

PATIENTSIKKERHED

Læringsartikler I

fra Almen Praksis 2014



REGION NORDJYLLAND

n

Indhold

Forord	3
Patientsikkerhed og information vedrørende fravalg af livsforlængende behandling	4
Patientsikkerhed og akut indlæggelse af BPSD patienter	5
Patientsikkerhed og mulige tegn på meningitis	6
Patientsikkerhed og trombolyse	7
Patientsikkerhed og patienter med diabetes type 1	8
Patientsikkerhed og fraktur af columna cervicalis	9
Patientsikkerhed og uventede situationer	10
Patientsikkerhed og uventede bifund	11
Patientsikkerhed og UTH advarselstegn 1	12
Patientsikkerhed og blodprøveglas	14
Patientsikkerhed og henvisning af patienter med særlige behov	15
Patientsikkerhed og mangelfuld IT-funktion	16
Patientsikkerhed omkring medicinering	17
Patientsikkerhed og bestilling af patientkørsel.....	18
Patientsikker kommunikation: hvem bestiller transporten?	19
Patientsikkerhed og HPV vaccination	20
Patientsikkerhed og akupunktur	21
Patientsikkerhed og overset appendicit	22
Patientsikkerheds advarselstegn II	23
DSAM Månedens UTH – Marts 2014 I - Delt ansvar = ingen har ansvar	24
DSAM Månedens UTH – Marts 2014 II - Faktor-10 fejl	26
UTH klynger - Ny mulighed for læring på tværs	27
Primær Sundheds UTH-team	28

Forord

Arbejdet med utilsigtede hændelser og patientsikkerhed understøtter læring og den løbende kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets arbejdsgange. I Region Nordjylland varetages arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser af Primær Sundheds UTH-team.

Teamet modtager alle utilsigtede hændelser vedrørende almen praksis. Teamet formidler læring fra de utilsigtede hændelser i læringsartiklerne 'UTH i praksis' via Nord-KAP's nyhedsbrev. Artiklerne tager afsæt i læring fra utilsigtede hændelser, som rapporteres af almen praksis, praksis samarbejdsparter samt patienter og pårørende. Formålet med artiklerne er at understøtte læring og den løbende kvalitetsudvikling.

Denne artikelsamling indeholder et udvalg af de læringsartikler teamet udsender via Nord-KAP 'UTH i praksis', DSAM månedens UTH samt Månedsskrift for almen praksis. Artikelsamlingen afsluttes med kort beskrivelse af Primær Sundheds UTH-team samt links til mere information om arbejdet med patientsikkerhed.

Almen praksis har spillet en afgørende rolle i analyse og etablering af læringsartiklerne. Der skal derfor gå et stort TAK for hjælpen til almen praksis.

Vi håber, at I som læsere vil finde artikelsamlingen inspirerende. Vi håber ligeledes, at denne artikelsamling vil anspore til rapportering af endnu flere utilsigtede hændelser til gavn for kolleger, patienter og pårørende.

Primær Sundheds UTH-team

Karen, Peter, Lotte og Claus



Patientsikkerhed og information vedrørende fravalg af livsforlængende behandling

Case

Borger er på aflastningsplads på plejehjem. Hjemmesygeplejerske tilser borger og finder denne ukontaktbar og med meget lavt blodtryk. Hjemmesygeplejerske kontakter Lægevagt med henblik på nærmere afklaring. Under telefonkonsultation spørger Lægevagt ind til borgerens historik og nuværende tilstand. Hjemmesygeplejerskes informationsgrundlag er sparsomt og ud fra de få oplysninger, som foreligger bestiller Lægevagt en ambulance. Ved efterfølgende analyse viser det sig, at der er tale om en terminal borger. Borgeren ønskede at dø hjemme, og medicinsk behandling blev indstillet i dagene op til hændelsen. Information herom var ikke tilgængelig for hjemmesygeplejerske og Lægevagt, og begge parter kunne derfor - beklageligvis - ikke efterleve borgerens sidste ønske. Borgeren afgik ved døden på sygehuset kort tid efter indlæggelse.

Læring

Hændelsen understreger vigtigheden af, at information omkring fravalg af livsforlængende behandling kommer relevante parter til kendskab. Borgeren var lige flyttet ind på plejehjemmet, som ikke havde nået at få detaljerne omkring borgeren noteret i den lokale journal. Plejehjemmet arbejder videre med læring fra hændelsen med henblik på at forebygge lignende forløb.

Januar 2014 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning vedrørende fravalg af livsforlængende behandling. I denne præciseres den behandlingsansvarlige læges ansvar som beslutningstager i forhold hertil. Vejledningen beskriver desuden lægens pligt til at involvere borger/pårørende i beslutningen om fravalg af livsforlængende behandling i det omfang, de ønsker at være involveret. Ydermere præciserer vejledningen lægens ansvar for, at beslutningen om fravalg af livsforlængende behandling kommer relevante ledelse af plejen til skriftligt kendskab. Det påhviler så ledelsen, at plejepersonalet og eventuelt involveret præhospitalt personale orienteres. Sidst men ikke mindst præciserer vejledningen det sygeplejefaglige personales pligt til at holde borgerens praktiserende læge informeret om væsentlige ændringer i borgerens helbredstilstand herunder bedring i borgerens helbredstilstand. Fravalg af livsforlængende behandling skal således baseres på borgerens aktuelle tilstand.





Patientsikkerhed og akut indlæggelse af BPSD patienter

(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia)

Case

Læge vurderer egen patient. Patienten udviser tegn på BPSD, er dement og psykotisk samt svært undervægtig med en BMI på 13. Patientens læge kontakter psykiatrisk vagthavende med henblik på indlæggelse i gerontopsykiatrisk regi hurtigst muligt. Dato for indlæggelsen aftales på telefonen. Patientens egen læge træffer ligeledes aftale med plejehjemmet, om at plejehjems personale ledsager patienten i forbindelse med indlæggelse. Da patienten og plejepersonalet ankommer til gerontopsykiatrisk afdeling, viser det sig desværre, at aftalen om indlæggelse ikke er nået frem til afdelingen. Man forsøger at finde plads, men afdelingen er fuldt belagt, og patient og personale må derfor køre retur til plejehjemmet.

Nærmere analyse af forløbet afdækkede følgende:

Læring

Det er ikke muligt at indlægge patienter akut i gerontopsykiatrisk regi. Ved behov for akut indlæggelse i psykiatrien skal patienter sendes til almen psykiatrisk afdeling med henblik på udredning og videre visitering til gerontopsykiatrisk regi.

Kommentarer:

Denne interessante UTH understreger vigtigheden af klare aftaler omkring demente - de tåler ikke meget "slinger i valsen".

1. Det er jo slet ikke hensigtsmæssigt, at pt skal flyttes først til almen psykiatrisk og derefter til gerontopsykiatrisk . Akut BPSD er oftest en UTH - fordi der ikke er taget hånd om tidlige tegn og konfereret med gerontopsykiatrien.
2. Det fremgår ikke, hvilken indsats der er gjort i kommunalt regi for at undgå indlæggelse. Det er med denne gruppe rigtig vigtigt, hvis man kan holde dem i miljøet - og måske flytte gerontopsykiateren til patienten i stedet.
3. Vigtigt at forsøge inddragelse af pårørende - som jo ofte kan have en beroligende effekt.
4. Der findes ingen forløbsbeskrivelse vedrørende ovenstående visitationsprocedure, og psykiatrisk forvagt og patientens egen læge var ikke bekendt med proceduren. Der vil på baggrund af hændelsen blive udarbejdet en forløbsbeskrivelse vedrørende indlæggelse i gerontopsykiatrisk afdeling. Forløbsbeskrivelsen udsendes via Nord-KAP, så snart den foreligger.

Hændelsen er ligeledes et rigtig godt eksempel på hvordan, UTH understøtter kvalitetsudvikling og læring på tværs af sektorerne.

Læring fra casen er væsentlig for alle parter involveret i behandlingen af gerontopsykiatriske patienter - heriblandt også kommunalt plejepersonale, der kan opleve manglende akut indlæggelse af BPSD patienter i gerontopsykiatrisk regi som frustrerende. Læring fra hændelsen vil blive formidlet videre til regionens kommuner via den nye UTH-klynge organisation.

Patientsikkerhed og mulige tegn på meningitis

Case

Patient konsulteres af Lægevagt. Patient er højfebril, rodende og kan ikke længere tale. Lægevagt rekvirerer en kørsel C til patient på mistanke om infektion. Ambulance ankommer til patienten. På baggrund af patientens tilstand samt måling af Glasgow Coma Score på 11/15 ændres kørsel C til en kørsel A på formodning om sepsis (feber og GCS-score).

To timer senere viste det sig, at patienten havde meningitis. Ambulancen havde på daværende tidspunkt allerede transporteret en anden patient, som derfor ligesom ambulancepersonalet skulle i profylaktisk behandling.

Læring

Ikke alle patienter med meningitis udviser nakkestivhed og petekkier. Meningitis kan præsentere sig med påvirkning af adfærd og kognitive funktioner, sløret bevidsthed og påvirket almentilstand. Udviser patienten væsentlige ændringer i sin almene adfærd og tilstand, er det derfor vigtigt at indtænke risiko for meningitis i den samlede vurdering.



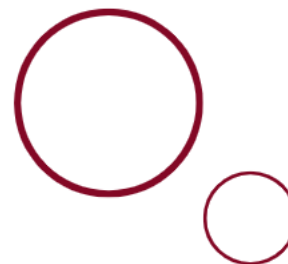
Patientsikkerhed og trombolyse

Case

Middelalderlig patient kontakter Lægevagt først på aftenen på grund af dårlig almen tilstand og nedsat kraft i højre side. Lægevagt tilser patienten på hjemmebesøg, og tiden ses an uden yderligere tiltag. Dagen efter indlægges patienten. Da patienten har haft symptomer siden dagen før, skønnes det for sent at igangsætte trombolysebehandling. Rapportøren af hændelsen skønner, at patienten kunne have haft gavn af at blive tilset af neurolog tidligere i forløbet med henblik på eventuel trombolysebehandling.

Læring

Trombolysebehandling skal igangsættes inden for de første 4,5 timer for at have effekt. Med henblik på at sikre den optimale behandling bør patienter, som udviser pludselige symptomer på TCI/apopleksi visiteres akut til apopleksi-visitator på Neurologisk Afdeling i Aalborg med henblik på hurtig udredning og eventuel trombolysebehandling.



Patientsikkerhed og patienter med diabetes type 1

Case

Patient med diabetes type 1 oplever flere døgns diarré, høje til umålelige blodsukkerværdier, svingende bevidsthedsniveau og tiltagende dårlig almen tilstand. Patienten har kun langsomtvirkende insulin derhjemme. Patientens hustru tager kontakt til læge to gange. Første gang er blodsukkeret moderat forhøjet og konklusionen bliver derfor, at tilstanden skal ses an. Ved anden kontakt udskrives hurtigt virkende insulin, som hustruen får besked på at hente på apoteket og give patienten. Grundet forværring i patientens almentilstand ringer hustruen 112. Patienten indlægges med svær ketoacidose til behandling i intensiv regi.

Læring

Det er vigtigt at inddrage i overvejelserne, at patienter med DM type 1, hyperglykæmi og infektion er i høj risiko for at udvikle ketoacidose.



Patientsikkerhed og fraktur af columna cervicalis

Case

Patient henvises af egen læge til undersøgelse for muligt fraktur af columna cervicalis. Patienten møder op ambulant på sygehusets Billeddiagnostiske Afdeling. Undersøgelsen kræver, at patienten skal have en halskrave på. En sådan halskrave findes ikke på sygehuset, men lykkeligvis viser det sig muligt at låne en halskrave fra en ambulance, som er på sygehuset i andet ærinde. Patienten bliver CT-skannet og sendt - med halskraven på - med transport videre til Akutmodtagelsen efter frikendelse af fraktur.

Det konkrete forløb havde ingen konsekvens for patienten, da denne ikke havde en fraktur af columna cervicalis. Havde patienten haft en sådan fraktur kunne forløbet have været fatalt for patienten.

Læring

Ved mistanke om fraktur af columna cervicalis bør patienter altid iføres halskrave og lægges på spineboard og sendes direkte til Akutmodtagelsen.



Problemet er vel, at vi mange gange føler os ret sikre på, at der ikke er fraktur, men for en sikkerheds skyld må vi hellere

Også synes man, det er et stort apparat at sætte i gang. Men sådan er det jo: har man sagt A, må man også sige B.

Patientsikkerhed og uventede situationer

Case



Patient konsulteres af egen læge, der ordinerer behandling for eksem med creme Locoid. I forbindelse med forsendelse fra apotek til håndkøbsudsalg forbyttes adressedlerne på to medicinposer. Barnet får derved udleveret Matrifen plastre (fentanyl 50 mikrogram, 8 plastre) i en medicinpose med eget navn på. Patient og pårørende tænker ikke nærmere over at få udleveret plastre frem for creme. Hjemme overses det, at barmets navn ikke svarer til navnet på æsken med plastre. Barnet anbringer herefter fire plastre på sin eksem. Forældrene bemærker at barnet bliver dårlig. Plastre fjernes. Lægevagten kontaktes. Lægevagten får hurtigt afklaret situationen og indlægger Barnet akut for kraftig fentanyl forgiftning. Barnet overlever lykkeligt.

Læring

Apoteket foretog ændringer i egne procedurer med henblik på at forebygge lignende hændelser.

Lægens opmærksomhed på faresignaler og reaktion på uventede situationer er ofte helt afgørende for patientsikkerheden – hvilket ovenstående hændelse illustrerer tydeligt.

Patientsikkerhed og uventede bifund

Case

Egen læge sender patient til CT-udredning for eventuel lungetumor. I den efterfølgende epikrise fra sygehuset påpeges blandt andet et bifund i form af svære halisteretiske sammenfald i columna lumbalis samt et enkelt sammenfald i columna thoracalis. Diagnosen i epikrisen angives som 'A DZ039I Obs. pga. mistanke om sygdom eller tilstand'. Den nye diagnose for osteoporose nævnes ikke.

I forbindelse med egen læges modtagelse af epikrisen overses bifund, og patienten startes derfor ikke op i relevant behandling med alendronat og kalk + D vitamin.

Patient pådrog sig efterfølgende kompliceret fraktur efter lavenergitraume, hvorefter patienten henvises til DEXA-scanning og relevant behandling opstartes.

Læring

Epikriser bør altid gennemlæses grundigt forud for godkendelse med henblik på at understøtte den bedst mulige patientbehandling.

Væsentlige bifund samt eventuelt nye eller uventede diagnoser bør desuden fremhæves tydeligt i epikriser, ligeledes med henblik på at understøtte den bedst mulige patientbehandling.



Patientsikkerhed og UTH advarselstegn I

Case

Dag 1: Patient visiteres akut til kommunal aflastningsplads fra eget hjem grundet lavt blodtryk og svimmelhed. Det sker 3 uger efter stor operation for abdominal metastase. Efterfølgende AK-behandlet. Ved ankomsten er patienten bleg og klam efter at være faldet om, og der måles BT i niveau 80/60. Om aftenen har patienten sort afføring som tilskrives jerntilskud. Patienten er fortsat dårlig og Lægevagt konsulteres. På baggrund af de foreliggende informationer vurderer Lægevagt, at patienten er dehydreret. Om natten bliver patienten tiltagende utilpas med BT 80/50 og påskyndet puls. Tilsyn fra Lægevagt, der ordinerer beroligende medicin og ordinerer BT taget igen følgende morgen.

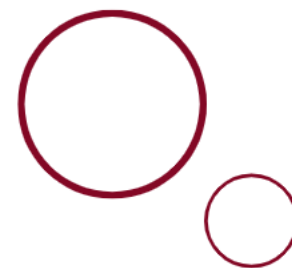
Dag 2: Plejehjem kontakter patientens læge. Patienten er fortsat lavtrykket, men udviser ingen tegn på smerter og maven føles blød.

Dag 3: BT måles til 70/35 morgen og formiddag. Patienten er bleg og klamsvedende, men har ingen klager over smerter. Patientens læge kontaktes, og der ordineres måling af BT hver time og opkald til 112 ved forværring. Over middag måles BT 90/70, hvilket af personalet tolkes som en forbedring af patientens tilstand.

Patienten findes livløs på stuen senere samme dag med tegn på hæmatemese. Genoplivningsforsøg forgæves.

Forløbet blev efterfølgende analyseret med deltagelse af den involverede kommune og Nord-KAP's UTH koordinator samt den regionale risikomanager for Primær Sundhed.





Analysen afdækkede følgende væsentlige læringspointer:

Læring

Tommelfingerregel for alle involverede parter: Mere end to lægekontakter indenfor en uge vedrørende det samme problem er en advarsel om at en risikosituation (UTH) er under udvikling. Forskning inden for patientsikkerhed i almen praksis underbygger at denne huskeregel er en kerneindikator.

De gentagne kontakter fremstår ofte tydeligst i kommunalt regi, hvor plejepersonalet står med patienten, og hvor den spirende fornemmelse af, at noget er ved at gå galt, er mest tydelig. Ved tredje lægekontakt fra plejehjemmet bør nævnes, at der nu er tale om tredje lægekontakt vedrørende patientens tilstand, og at situationen ikke er holdbar.

Huskeregel: Første lægekontakt – Anden lægekontakt – **Tredje lægekontakt = STOP**

Huskereglen vil blive indføjet i de kommunale arbejdsinstrukser for det involverede plejehjem. Mulighed for yderligere udbredelse vil blive afklaret i den nærmeste fremtid.

Kommunikationen mellem plejehjem og almen praksis er ofte kardinalpunktet for en optimal patientbehandling. Begge parter har en afgørende mulighed for i fællesskab at 'spille hinanden gode'. Plejehjem kan udvise vedholdenhed og udbede en revurdering af diagnose/behandling, når første to forsøg på behandling ikke medfører den ønskede effekt. Almen Praksis kan udvise imødekommenhed og skærpet opmærksomhed, når plejehjem kontakter praksis **tredje gang**.

Ovenstående case tager afsæt i den kommunikation, som foregår mange gange dagligt i det fælles kommunale/almen praksis samarbejde. Læring fra hændelsen er hermed givet videre til inspiration.

HUSKEREGEL:

FØRSTE LÆGEKONTAKT
ANDEN LÆGEKONTAKT
TREDJE LÆGEKONTAKT =



Patientsikkerhed og blodprøveglass

Case



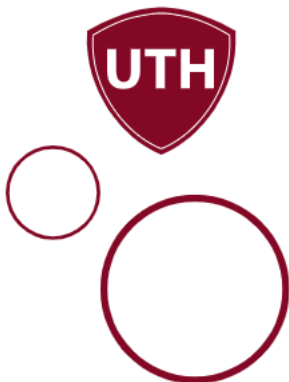
Under analyse af blodprøver fra praktiserende læger opdager bioanalytiker meget høj Kalium værdi på en patientprøve (P-Kalium > 14). Nærmere undersøgelser viser, at blodprøven indeholder EDTA-stabiliseret blod, selvom prøven befinder sig i et glas indeholdende Li-Heparin antikoagulans.

Det konkluderes, at blodet må være hældt manuelt fra et EDTA til et Li-Heparin prøveglass. Fejlen opfanges ikke hos Klinisk Biokemisk Afdeling i første omgang, da det "forkerte" blod er overført til et glas, der passer til den rekvirerede analyse. Denne type omhældning sker typisk, hvis der vælges forkert prøveglass i forbindelse med prøvetagningen, eller hvis en patient har været vanskelig at stikke, og man derfor vælger at fordele blodet fra EDTA-glasset til et andet glas - med stor konsekvens for analyse-resultaterne.

Omhældning påvirker alle analysesvar. Prøvesvar fra omhældte prøver kan ikke anvendes. Patienten skal derfor indkaldes til ny prøve med forsinket diagnostik til følge.

Læring

Prøvetagningsglass har forskellige indholdsstoffer, som afhænger af hvilken type analyse, man ønsker foretaget. Blodprøver må derfor aldrig overhældes fra en type prøveglass til en anden type prøveglass.



Patientsikkerhed og henvisning af patienter med særlige behov

Case

Patient henvises af egen læge til røntgenundersøgelse.

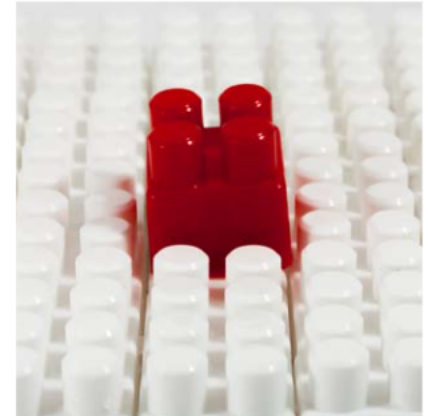
Patienten har kontrakturer i armene og det ene ben og har svært ved at ligge ned på ryggen til undersøgelsen. Patienten er svært overvægtig og der viser sig at være behov for anvendelse af lift til forflytning og deltagelse af flere ansatte fra afdelingen.

Ingen af ovennævnte forhold fremgår af henvisningen.

I henvisningen oplyses, at patienten vil møde ledsaget til undersøgelsen. Patienten, der ikke selv kan kommunikere, møder op til undersøgelsen alene og uden dokumentation for identitet. Røntgenafdelingen overvejer at sende patienten hjem uden undersøgelse på grund af den manglende mulighed for identifikation. Heldigvis kommer personale fra en anden sygehusafdeling tilfældigt forbi. Dette personalet kender patienten, og kan således være behjælpelig i forbindelse med identifikation. Patienten undersøges som planlagt.

Læring

Henvisninger bør altid indeholde relevant information omkring patienten – herunder behov for særlige hensyn, som kan være relevant i forbindelse med undersøgelsen.



Patientsikkerhed og mangelfuld IT-funktion

Case



Patient med svær KOL og kendt overfølsomhed for kombinationen amoxicillin/clavulansyre. Dette er registreret i lægesystemets FMK som CAVE overfølsomhed for amoxicillin (clavulansyre kan ikke oprettes).

Patienten fik udstedt Bioclavid til rejsebrug.

Normalt reagerer pågældende lægesystem, hvis man er i gang med at ordinere et stof med CAVE. Det gør systemet også, hvis man forsøger at bestille Amoxicillin - men der er desværre ingen advarsel ved bestilling af Bioclavid. Da systemet ikke reagerede checkede lægen ikke caveoversigten i forbindelse med ordinationen. Patientten udviklede alvorlig leverpåvirkning med efterfølgende indlæggelse til følge. Det forventes, at patienten kommer sig helt ovenpå forløbet.

Læring

1. Alle lægesystemer og FMK bør reagere, hvis man forsøger at bestille medicin, hvor der er registreret CAVE - også ved kombinationspræparater.
2. Clavulansyre bør kunne registreres som selvstændigt stof der udløser CAVE.

Ovenstående understøttes ikke af alle lægesystemer. Indtil systemerne kan understøtte ovenstående, er det vigtigt at være opmærksom på problematikken.



Patientsikkerhed og gamle recepter

Case

Egen læge ordinerer Atorvastatin til patient. I forbindelse med ekspeditionen på apoteket vælges ved en fejl en ældre recept på Simvastatin. Egen læge har tidligere seponeret Simvastatin ordinationen via FMK, men ikke annulleret recepten på receptserveren ved samme lejlighed. Patienten får den forkerte medicin med hjem, men opdager fejlen og undlader at indtage medicinen.

Læring

Det er aldrig blevet aftalemæssigt afklaret, hvem har opgaven at slette gammel medicin på receptserveren. Systemets opbygning har været medvirkende til talrige hændelser af samme type som den aktuelle case.

FMK opgraderedes i januar 2014 til version 1.4. Med denne installeret er det blevet muligt at synkronisere mellem FMK og receptserveren, således at der ved seponering af ordination i FMK i samme arbejdsgang kan vælges at annullere de tilknyttede recepter på receptserveren.

For allerede seponerede præparater eksisterer denne mulighed ikke. Der er fortsat grund til at inddrage patienterne i at udvise forsigtighed omkring muligt uaktuelle recepter.



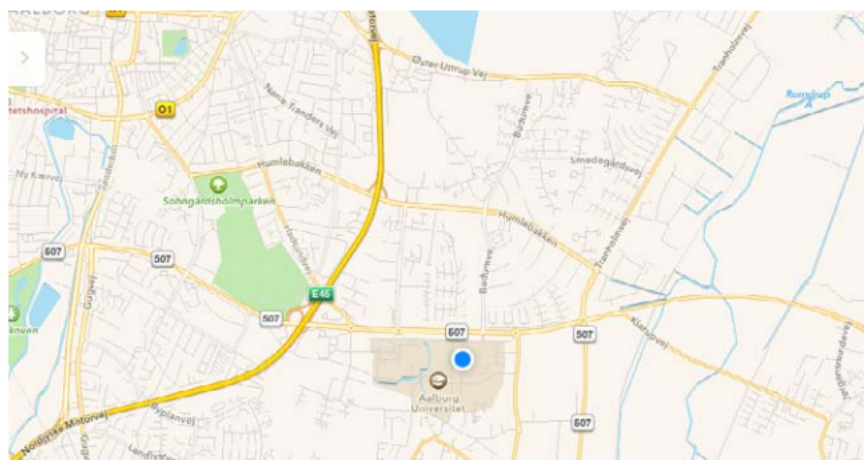
Patientsikkerhed og bestilling af patientkørsel

Case

Vagtlæge ringer 112 angående en patient. Der bestilles kørsel A med lægebil. Patient er kendt med KOL, i behandling for pneumoni. Har ondt i brystet, er klamtsvedende og blå om læberne. I forbindelse med lægens opkald til 112 oplyses, at patienten er på sin hjemadresse. Da ambulancen ankommer på denne adresse findes ingen hjemme. Der ringes til hjemmeplejens vagtcentral, hvorefter man finder ud af, at patienten er på aflastning på Plejecenter. Ambulance og lægebil afsendes herefter til denne adresse.

Læring

I forbindelse med bestilling af patientkørsler bør der altid spørges konkret ind til, hvilken adresse patienten opholder sig på.



Patientsikkerhed og kommunikation: Hvem bestiller transporten?

Case

Beboer på plejehjem falder kl. 17:30. Personalet tilkalder læge. Lægen ankommer 21:45 og vurderer, at beboeren skal omkring Akutmodtagelsen med henblik på udredning i forhold til mulige brud samt behandling af hudlæsion. Patienten har smerter. I forbindelse med rekvirering af kørsel opstår misforståelse mellem læge og plejehjem, idet begge parter tror, den anden part rekvirerer transporten. Indlæggelse af patienten forsinkes derved. Patienten afhentes således først på plejehjemmet 7:45 næste morgen. Grundet forsinkelsen kan flængen i hovedet ifølge gældende instruks ikke sutureres.

Læring

Manglende koordination i alle led af patientforløb udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko. Tilsyneladende små misforståelser kan have store konsekvenser for patienten. Overgange i patientbehandlingen bør altid afstemmes parterne imellem. Ovenstående misforståelse omkring indlæggelse kan forebygges ved at læge og plejehjems personale, inden lægen forlader stedet, tydeligt aftaler, hvem der påtager sig ansvaret for at rekvirere patientkørslen.



Patientsikkerhed og HPV vaccination

Case



Patient modtager alle tre HPV vacciner. Efter vaccinationerne oplever patienten flere symptomer. Hun får en vedvarende sovende/snurrende fornemmelse i fødderne, som over tid forværres og breder sig op til knæhaserne. Efter nogle måneder oplever patienten samme symptomer i sin højre arm. Armen føles tung og sovende/snurrende. Patienten oplever desuden hovedpine og synsforstyrrelser.

Patienten og dennes forældre henvender sig til egen læge, med symptomerne. Ved konsultationen afviser patientens læge, at symptomerne kan have sammenhæng med HPV-vaccinen. Patienten henvises herefter videre til undersøgelse på Neurologisk Afdeling, hvor hun MR-scannes og får lavet en spinalvæskeundersøgelse. Der påvises ingen tegn på neurologisk sygdom.

Denne afklaring bestyrker patient og pårørendes oplevelse af, at tilstanden skyldes HPV vaccinen. Patienten oplever til stadighed ovenstående symptomer med væsentlig forringelse af livskvalitet til følge.

Læring

Patienter bør altid informeres om mulig bivirkning på behandling, inden den igangsættes.

Patienter, der giver udtryk for, at de oplever bivirkning ved medicinsk behandling, kan som hovedregel altid søge om erstatning via Patienterstatningen – uanset om bivirkningerne er kendte og omtalt i produktets indlægsseddel.



Patientsikkerhed og akupunktur

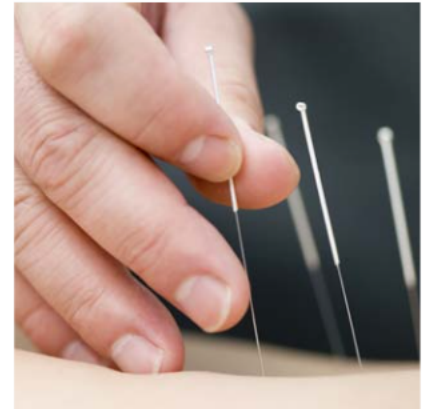
Case

Patient henvender sig i Lægevagten med stakåndethed og brystmerter. Patienten oplyser at hun har været til akupunktur tidligere samme dag. Patienten tilses af læge og får taget EKG. Stetoskopi lyder normalt. Lægevagt konfererer med hjer-temedicinsk læge. Patienten sendes herefter hjem med besked om at komme igen ved forværring.

Patient henvender sig halvandet døgn senere med utilpashed og fortsatte vejr-trækningsproblemer. Patient sendes til røntgen, som viser dobbeltsidig pneumo-thorax, antageligt som resultat af akupunkturbehandlingen to dage tidligere.

Læring

Pneumothorax som følge af akupunktur er desværre en kendt komplikation. Det anbefales derfor, at patienter, der oplyser at have været til akupunktur med oven-nævnt symptomer, overvejes videresendt til røntgen med henblik på diagnosticering.



Patientsikkerhed og overset appendicit

Case



Barn har feber, opkastning og mavesmerter. Tilstanden har stået på i 2 dage og forværres fortsat. Forældre vælger derfor at kontakte Lægevagten.

Læge tager blodprøve, som viser infektion. Barnet undersøges, og har store smerter, da der trykkes på maven. Lægen udtrykker tvivl om, hvad barnets tilstand kan skyldes. Forældrenes bekymring omkring mulig blindtarmsbetændelse afvises. Lægen ordinerer penicillin for maveinfektion og barnet sendes hjem. Pillerne er store, og barnet kaster dem op.

Forældrene kontakter egen læge med henblik på at få nye piller næste morgen. Egen læge tilser barnet og vælger at indlægge barnet akut. Ved indlæggelse konstateres det, at der er tale om blindtarmsbetændelse og at blindtarmen, desværre på daværende tidspunkt, er bristet.

Barnet opereres akut. Operationen er kompliceret, da der er sivet en stor mængde betændelse ud. Barnet overlever lykkeligvis. Der er dog behov for omfattende opfølgende medicinsk behandling.

Læring

Forældrene oplyste at barnets almene tilstand var stærkt påvirket. Barnet havde høj feber, opkastning og mavesmerter. Barnet udviste smerter ved tryk på maven. Blodprøve påviste maveinfektion.

Tilstand som denne kan være tegn på alvorlig og potentielt livstruende sygdom. Patienter med sådanne symptomer bør derfor indlægges med henblik på hurtig diagnose og behandling. Antibiotikabehandling bør ikke startes op på patienter med ovennævnte symptombillede uden nærmere afklaring af årsager hertil.



Patientsikkerheds advarselstegn II

Case

Dag 1: Plejehjem kontakter beboers egen læge, da beboers urin var plumret. Stix viste +blod, + leukocytter, + protein, ingen nitrit og ingen sukker. Let forhøjet temperatur (37.9). Beboer er træt og slap og respiration er lidt påvirket. Der sendes en urin til dyrkning og resistensbestemmelse og der opstartes antibiotisk behandling med tablet Selexid. Borger er de følgende dage forvirret, konfus og vil intet spise – men ser ud til at drikke rimeligt.

Dag 3: Plejehjem kontakter egen læge for at få svar på urinprøven. Dyrkning viser bakteriuri med fuld følsomhed for det valgte antibiotikum og igangværende behandling fortsættes. Beboer konfusion tilskrives blærebetændelsen. De følgende dage ses ingen ændringer med hensyn til konfusion eller indtagelse af mad og drikke - dog øgede smerter.

Dag 6: Ny kontakt til egen læge. Egen læge ordinerer en ny og anden antibiotisk behandling mod blærebetændelse. Beboers tilstand er uforandret de følgende dage.

Dag 8: Om morgenen ligger beboeren og klager sig højtlydt og har mange smerter ved berøring. Spiser næsten intet, men drikker stadig rimeligt. Egen læge og plejehjem aftaler at beboeren skal indlægges, da det skønnes at nuværende situation er uholdbar. Pårørende informeres og accepterer. På sygehuset stilles diagnosen dehydratio.

Beboer afgår efterfølgende ved døden på sygehuset på dag 11.

Læring

Tommelfingerregel for alle involverede parter: Mere end to lægekontakter indenfor en uge vedrørende det samme problem er en advarsel om at en risikosituation (UTH) er under udvikling. Forskning inden for patientsikkerhed i almen praksis underbygger, at denne huskeregel er en kerneindikator. De gentagne kontakter fremstår ofte tydeligst i kommunalt regi, hvor plejepersonalet står med patienten, og hvor den spirende fornemmelse af, at noget er ved at gå galt, er mest tydelig. Ved tredje lægekontakt fra plejehjemmet bør nævnes, at der nu er tale om **tredje lægekontakt** vedrørende patientens tilstand, og at situationen ikke er holdbar.

Huskeregul for alle parter: Første lægekontakt – Anden lægekontakt – **Tredje lægekontakt = STOP**

Kommunikationen mellem plejehjem og almen praksis er afgørende for en optimal patientbehandling. Begge parter har unik mulighed for i fællesskab at 'spille hinanden gode'. Plejehjem kan udvise vedholdenhed og udbede en revurdering af diagnose/behandling, når første to forsøg på behandling ikke medfører den ønskede effekt. Almen Praksis kan udvise imødekommenthed og skærpet opmærksomhed, når plejehjem kontakter praksis tredje gang. En anden vigtig læringspointe som blev af dækket i forbindelse med analyse af ovenstående hændelse, var vigtigheden af, at syge beboeres aktuelle væskeindtag så vidt muligt måles og dokumenteres, med henblik på forebyggelse af dehydrering. Dokumentation heraf kan være en væsentlig kilde til information ved beslutning omkring behandling og pleje.

DSAM MÅNEDEN UTH – MARTS 2014 I

Delt ansvar = ingen har ansvar

Case 1

Patient medicineres med MTX i forbindelse med behandling på sygehusambulatorium. Patienten går til løbende kontrol på ambulatoriet. Sygehuset pauserer MTX-behandlingen. Denne information når ikke frem til patientens egen læge, som fortsætter med at forny MTX-recepten. Ambulatoriet indkalder ikke til kontrol i den tro, at MTX-behandlingen er indstillet. Patienten medicineres således med MTX i en længere periode uden den nødvendige kontrol og opfølgning. Hændelsen blev opdaget af den kommunale hjemmepleje ved et tilfælde. Lykkeligvis resulterede forløbet ikke i skade på patienten.

Case 2

Patient med en inflammatorisk tarmsygdom behandles og kontrolleres i et medicinsk ambulatorium. Har i den forbindelse siden 2006 fået Prednisolon styret af Medicinsk Ambulatorium. Behandling startede med 75 mg dagligt ifølge ambulant notat fra sygehuset. Siden er patienten også kommet i behandling med Asacol og Imurel.

Patientens læge har løbende fornyet recept på Prednisolon i doser, som patient oplyser. Imurel og Asacol er løbende ordineret af ambulatoriet. Patient har siden 2006 fået reitererede recepter via egen læge og Medicinsk Ambulatorium.

Patienten henvender sig august 2013 til egen læge for at få fornyet recept på Prednisolon. Patienten oplyser her, at han skal have 10 mg Prednisolon dagligt. Egen læge kontakter ambulatoriet, da der er uoverensstemmelsen mellem sidste ambulante notat og patientens oplysninger.





Ambulatoriet meddeler, at Prednisolon ikke er ordineret af ambulatoriet. De sidste år er det blevet overset i ambulatoriet, at patient fortsat tager steroid, men da ambulatoriet ikke selv udskriver recepterne, opdages dette ikke. Patienten har således fået Prednisolon i syv år, de sidste år uden den nødvendige kontrol af denne behandling.

Konklusion og Læring

Misforståelser omkring ordination, kontrol og styring af behandling kan føre til forkert og langvarig behandling med potentielt skadelige stoffer. Med afsæt i ovenstående og andre lignende hændelser anbefales det, at almen praksis i højere grad lader ambulatorier selv udfærdige flergangsrecepter, så patienten har medicin nok til næste ambulante besøg. På den måde undgås unødigt mange led i receptfornyelsesprocessen, og patientsikkerheden styrkes.

Dette er i overensstemmelse med gældende vejledninger. Læs evt. Lægens ansvar ved ordination og receptudstedelse fra PLO'orientering fra marts 2013.

Læge Karen Margrethe Bjerre, PLO Nordjylland
Risikomanager Lotte Utzen Thomsen, Primær Sundhed, Region Nordjylland



DSAM MÅNEDEN UTH – MARTS 2014 II

Faktor-10 fejl

Udgivet via månedsskriftet for almen praksis

Case

Patient kommer til konsultation hos egen læge, hvor det aftales, at patienten behandles med Contalgin 10 mg 3 gange dagligt. Lægen vil udskrive en recept med 100 stk. Contalgin, men ved en fejl udskriver lægen recept på Contalgin 100 mg i stedet for 10 mg. Pakningsstørrelser 100 stk. og styrke 100 mg forveksles i forbindelse med ordinationen. Patienten afhenter medicinen på apoteket og opdager selv, at tabletstyrken er 100 mg i stedet for 10 mg. Patienten undlader at tage medicinen og tager kontakt til egen læge næste hverdag, hvor fejlen rettes. Patienten når ikke at indtage medicinen i den ene case.

I en tilsvarende case fra en anden klinik nåede patienten at indtage for høj dosis Doltard og måtte indlægges akut kortvarigt til forgiftningsbehandling.

Læring

Der er risiko for at tage fejl mellem dosis og pakningsstørrelse. I begge de omtalte hændelser var fejlen, at dosisstyrken af morfin blev for stor (100 mg i stedet for 10 mg). Indtil videre må anbefalingen være at være, særlig opmærksom på disse "faktor 10-fejl" ved ordination af medicin.

Der er rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen, og det er foreslået, at pakninger får "skæve" størrelser (fx. 98 i stedet for 100 stk.), så forskellen bliver mere synlig. Risikoen for fejl er større i nogle it-systemer end i andre. Derfor er det vigtigt at indrapportere hændelser udløst af vores lægesystemer og at anføre lægesystemets navn. Vi har så mulighed for at kontakte softwareleverandørerne angående fejlen og få ændret på softwaren, så fejlen ikke opstår igen.

UTH KLYNGER

Ny mulighed for læring på tværs

Den administrative styregruppe bestående af repræsentanter fra Almen Praksis, Region Nordjylland og kommunerne i Region Nordjylland, besluttede i foråret 2014 at nedsætte fire UTH-fora kaldet UTH-klynger. Formålet med UTH-klyngerne er at skabe lokale læringsfora i Nordjylland, hvor tværgående utilsigtede hændelser (UTH) analyseres med henblik på at uddrage fælles læring. De lokale UTH-klynger vil ligeledes give god mulighed for lokal netværksdannelse. På klyngeomøderne vil de regionale områder (sygehuse, Primær Sundhed mv.) samt kommuner og almen praksis være repræsenteret efter behov. Deltagergruppen vil være tilpasset de tværgående UTH på dagsorden for mødet.

I forbindelse med tværgående UTH, hvor almen praksis har været involveret, kontakter UTH teamet den involverede klinik på telefon eller mail. Vi vil så i fællesskab afklare den aktuelle UTH og mulighed for eventuel deltagelse i fælles analyse. Ved analyse af tværsektorielle UTH i klyngerne vil almen praksis deltagelse i møderne kunne honoreres i henhold til paragraf 2-aftale.

Vi ser frem til at komme i gang med arbejdet i klyngerne, og håber at I vil tage positivt imod denne nye mulighed for at skabe læring på tværs af praksis, sygehuse og kommuner.

Primær Sundheds UTH-team

I Region Nordjylland varetages arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) af Primær Sundheds UTH-team. Teamet modtager UTH vedrørende det regionale primærområde herunder almen praksis. Teamet sender hændelserne videre ud til almen praksis med henblik på nærmere analyse i de enkelte klinikker. Teamet analyserer mønstre og tendenser i hændelserne og formidler læring herfra i lærings-

artiklerne 'UTH i praksis' via Nord-KAP nyhedsbrevet samt Månedsskriftet for almen praksis og DSAM månedens UTH. Formålet med læringsartiklerne er at understøtte læring og den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis.

TEAMET HAR FØLGENDE FIRE MEDLEMMER:



Peter Gaardbo

- alment praktiserende læge
og Nord-KAP UTH
koordinator,
pegs@rn.dk



Karen Margrete Bjerre

- alment praktiserende læge
og Nord-KAP
praksiskonsulent for UTH,
kmbjerre@gmail.com



Lotte Utzen Thomsen

- specialkonsulent og
regional risikomanager for
Primær Sundhed,
Region Nordjylland,
lou@rn.dk



Claus Bendtsen

- administrativ UTH
sagsbehandler for Primær
Sundhed, Region
Nordjylland,
claus.bendtsen@rn.dk

PATIENTSIKKERHED - LÆRINGSARTIKLER FRA ALMEN PRAKSIS

Udgivet i februar 2015

Layout: Novagraf
Tryk: Vester Kopi
Oplag: 300 stk.



REGION NORDJYLLAND