjem.

#### **Konsekvens**

Beboeren pådrager sig hoftebrud og bliver indlagt akut på sygehuset. Beboeren gennemgår operation, der efterfølges af et længerevarende indlæggelses- og genoptræningsforløb.

#### **Årsag**

Trappen er ikke skærmet af.

Beboeren er utryk og dørsøgende, idet hun netop er flyttet ind på plejehjemmet på midlertidigt ophold. Plejehjemmet, hvor hun normalt bor, er under ombygning.

Ifølge plejeplanen og mundtlig overlevering fra det "gamle" plejehjem har beboeren i perioder været dørsøgende, og der har også været faldeepisoder. Dette er personalet på det "nye" plejehjem opmærksomme på, så beboeren bliver observeret tæt. Imidlertid bliver hun ladet alene et kort stykke tid, fordi en anden beboer har behov for hjælp fra to social- og sundhedsassistenter. I dette tidsrum formår den ældre kvinde at nå frem til trappen.

#### **Handlingsplan**

Plejehjemslederen tager initiativ til, at der bliver anskaffet en rumdeler / spansk væg, som kan udgøre en barriere mod at komme for tæt på trappen. Kommunens plejehjem udarbejder faldscore på alle beboere, og beboere med høj risiko for fald tilbydes hoftebeskyttere.

Kommunens demenskoordinator udarbejder et udkast til retningslinje for patientsikkerhed i forhold til demente beboere, der er dørsøgende og forvilder sig væk fra plejehjemmet.



På baggrund af flere utilsigtede hændelser, hvor beboere er bortkommet og i nogle tilfælde fundet forkomne og i ét enkelt tilfælde fundet død, er der behov for et samlet overblik over tiltag, der kan forhindre sådanne hændelser. Tiltagene skal være alternativer til magtanvendelse; dog skal kriterier for brug af overvågningschip også indgå. Lovgrundlaget for brug af tvang skal inddrages.

### 2. Medicineringsfejl – psykiatrisk botilbud

#### **Hændelse**

En yngre mand i et psykiatrisk botilbud er i fast behandling med Cisordinol dråber (20 mg/ml) 1 ml dagligt. Som engangsordination får han yderligere Cisordinol 10 ml, svarende til 200 mg. (Max. døgndosis er normalt 20-40 mg dagligt ved kronisk skizofreni og andre kroniske psykoser).

#### **Konsekvens**

Manden bliver bevidsthedssvækket, får blodtryksfald og hurtig puls samt hæmmet åndedræt. Han bliver indlagt akut på sygehuset til udredning og behandling i intensiv afdeling.

### Årsag

Da beboeren bliver svært urolig, ringer kontaktpersonen til den psykiatriske speciallægekonsulent. Han ordinerer mundtligt Cisordinol 1,0 ml som engangsordination. Med håndskrift noterer kontaktpersonen "1,0 ml" i beboerens plejeplan.

Dette sker i et vagtskifte, så en pædagog, der netop er mødt i aftenvagt, skal dispensere og administrere medicinen. Pædagogen er nyuddannet og har ikke stor erfaring med medicinering. Hun overser kommaet i plejeplanen og tolker ordinationen som 10 ml Cisordinol (200 mg).

I beboerens medicinskab står der en uåbnet flaske med 20 ml orale dråber Cisordinol 20 mg / ml; halvdelen hældes op. På grund af beboerens uro og modstand mod at indtage medicinen, bliver opmærksomheden rettet mod ham, og en faktor 10 fejl bliver ikke foregrebet.

### Handlingsplan

Kommunen tager sammen med speciallægekonsulenten og praksiskonsulenten initiativ til, at der udarbejdes en retningslinje om, at lægemidler altid skal ordineres i mg, suppleret med angivelse af antal tabletter eller ml samt indgiftsmåde (tabletter, injektion, orale dråber). Personalet må ikke længere anvende kommaer, der efterfølges af et nul, i dosis- og mængdeangivelser for medicin.

Det fremhæves, at mundtlige ordinationer så vidt muligt skal undgås. Hvis det ikke er muligt, benyttes princippet "skriv ned og læs op". Der udarbejdes en plakat, som formidles til relevante institutioner i regionen.

Endvidere udarbejdes der et dosisberegningsskema for Cisordinol med angivelse af  $\text{mg} = \text{antal dråber} = \text{antal ml}$ . Skemaet bliver sendt til regionens bosteder sammen med et følgebrev om, at skemaet skal lægges i medicinskabet sammen med en lineal, der bruges til at lægge under den beregning, man skal dispensere efter.



Pædagoger, der er ansat i kommunens botilbud, gennemgår et medicinkursus med vægt på viden om de hyppigst anvendte lægemidler samt ansvar og kompetence i forbindelse med medicingivning.

## ALMEN PRAKSIS

### 1. Glemte akupunktur nåle

#### **Hændelse**

En ældre patient, som tidligere har fået akupunktur i venstre skulder, kommer i praksis med henblik på akupunktur i højre skulder på grund af smerter. Lægen sætter en nål i venstre skulder, hvorefter patienten gør opmærksom på, at det denne gang drejer sig om smerter i højre skulder. Lægen sætter herefter nåle i højre skulder. Efter 10 minutter bliver alle nålene i højre skulder fjernet af sekretæren, men ikke nålen i venstre skulder. Patienten går rundt med nålen i et døgn, før den bliver opdaget og fjernet.

#### **Konsekvens**

Der skete ingen patientskade, men i værste fald kunne patienten have fået punkteret den venstre lunge (pneumothorax).

#### **Årsag**

Anamnesen blev ikke uddybet, da patienten var velkendt med smerter i venstre skulder. Patienten selv blev ikke involveret i identifikation af stedet, hvor der var smerter. Dette førte til, at der blev sat nåle i både venstre og højre skulder.

Hertil kom, at lægen lod nålen i venstre skulder blive siddende som en ekstra "bonus", da patienten tidligere havde haft smerter her, og nålen nu engang var placeret. Ved en forglemmelse blev den ekstra nål ikke anført på sedlen med patientens navn og cpr. nummer – den seddel, hvorpå antal nåle noteres sammen med tidspunktet for fjernelse af nåle. Til sammen medførte det øget risiko for, at nålen i venstre skulder blev glemt.

Endelig opstod der på grund af travlhed brist i den mundtlige kommunikation mellem læge og sekretær. Det medførte øget risiko for, at information om de særlige forhold ved netop denne patient ikke blev videregivet.

#### **Handlingsplan**

Fremover bliver patienterne aktivt inddraget i identifikationsprocessen – både ved selv at bekræfte navn og cpr. nummer samt pege på det sted, hvor der er smerter.

Endvidere bliver patienten informeret om, hvor mange nåle, der er sat i; ligeledes bliver patienten informeret om, hvor mange der er fjernet.

Endelig bliver alle tomme emballager til akupunktur nåle talt og antallet noteret på sedlen, hvor også tidspunkt for udtagning er præciseret. Såfremt en eller flere nåle er kasseret eller eventuelt tabt på gulvet, bliver det også registreret

Som en yderligere foranstaltning bliver der indført en mere grundig journalføring efter akupunktur for at sikre større ensartethed i behandlingen.

### 2. Forsinket henvisning

#### **Hændelse**

En patient kontakter egen læge på grund af lænderygsmærter. Ved undersøgelse af ryggen finder lægen som tilfældigt fund et modermærke (nævus), som patienten accepterer at få fjernet med det samme. Det fjernede hudstykke bliver rutinemæssigt sendt til patologisk undersøgelse. Da patienten ca. en uge efter får fjernet trådene, er såret helet pænt. Patologisvaret foreligger ikke på dette tidspunkt.

Patienten opsøger egen læge igen efter en måneds tid, da hun fortsat har ondt i ryggen. Hun spørger i den forbindelse til, hvad svaret fra vævsundersøgelsen har vist. Til lægens overraskelse viser patologisvaret, at modermærket var en ondartet hudkræft.

#### **Konsekvens**

Patienten bliver med en forsinkelse på ca. tre uger henvist til vurdering og eventuel operation hos plastikkirurg.

**Årsag**

I it-systemet hos den praktiserende læge var der ikke indbygget barrierer, der kunne beskytte mod fejllæsning, fx en tydelig visuel markering af afvigende prøvesvar og krav om kvittering for læst svar. Dette gav en øget risiko for, at et afvigende prøvesvar kunne overses.

Kommunikation mellem patologiafdelingen og praktiserende var baseret på elektroniske informationer. Der var således ikke indarbejdet en fast procedure for telefonisk kontakt med henblik på udveksling af information om ondartede prøvesvar. Herved opstod der øget risiko for, forsinkelser i behandling af patienten.

Patienten blev ikke aktivt involveret og opfordret til selv at ringe og spørge efter svaret. Dette medførte en øget risiko for, at diagnostik og behandling blev forsinket.

**Handlingsplan**

Lokalt i den praksis, hvor hændelsen er sket, bliver der udarbejdet en instruks til alle praksismedarbejdere om, at patienter, der får taget prøver og lavet undersøgelser, skal informeres om, at de selv skal henvende sig og få svaret. Derudover bliver der på alle nye mødekort trykt en besked på forsiden til patienterne om, at

de skal huske at ringe for at få svaret på deres prøver. På kortet er der placeret et afkrydsningsfelt, som patienten kan "hakke af", når svaret er modtaget.

Lægen, der ejer praksis, kontakter it-leverandøren med henblik på få indført tekniske barrierer, der kan beskytte mod fejl. Leverandøren fortæller, at de vil arbejde på sagen, men at de tidligst forventer en løsning om seks måneder. I mellemtiden indfører praksis en ny procedure, hvor alle afvigende prøvesvar bliver udskrevet, så det sikres, at de bliver set af en læge. Endvidere bliver patienterne kontaktet, såfremt de ikke selv har henvendt sig indenfor tre uger. I tilfælde af afvigende prøvesvar, som kræver akut intervention, bliver patienterne kontaktet hurtigst muligt per telefon.

På regionalt niveau bliver det besluttet, at regionens praksis-risikomanager informerer – via nyhedsbrev – alle praktiserende læger om denne hændelsesanalyse. Samtidig bliver de praktiserende læger tilskyndet til, at de i deres praksis indfører lignende lokale sikkerhedsprocedurer for håndtering af afvigende prøvesvar.

På sygehuset indfører patologiafdelingen et system, hvor de – udover afsendelse af det elektroniske prøvesvar – også ringer til den praktiserende læge, hvis svaret er ondartet, og der ikke foreligger tidligere afvigende patologisvar.



## TVÆRGÅENDE HÆNDELSE

### 1. Medicineringsfejl – almen praksis og hjemmeplejen

#### **Hændelse**

En mand, der får doseret medicin af hjemmeplejen, får paracetamol-tabletter 8 g i døgnet gennem to uger. (Max døgndosis er normalt 4 g).

#### **Konsekvens**

Fejldoseringen bliver opdaget af egen læge, der bliver tilkaldt til hjemmet, da manden lider af kvalme og opkastninger og har fået let gulsot (ikterus) som følge af leverpåvirkning. I første omgang bliver der taget akutte blodprøver. Lægen afventer blodprøvesvar før stillingen tagen til akut indlæggelse på sygehus.

#### **Årsag**

Mandens egen læge har to uger tidligere ændret ordination af tbl. Pinex til 1 g x 4 daglig som fast ordination mod hovedpine. Tidligere har manden fået tbl. Pinex 1 g x 2 daglig samt tbl. Pinex p.n. (efter behov) max 1 g x 2 daglig.

Ved ændring af medicinskemaet bliver den tidligere gældende p.n. Pinex-ordination ikke seponeret, bl.a. fordi p.n. doseringen står anført på et andet medicinskema end den faste medicin. Der bliver lagt i alt 4 g Pinex i doseringsæsker, da social- og sundhedsassistent fra hjemmeplejen dispenserer medicin. Desuden får borgeren fuld dosis p.n. medicin, dvs. 2 g dagligt, da han angiver at have behov for dette.

Herudover viser det sig, at mandens hustru har givet ham tbl. Pamol 1 g x 2 daglig mod smerter i knæet, i den tro, at Pamol var et andet præparat end Pinex.

#### **Handlingsplan**

Fremover noteres der i medicinskemaet både antal tabletter, styrke og samlet døgndosis. Det generiske

navn – paracetamol – angives i skemaet sammen med handelsnavnet. Fast medicin og p.n. ordinationer anføres på samme skema med henblik på at øge opmærksomheden på medicin, der gives både fast og som p.n.

Kommunen udarbejder sammen med praksiskonsulenten en skriftlig advarsel om, at Pinex, Pamol og Panodil er samme slags lægemiddel, der ved overdosering kan medføre forgiftning. De ansatte i hjemmeplejen informeres om advarslen, der lægges ud i hjemmene hos de borgere, der får doseret paracetamol. Praksiskonsulenten orienterer de praktiserende læger i kommunen om hændelsen og tiltag, der kan forhindre en gentagelse.

Hændelsen bliver – sammen med andre hændelser – brugt som case på temadage om patientsikkerhed i hjemmeplejen samt ved introduktion af nye medarbejdere.



# BEGREBER OG DEFINITIONER

## Patientsikkerhed

---

Beskyttelse af patienten mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.

## Utilsigtet hændelse

---

En begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder (Sundhedsloven §198 stk. 4).

## Komplikation

---

Optræden af nye sygdomsprocesser, som er en følge af en allerede tilstedeværende sygdom eller en følge af sundhedsvæsenets ydelser.

## Fejl

---

Mangelfuld gennemførelse af en plan eller valg af forkert plan til at opnå et bestemt mål. Fejl kan øge risikoen for skade eller føre direkte til skade. Man kan skelne mellem:

### Aktiv fejl

Fejl, udløst af en aktiv handling, udført af en person med direkte patientkontakt

### Latent fejl

Skjult fejl, der ligger indlejret i systemer og organisationer, fx som følge af beslutninger på et overordnet niveau, og som kan udløses ved aktiv handling.

## Nærhændelse

---

En fejl, der aktivt bliver afværget før gennemført handling eller ikke får konsekvenser på grund af andre omstændigheder.

## Risikostyring

---

De konkrete tiltag, der gøres for at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade med henblik på at opnå en øget patientsikkerhed.

## Menneskelig faktor

---

De forhold, der påvirker menneskers kognitive kapacitet, fx afbrydelser, der medfører forvirring og forglemmelser.

## EKSEMPLER: FALDULYKKE

UTILSIGTEDE HÆNDELSE				
SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		IKKE – SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		
EGENTLIG HÆNDELSE		NÆRHÆNDELSE		
KOMPLIKATIONER	FEJL			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige: Ingen skade, da patienten var robust	Forebyggelige: Blev forhindre ved et tilfælde	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur
<p>En patient, der for nylig har fået indsat en ny hofte på grund af slidgigt, falder på badeværelset i eget hjem.</p> <p>Patienten får brud på den nye hofte, bliver indlagt og opereret igen.</p> <p>Før hændelsen var patienten selvhjulpent, men efter udskrivelse fra sygehus har den pågældende behov for midlertidig hjemmehjælp.</p>	<p>En patient, der for nylig har fået indsat en ny hofte på grund af slidgigt, falder på badeværelset i eget hjem.</p> <p>Patienten får brud på den nye hofte, bliver indlagt og opereret igen.</p> <p>Patienten har tidligere fået tilbud om gennemgang af hjemmet med henblik på faldforebyggende foranstaltninger; men har ikke ønsket dette. Nu indser patienten, at det er nødvendigt.</p>	<p>En patient, der for nylig har fået indsat en ny hofte på grund af slidgigt, falder på badeværelset i eget hjem.</p> <p>Patienten når at gribe fat i håndvasken og afbøder dermed faldet, så der ikke sker skade.</p> <p>Patienten indser, at det er nødvendigt at installere faldforebyggende foranstaltninger.</p>	<p>En patient, der for nylig har fået indsat en ny hofte på grund af slidgigt, er ved at glide på det glatte gulv i badeværelset i eget hjem.</p> <p>Heldigvis er patienten ikke alene i rummet. So.su.hjælperen når at tørre gulvet, så faldet bliver forhindre.</p> <p>Patienten indser, at det er nødvendigt at installere faldforebyggende foranstaltninger.</p>	<p>En patient har fået indsat en ny hofte på grund af slidgigt.</p> <p>Som følge af svækkelse efter operationen har patienten øget risiko for at falde.</p> <p>Forud for udskrivelse kontakter sygehuset kommunen mhp. etablering af faldforebyggende foranstaltninger.</p>

NB: De mørkegrå felter markerer typen af hændelser, der skal rapporteres.

## EKSEMPLER: PENICILLINALLERGI

UTILSIGTEDE HÆNDELSER				
SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		IKKE – SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		
EGENTLIG HÆNDELSE		NÆRHÆNDELSE		
KOMPLIKATIONER	FEJL			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige: Ingen skade, da patienten var robust	Forebyggelige: Blev forhindret ved et tilfælde	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur
<p>En patient der er fuldt orienteret, oplyser at kunne tåle penicillin.</p> <p>Patienten får en injektion med penicillin.</p> <p>Patienten udvikler anafylaktisk chok.</p>	<p>En patient, der tidligere har oplyst ikke at kunne tåle penicillin, får hos egen læge en injektion med penicillin på mistanke om meningitis.</p> <p>Patienten udvikler anafylaktisk chok.</p>	<p>En patient, der tidligere har oplyst ikke at kunne tåle penicillin, får hos egen læge en injektion med penicillin på mistanke om meningitis.</p> <p>Patienten udvikler ingen allergisk reaktion.</p>	<p>En patient har tidligere oplyst ikke at kunne tåle penicillin.</p> <p>Netop da egen læge skal til at injicere penicillin, husker patienten lægen på, at der er et problem.</p> <p>Indgift af penicillin bliver afværget og patienten får et andet antibiotikum.</p>	<p>En patient har tidligere oplyst ikke at kunne tåle penicillin.</p> <p>Det er registreret i det elektroniske system for medicinordination. Da lægen ordinerer penicillin til patienten, popper der en advarsel op.</p> <p>Ordnationen bliver ændret.</p>

NB: De mørkegrå felter markerer typen af hændelser, der skal rapporteres.

## EKSEMPLER: HYPOSENSIBILISERING

UTILSIGTEDE HÆNDELSE				
SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		IKKE – SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		
EGENTLIG HÆNDELSE		NÆRHÆNDELSE		
KOMPLIKATIONER	FEJL			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige: Ingen skade, da patienten var robust	Forebyggelige: Blev forhindret ved et tilfælde	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur
<p>En patient bliver sat i behandling med hypsensibilisering mod allergi med en injektion af allergenet.</p> <p>Patienten udvikler anafylaktisk chock.</p>	<p>En patient, der tidligere har fået hypsensibiliseringsbehandling mod allergi uden problemer får ved en fejl dobbelt dosis af allergenet.</p> <p>Patienten udvikler anafylaktisk chock.</p>	<p>En patient, der tidligere har fået hypsensibiliseringsbehandling mod allergi uden problemer får ved en fejl dobbelt dosis af allergenet.</p> <p>Patienten udvikler et let astmaanfald, som klares med medbragt medicin.</p>	<p>En patient er i hypsensibiliseringsbehandling mod allergi.</p> <p>Netop da egen læge skal til at injicere den næste slags allergen opdager han, at han er ved at give det første allergen en gang til. (idet patienten undervejs orienteres om hvilket allergen som indgives)</p> <p>Indgift af dobbeltdosis allergen bliver afværget.</p>	<p>En patient er i hypsensibiliseringsbehandling mod allergi.</p> <p>Lægen har en procedure hvor de forskellige vacciner med allergener adskilles med en fysisk barriere, så den samme vaccine ikke kan gives to gange.</p>

NB: De mørkegrå felter markerer typen af hændelser, der skal rapporteres.

## EKSEMPLER: BORTKOMMET PATIENT

UTILSIGTEDE HÆNDELSE				
SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		IKKE – SKADEVOLDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE		
EGENTLIG HÆNDELSE			NÆRHÆNDELSE	
KOMPLIKATIONER	FEJL			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige: Ingen skade, da patienten var robust	Forebyggelige: Blev forhindret ved et tilfælde	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur
	<p>En patient, der er dement, forlader plejehjemmet.</p> <p>Patienten bliver fundet den næste dag i en lille skov i nærheden af plejehjemmet.</p> <p>Patienten er død, formentlig som følge af kuldepåvirkning og choktilstand på grund af en brækket hofte.</p>	<p>En patient, der er dement, forlader plejehjemmet.</p> <p>Patienten bliver fundet efter nogle timer i en lille skov i nærheden af plejehjemmet.</p> <p>Selv om det var koldt, og patienten ikke havde overtøj på, skete der ingen skade.</p>	<p>En patient, der er dement, søger mod døren og vil forlade plejehjemmet.</p> <p>En pårørende, der tilfældigvis kommer på besøg på plejehjemmet, advarer personalet.</p> <p>Patienten bliver afledt og fulgt til opholdsstuen.</p>	<p>Efter en utilsigtet hændelse, hvor en bortkommen patient døde, har plejehjemmet indført en række sikkerhedsforanstaltninger, fx</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afskærmning af hoveddøren med en plante</li> <li>• Mekanisk åbning af hoveddøren</li> <li>• Udarbejdelse af fælles kommunale retningslinjer for anvendelse af GPS-løsning til dørsøgende demente patienter.</li> </ul>

NB: De mørkegrå felter markerer typen af hændelser, der skal rapporteres.

# NOTATER



**DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED**

c/o Hvidovre Hospital, Afsnit P610  
Kettegård Allé 30  
2650 Hvidovre

Tlf.: 36 32 21 71

Fax: 36 32 36 07

Mail: [info@patientsikkerhed.dk](mailto:info@patientsikkerhed.dk)

[www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)  
[www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)