



PATIENTSIKKERHED

# Læringsartikler 2

fra Almen Praksis



REGION NORDJYLLAND  
– i gode hænder

# Indhold



Patientsikkerhed og rhesusimmunisering	4
Patientsikkerhed og blodprøver i svangerskabet	5
Graviditet og tegn på præeklamsi	6
Patientsikkerhed og infektion hos diabetes patienter	7
Patientsikkerhed og UTH-advarselstegn II	8
Patientsikkerhed og UTH-advarselstegn III	10
Patientsikkerhed og børn som slår maven	11
Patientsikkerhed og manglende tilbagemelding	12
Patientsikkerhed og særlige aftaler om udlevering af medicin fra apotek	13
Patientsikkerhed og henvisning af patienter med særlige behov	14
Patientsikkerhed og opfølgning på kritiske prøvesvar	15
Patientsikkerhed og influenzavaccinationer	16
Patientsikkerhed og Histologiske undersøgelser	17
Patientsikkerhed og beslutning om behandlingsniveau (indlæggelse/kærlig pleje)	18
Patientsikkerhed og AK-behandling af højriskopatienter	20
Patientsikkerhed og forveksling af ampul morfin/atropin	21
Patientsikkerhed og aktive recepter i FMK efter seponering	22
Patientsikkerhed og valg af korrekt medicin type	23
Patientsikkerhed og overskridelse af anbefalet max. dosis	24
Patientsikkerhed og indlæggelse ved Akut Koronart Syndrom (AKS)	25
Patientsikkerhed og Marevan II	26
Patientsikkerhed – Kalktilskud med K-vitamin og patienter i Marevan behandling	27
Patientsikkerhed og faktor 10	28
Patientsikkerhed og sikker patientidentifikation	30
Patientsikkerhedskursus: Patientsikkerhed – det er lige mig!	31

# Forord

UTH-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, der rapporteres af almen praksis, praksis samarbejdspartner samt patienter og pårørende.

Formålet med artiklerne er at understøtte læring og den løbende kvalitetsudvikling.

Denne artikelsamling indeholder et udvalg af de læringsartikler, teamet udsendte via Nord-KAP 'UTH i praksis' i løbet af 2015. Artikelsamlingen afsluttes med kort beskrivelse af information omkring særlige tiltag for 2015 samt beskrivelse af det nye Patientsikkerhedskursus. Artikelsamlingen rundes af med en kort beskrivelse af UTH-teamet 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 lyde 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.

Region Nords UTH-team for praksisområdet (tidligere Primær Sundheds UTH-team)

Karen, Peter, Lotte og Claus

# Patientsikkerhed og rhesusimmunisering

Denne artikel omhandler ligeledes forebyggelig rhesusimmunisering

## Case

Gravid kvinde. Rhesus negativ. Foster genotype ikke bestemt i graviditetsuge uge 24. Da hun kommer til fødslen er hun immuniseret med anti-D. Barnet får hyperbilirubinæmi. Udskiftningstransfusion og lysbehandling. Barnets tilstand nu god. Forløbet kan have betydning for næste graviditet.

Ved den 2. graviditetsundersøgelse i uge 24 skal der, på RhD-negative kvinder, tages supplerende blodprøve - webreq: ”2. grav.undersøgelse RhD- negativ”.

Denne blodprøve bestemmer patientens AB0- og RhD-type, og der screenes for irregulære erythrocytantistoffer samt foster RhD-type.

Egen læge glemmer at tage blodprøven ved 2. graviditetsundersøgelse ved den RhD- negative gravide, hvorved AntiD profylakse i uge 28 bliver forpasset.

## Læring

Det er en situation, hvor patienten kan inddrages og i væsentlig grad medvirke til at øge patientsikkerheden:

Et forslag til arbejdsgang kan være, at alle gravide opfordres til at ringe til egen læge 2 uger efter blodprøven ved 1. graviditetsundersøgelse og få oplyst om Rhesustype og eventuelle antistoffer. Hvis der er antistoffer kan vi give svar på det og henvise til Gynækologisk Afdeling. Hvis de er Rhesus-negative kan de blive oplyst om, at de skal have taget ny blodprøve i uge 24, og efter denne blodprøve skal de også ringe for at få svar.

Der henvises i øvrigt til forløbsbeskrivelsen om blodprøver i graviditeten.



# Patientsikkerhed og blodprøver i svangerskabet

Følgende artikel omhandler forglemmelse i opfølgning på rhesusnegative gravide. Er patienten Rhesus negativ, skal der ud fra blodprøve i uge 24 tages stilling til AntiD profylaksebehandling i uge 28. Prøvetagningen undlades i 10 % af graviditetsforløbene. Undladelse medfører risiko for rhesusimmunisering, risiko for barn og fremtidig graviditet.

## Case

Patient er Rhesus negativ. Der er ikke lavet fostertypebestemmelse På grund af manglende type er der ikke taget stilling til, om patient skulle have haft Anti-D i graviditeten.

Der er ingen umiddelbar konsekvens, da man efter fødslen kan tage en blodprøve til typebestemmelse, men patient vil ikke have fået korrekt behandling, hvis det viser sig at barnet er Rh. pos. Muligheden for AntiD profylakse i uge 28 bliver forpasset.

Være mere opmærksom på at få lavet blodtypebestemmelse, når der er taget en type på en gravid kvinde, der er Rh. neg.

## Læring

Tidligere tilgik prøvesvar både egen læge og fødestedet - som fulgte op på prøverne. Efter rekvisitionen af blodtype overgik til webreq, er denne dobbelte svarafgivelse ikke længere mulig. Det stiller større krav til procedurerne i praksis. Nu modtager egen læge kun blodtypesvaret, som hos de RhD-negative mor/Rhesus positivt foster skal sendes videre til ob-

stetrikken - obs det gælder også positive screenings-svar for Hepatitis og HIV

På møde med blodbanken og obstetrikken 27.8.2015 viste det sig, at 10% ikke får taget prøven i uge 24 - målt på hvor mange der i stedet i 2. kvartal 2015 måtte have taget navlesnorsblodprøve. Artikel fra blodbanken 2010 viser i overensstemmelse hermed manglende blodprøvetagning hos 15 %.

Der indføres i forløbsbeskrivelsen for graviditetsforløbet, som udleveres fra jordemor i Aalborg, at den gravide, der er Rhesus D negativ skal sikre sig blodprøvetagning og opfølgning på denne i forbindelse med 2. graviditetsundersøgelse i uge 24. Tilsvarende vil vi foreslå, at det også sker i Hjørring og Thisted.

Sonografen som scanner i uge 12 slår fremover patientens blodtype op og siger til de Rhesus-negative, at de skal huske blodprøve i uge 24.

Ved visitationen af svangrejournalen sættes note på de, der har oplysning påført om Rhesus-negativ.

## Graviditet og tegn på præeklampsi

Følgende artikel omhandler nødvendigheden af at udvise stor forsigtighed ved gravides mulige tegn på præeklampsi. Overses sådanne symptomer, kan det have fatale følger for både mor og barn.



### Case

Gravid patient ses til 2. graviditetsundersøgelse. BT er blevet let forhøjet, men ingen tegn på proteinuri og ingen synlige ødemer. Der aftales kontrol-tjek ved klinikkens sygeplejeske dagen efter og konsultation hos samme læge to dage efter. BT fortsat let forhøjet (134/92). Det er ikke muligt at kontrollere urin. Der aftales ny kontrol en uge senere. Stadig marginalt forhøjet diastolisk BT og nu spor af protein i urin. Der iværksættes hjemme- BT måling. Efter en uge institueres antihypertensiv behandling med tablet Trandate 100 mg x 2, efterfulgt af opfølgende kontrol en uge senere. Ved denne konsultation beretter patienten om tilfælde af vejtrækningsbesvær. BT fortsat moderat forhøjet, let proteinuri. Der tillægges tablet Centyl med kaliumklorid, og patienten får ny tid tre dage senere. Dagen efter sidste besøg i klinikken søger patient jordemoder, der foranlediger akut indlæggelse på obstetrisk afdeling.

I løbet af få timer udvikler patienten fuldbyrdet HELLP-syndrom. Mater laparotomeret for leverruptur i forlængelse af sectio. Barnet vækstretarderet, opereret for colonileus med temporær stomi. Moder og barn er i dag angiveligt velbefindende.

### Læring

Det afgørende er, at de progredierende tegn på svangerskabsforgiftning tolkes ind i denne forståelse. Husk at revurdere forløbet ved hver kontakt! Alle gravide med målte BT på eller over 140 mmHg systolisk eller 90 mmHg diastolisk er i risiko. Medicinsk behandling bør aldrig indledes, før den gravide er udredt i obstetrisk regi.

En væsentlig ulempe ved Trandate (labetalol) er, at der er stor individuel variation i forholdet mellem dosis og virkning. Doser, som hos nogle giver kraftigt blodtryksfald og intrauterin asfyksi, kan hos andre være helt uden blodtryksnedsættende virkning. Behandling med diuretika kan kompromittere placentaperfusionen. Anvendes kun på særlige indikationer, og behandlingen er en specialisopgave.

Klinikken etablerede i forlængelse af hændelsen en fast procedure om, at alle gravide med korrekt målte BT på eller over 140/90 henvises til obstetrisk vurdering, uanset om der er ledsagefund eller ej.

## Patientsikkerhed og infektion hos diabetespatienter

Følgende læringsartikel understreger vigtigheden af skærpet opmærksomhed omkring diabetespatienter som pådrager sig mindre sår på fødderne. I denne case pådrager patienten sig et mindre traume. Forløbet er langstrakt og ender desværre med, at patienten indlægges til amputation og senere afgår ved døden.

### Case

Diabetespatient falder og pådrager sig et sår på foden. Egen læge kontaktes, og denne ordinerer Fucidin salve. Tåen bliver efterfølgende væskende og nekrotisk.

Hjemmepleje tager på ny kontakt til egen læge med henblik på at få ændret behandling. Behandling fortsættes uændret. Patientens tilstand forværres med smerter og infektion.

Hjemmepleje anmoder om henvisning til Diabetes Fodcenter. Patienten henvises i stedet til Ortopædkirurgisk Ambulatorium med lang ventetid. Patienten når ikke til kontrol på ambulatoriet, før end tilstanden forværres.

Hjemmesygeplejerske kontakter på ny egen læge med henblik på akut indlæggelse. Patienten indlægges og bliver crus amputeret. Patienten afgår ved døden nogle dage senere.



### Læring

Tommelfingerregel: Mere end to lægekontakter indenfor kort tid 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 er nu tale om tredje lægekontakt vedrørende patientens tilstand, og at situationen ikke er holdbar.

Kommunikationen mellem den kommunale sygepleje 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 udviser imødekommethed og skærpet opmærksomhed, når plejehjem kontakter praksis tredje gang.

Det er desuden vigtigt at huske, at diabetespatienter har øget risiko for infektion og nekrose i forbindelse med fodsår.

## Patientsikkerhed og UTH advarselstegn II

Følgende artikel illustrerer hvor vigtigt det er, at diagnose og behandlingsregime revurderes, når resultater af valgt behandling udebliver. Mere end to henvendelser fra patienten vedrørende samme problem inden for kort tid bør medføre revurdering af formodet diagnose og behandlingsvalg. Manglende revurdering kan have fatale konsekvenser for patienten.

### Case

Dag 1: Plejehjem kontakter beboers egen læge, da beboerens 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 startes 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. Borgers 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. Borgerens tilstand er uforandret de følgende dage.

Dag 8: Om morgenen ligger beboeren og klager sig højlydt 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. Borger 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.

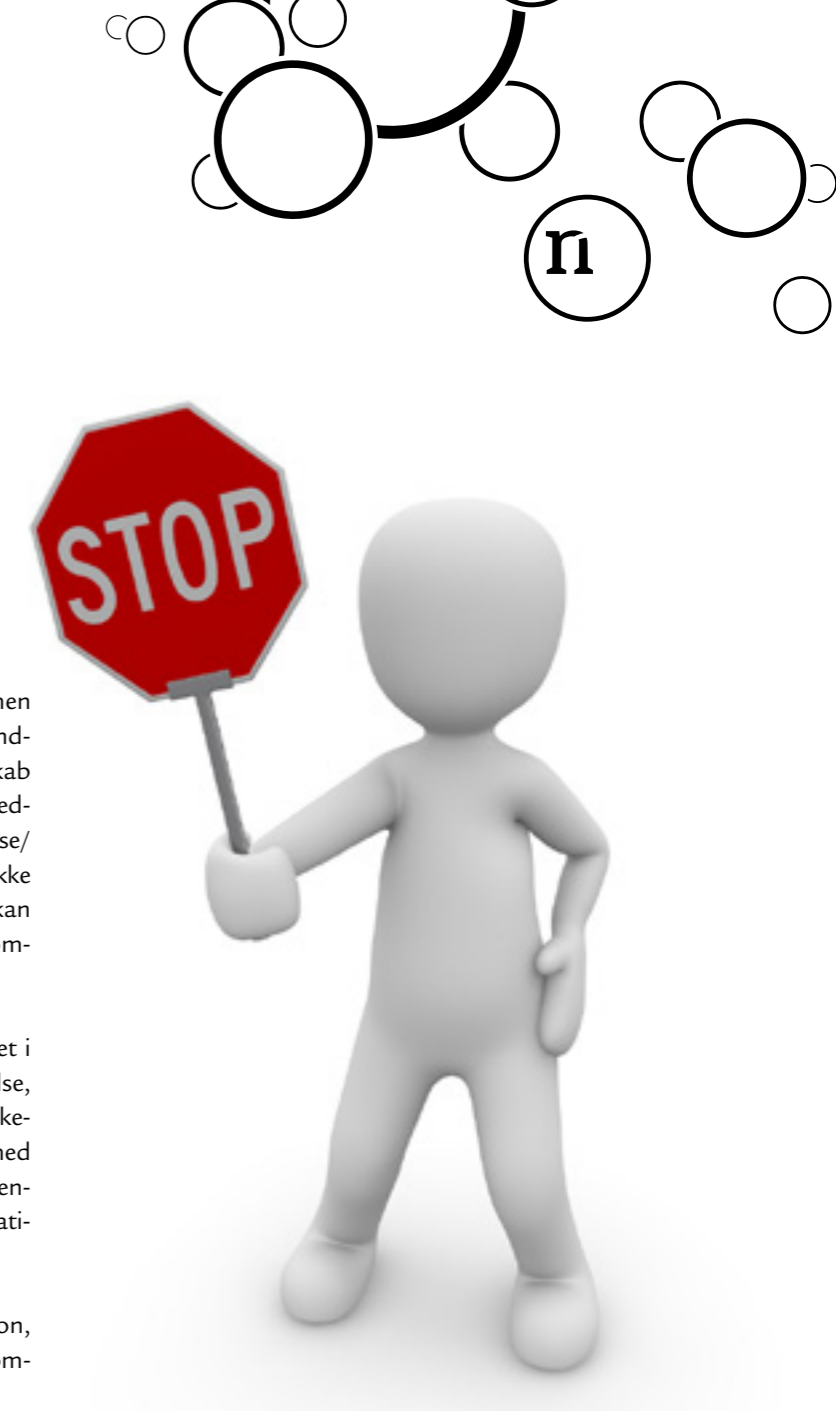
### Huskeregel for alle parter:

**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 imødekommenhed og skærpet opmærksomhed, når plejehjem kontakter praksis tredje gang.

En anden vigtig læringspointe, som blev afdækket 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.

Ovenstående case tager afsæt i den kommunikation, som foregår mange gange dagligt i det fælles kommunale/almen praksis samarbejde.





## Patientsikkerhed og UTH advarselstegn III

Endnu et eksempel på, at mere end 2 henvendelser til egen læge vedrørende samme problem, uden at strategien ændres, kan have alvorlige konsekvenser for patienten. Rapportørerne af anvendte case har indvilliget i at forløbet må bruges i en læringsartikel med henblik på læring og forebyggelse af lignende forløb.

### Case

Patienten oplever i en periode ubehag i mund og hals, og bliver derfor sat i behandling for svamp i munden af egen læge. Effekten af behandlingen udebliver, og patientens smerter bliver tiltagende værre. Patienten henvises derfor til speciallæge. Patienten tilses efterfølgende over en periode på 6 måneder adskillige gange af både egen læge og speciallæge, med konstant tiltagende smerter og manglende effekt af behandlingen. Forløbet ender med, at patienten selv insisterer på at komme på sygehuset. Henvisning forsinkes i den forbindelse med 14 dage, da speciallægen skal henvise til sygehuset. Da patienten kommer på sygehuset, konstateres fuldt synlig cancer i tungen/mundbund T3N1M0.

Patienten er nu terminalpatient.

### Læring

Mere end to lægekontakter indenfor kortere tid 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. Udebliver effekten af valgte behandlingsregime, skal diagnose og behandling revurderes ved tredje kontakt.

#### Huskeregel for alle parter:

Første lægekontakt –  
Anden lægekontakt –  
Tredje lægekontakt = STOP

## Patientsikkerhed og børn som slår maven

Følgende artikel illustrerer hvor vigtigt det er at udvise skærpet opmærksomhed i forhold til børn, der bliver dårlige efter at have slået maven. Symptomer som opkastning, blod i urinen og/eller dårlig almentilstand kan betyde, at barnet har pådraget sig indre blødning.

### Case

Barn falder på trappe og slår maven - et tilsyneladende lavenergitraume. En time senere begynder barnet at kaste op. Egen læge kontaktes. En time senere kontaktes Lægevagten og barnet tilses i hjemmet. Det aftales at se tiden an. Lægevagten kontaktes igen 10 timer senere. Barnet er fortsat dårlig med smerter og opkastning og visiteres på telefonen til konsultation i Lægevagten, hvor det tilses 2 timer senere. Lægevagten indlægger barnet på mistanke om organskade. Ved indlæggelsen oplyses mistanke om hæmaturi ved den ene vandladning, der er forekommet siden traumet.

Modtagende læge FAST-scanner ved indlæggelse (basal ultralydsvurdering obs fri væske). Der findes ingen fri væske, men mistanke om læsion i venstre nyre. Der rekvireres traume CT-abdomen.

Denne CT-abdomen omvisiteres efterfølgende af røntgen til UL-abdomen - antageligt under hensyntagen til strålehygiejne. Da UL ved røntgenlæge viser nyrelæsion, bedes Kirurgisk Afdeling om at lave fornyet henvisning til CT- abdomen. Denne viser nyrelæsion og ingen kontrast i fraførende urinveje.

Barnet gennemlever et langstrakt udredningsforløb. Efterfølgende overførsel til andet sygehus med henblik på anlæggelse af dobbelt J kateter.

### Læring

Børns indre organer er mere skrøbelige end voksnes, og børns 'manglende polstring' medfører ligeledes øget risiko for skade selv ved lavenergitraume.

Børn som slår maven, og efterfølgende bliver dårlige, bør derfor scannes med henblik på udelukkelse af skade på indre organer. Forsinket udredning kan være kritisk, selvom barnet fremtræder kredsløbsstabil. Også for børn er der faglig consensus om, at fordelene ved CT langt overstiger risici - Abdominaltraume på Lægehåndbogen.

Ved mere end 2 lægekontakter inden for kort tid bør iværksættes fornyet vurdering af patientens tilstand og potentielle risici. I en lignende situation kunne tidlig diagnostik have betydet forskellen på liv og død.

**Husk altid: Ved tredje kontakt skal man stoppe op og revurdere diagnose og behandling. Altid.**

Såfremt den primære kliniske vurdering er beroligende, ville selv en uerfaren læges UL FAST af nyrene (en 90 sekunders skanning) i denne case med ret stor sandsynlighed have kunnet visualisere nyrens patologi som et overraskende patologisk fund, muligvis allerede ved første lægebesøg. Der er snak om UL i praksis - denne case kunne måske støtte overvejelsen.

# Patientsikkerhed og manglende tilbagemelding

Følgende artikel omhandler kommunikationsbrist mellem kommune og almen praksis. Casen påviser hvor vigtigt det er, at kommunikation på tværs af sektorerne fungerer optimalt.

## Case

Hjemmesygeplejen ringer besked til sekretær hos egen læge om en patient med forandring af vanligt funktionsniveau. Symptom med hængende mundvig kan tolkes som mulig mindre apopleksi, men tolkningen er besværliggjort af andre forhold - herunder kendt hemiparese samt alkoholisme. Hjemmesygeplejen vurderer, at det er vigtigt at komme til at tale med den læge, der kender borger. Situationen vurderes som sub-akut – ikke akut, men dog bekymrende nok til, at der ønskes lægekontakt samme dag. Sekretær vil give lægen besked om at ringe tilbage. Uvist af hvilken grund sker dette opkald ikke. Hjemmesygeplejen vælger at sætte fast aftenvagtt på patienten. Næste morgen kontaktes lægen. Patienten tilses i hjemmet og indlægges. Behandles på sygehuset for svær hypokalæmi.

## Læring

Usikkerhed i hjemmesygeplejen om hvornår noget er akut, og hvornår man kan forvente at komme i kontakt med lægen vedrørende en 'sub-akut' situation. Helst bør begrebet 'sub-akut' ikke bruges, da det kan opfattes forskelligt i forskelligt regi og dermed skabe usikkerhed om situationen. Bedre at bruge konkrete kliniske observationer.

Brug af ISBAR ved kontakt til lægen er implementeret i kommunen. Det vil her være en fordel at afstemme forventningerne, så der kan sluttes af med aftale om, hvad vi forventer af hinanden, hvornår - "telefonkontakt sker inden 14:30, så vi kan følge op på situationen i dag". Lægeklinikkerne kan støtte ved at efterspørge en sådan afklaring.

Denne case omhandler temaet: "afstemning af hvad vi forventer, hvornår".

Vigtigheden af at vi præciserer fælles begreber og anvender sikker sundhedsfaglig kommunikation: ISBAR.

Læringen deles gennem UTH-forums nyhedsbrev som eksempel på, hvorfor det er så vigtigt med tydelig kommunikation.



# Patientsikkerhed og særlige aftaler om udlevering af medicin fra apotek

Denne artikel omhandler læring i forhold til særlige aftaler omkring medicinudlevering. Patienten får udleveret medicin uden bostøtteledsagelse, og forløbet ender desværre fatalt for patienten.

## Case

Patienten er hjemmeboende og har en historik med flere forsøg på selvmord. Patienten er tildelt bostøtte, som hjælper patienten i det daglige. Bostøtten hjælper blandt andet patienten med at afhente medicin, som opbevares i aflåst skab i hjemmet og doseres af hjemmesygeplejen. Det lokale apotek har noteret i det lokale apotekssystem, at patienten kun må få udleveret sin medicin i følgeskab med bostøtte. Denne procedure har hidtil kørt uden problemer.

Patienten og apoteket bliver uenige om en opgørelse af tilgodehavende, og patienten ønsker derfor fremover at betale kontant. Da han vil betale sin gæld, tager han imod sædvane alene ind på et apoteksudsalg i en nærliggende by. Der gør man ham opmærksom på, at der ligger medicin (bestilt af hjemmesygeplejen til dosering) - som så udleveres til patienten. Patienten vælger efterfølgende at indtage medicinen og findes død den næste dag.

Hændelsen involverede almen praksis, apotek og kommune. Fælles analyse med de involverede parter afdækkede følgende væsentlige læringspointer.

## Læring

Kommunen havde sendt besked til patientens egen læge vedrørende udleveringssted i forbindelse med genbestilling via FMK. Denne besked overføres i lægens IT-system ikke automatisk til recepterne - som derfor sendes til det, i lægens system, forudbestemte

udleveringssted.

Egen læge var i øvrigt ikke klar over de særlige forhold omkring udlevering af medicin til patienten.

Cirka 5 % af alle borgere får hjælp til dosering af deres medicin som dosisdispensering eller dosering ved hjemmesygeplejen. UTH-forløb påviser, at sådanne forløb kan være vanskelige og ressourcetunge at administrere, og fejl kan have alvorlige konsekvenser. I alle lægesystemer vises rekvirentens ønske om udleveringssted, men herefter er der forskelle - i nogle skal ønsket påføres manuelt i lægehuset, i andre systemer vælges lægesystemets forvalgte adresse og i atter andre overskrives denne automatisk af rekvirentens ønske.

Det er vigtigt at du er klar over, hvordan netop dit system håndterer ønske om udleveringssted - og det er ønskeligt med en fælles standard på dette område!

Mulighed for at medicin som standard sendes direkte til hjemmesygeplejen i de tilfælde, hvor hjemmesygeplejen doserer patientens medicin, skal afklares nærmere. Denne del af læringen sendes videre som input til sundhedsaftaleregi og til deling i det tværsektorielle UTH-forum.

Oplysninger, såsom at patienter kun må få udleveret medicin ifølge med bostøtte, er kun synlige lokalt på det enkelte apotek, så der vil altid være en mulighed for udlevering på et andet apotek, medmindre medicinen bestilles, så den sendes til valgt modtager.

## Patientsikkerhed og henvisning af patienter med særlige behov

Denne læringsartikel påviser vigtigheden af at oplyse patienters særlige behov i henvisninger. Glemmes disse oplysninger, kan det resultere i en dårlig oplevelse for patienten og forsinket diagnostik. Det kan ligeledes forhindre næste led i kæden (eksempelvis sygehuset) i at forberede og gennemføre patientbehandling af høj kvalitet.

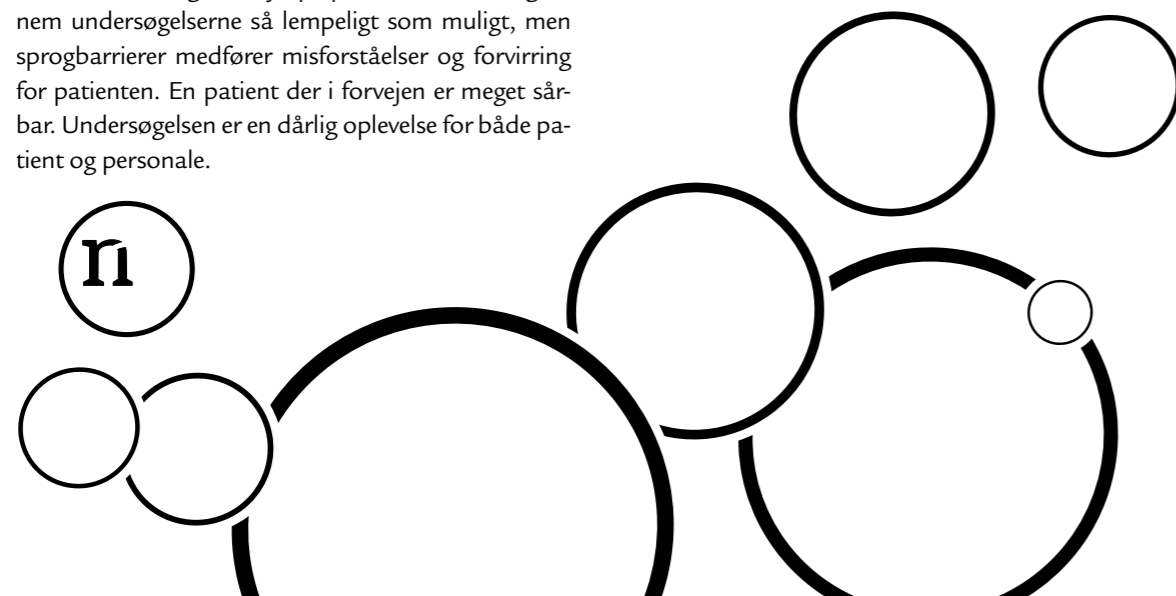
### Case

Egen læge henviser patienten til udredning i sygehusregi. Patienten har været udsat for grov vold gentagne gange. Patienten har ydermere brug for tolkebistand, idet denne hverken taler dansk eller engelsk. Oplysning om behov for tolkebistand fremgår ikke af henvisningen, og derfor er der ingen tolk, da patienten møder op til undersøgelse på sygehuset.

Personalet forsøger at hjælpe patienten til rette igennem undersøgelse så lempeligt som muligt, men sprogbarrierer medfører misforståelser og forvirring for patienten. En patient der i forvejen er meget sårbar. Undersøgelsen er en dårlig oplevelse for både patient og personale.

### Læring

Denne hændelse kunne have været undgået. Husk at inkludere oplysning om patienters særlige behov i henvisninger. Sygehuset har som hovedregel ikke forudgående kendskab til patienter, der henvises. Det er derfor vigtigt, at henvisninger indeholder relevant information, så undersøgelser kan gennemføres på en ordentlig måde for alle involverede parter.



## Patientsikkerhed og opfølgning på kritiske prøvesvar

Følgende case illustrerer på fornem vis, hvordan Patobank via en systematisk patientsikkerhedsprocedure opfanger et prøvesvar overset hos patientens egen læge.

### Case

Patient konsulteres af egen læge til rutinemæssig cervixundersøgelse. Svaret påviser behov for ny undersøgelse. Patienten glemmer at følge op i forhold til resultaterne. Klinikens "sikkerhedsnet" har ikke fanget dette "abnorme" svar (måske blev det slettet ved en fejl).

Egen læge bliver gjort opmærksom på det oversete svar via et brev fra Patobank efter, at patienten skulle have haft den opfølgende undersøgelse. I brevet fra Patobank gøres opmærksom på den manglende opfølgning/modtagelse af kontrol prøve.

Egen læge kalder derfor patienten til kontrolundersøgelse, som gennemføres med næsten 6 måneders forsinkelse. Patienten blev bekymret over forløbet, og havde en svær ventetid, til svaret på den opfølgende prøve forelå. Den ny undersøgelse viste ingen udvikling af celleforandringer.

### Læring

Det er uhyre vigtigt at have en sikker procedure i klinikken i forhold til modtagelse og opfølgning på kritiske prøvesvar. Rapporterende klinik foreslår selv etablering af ny funktion i eget praksis IT system (XMO), som kan hjælpe med at elektronisk arkivere/ gemme sådanne abnorme svar med alarmfunktion for, hvornår man skal lave kontrol. Mere information omkring forpligtigelser og opfølgning på prøvesvar kan ses via denne vejlednings punkt 5.3.

Den involverede praksis rapporterede selv hændelsen og har på den måde gjort det muligt for andre praksis at lære af forløbet. Stort tak til almen praksis for den gode rapport - også stort tak til Patobank for at have procedurer, som opfangede fejlen i tide.





## Patientsikkerhed og influenzavaccinationer

Denne læringsartikel omhandler influenzavaccination, hvor patienter dobbeltvaccineres som følge af kommunikationsbrist mellem involverede parter.



### Case

Patient var blevet vaccineret via vaccinationsfirma. Egen læge var ikke bekendt med dette. Plejehjemmets personale var heller ikke umiddelbart bekendt med vaccination. Patienten kunne ikke selv gøre rede for, at vaccination allerede var givet. Patienten blev derfor vaccineret igen.

Efterfølgende fandt personalet dokumentation for første vaccination. Patienten blev ikke påvirket af dobbeltvaccinationen.

### Læring

Der har siden 2013 været mulighed for central registrering af vaccinationer.

Fra 15/11-15 er der pligt til at registrere alle vaccinationer i "Det Danske Vaccinationsregister" - DDV.

Planlægges vaccination af sårbare ældre - som eksempelvis demente - kan man forlods anvende DDV, så dobbeltvaccinationer undgås.

Det hører lige med til ovenstående case, at UTH'en blev rapporteret forud for, at registreringsprocessen blev pligtig.

## Patientsikkerhed og Histologiske undersøgelser

Følgende case vedrører histologiske undersøgelser og anbefalinger til en optimal og patientsikker biopsitagning i klinikken. Der arbejdes på en elektronisk løsning, hvor der sættes flag ved maligne svar. Der vil blive sendt information ud, når løsningen træder i kraft.

### Cases

Der er rapporteret nogle hændelser vedrørende manglende topografi på hudbiopsier inden for disse kategorier:

- a) Anatomisk lokalisation ikke angivet.
- b) Manglende angivelse af side-lokalisation.

Angivelse af lokalisation på hud mangler særdeles ofte på rekvisitionerne fra almen praksis. Det dokumenteres naturligvis nøjere i egen journal. Specielt i de situationer, hvor der fjernes flere elementer og et enkelt - overraskende - viser sig at være malignt, vil en manglende rutinemæssig angivelse af lokalisation kunne få patientsikkerhedsmæssige konsekvenser.

### Læring

Det anbefales at overveje fast procedure for biopsitagning i klinikken.

Sikker Kirurgi tjekListe er udviklet til brug hospitalssituationer forud for indgreb og indeholder "De 5 Trin" - som tilrådes modificeret svarende til lokale forhold.

For almen praksis kunne foreslås følgende:

**Trin 1:** Gå journalen igennem. Husk at indhente og dokumentere informeret samtykke. Notér indgrebstype og -sted.

**Trin 2:** Markér det rette sted: Såfremt det er muligt, deltager patienten aktivt ved at udpege stedet eller svare bekræftende på, at det er rette sted.

**Trin 3:** Verificér. Patienten identificeres ved, at patienten selv på forespørgsel siger sit fulde navn og cpr-nummer. Det er ikke tilstrækkeligt, at patienten konfirmerer egne data.

**Trin 4:** Tjek. Patient og operatør gennemgår, at data på rekvisitionen svarer til kliniske fund, lokalisation og er i overensstemmelse med øvrige data for den pågældende patient.

**Trin 5:** Hold timeout. I sekunderne før indgrebet påbegyndes, konfirmeres at det drejer sig om korrekt patient og procedure, og der informeres om det forventede forløb af indgrebet.

# Patientsikkerhed og beslutning om behandlingsniveau (indlæggelse/kærlig pleje)

Denne artikel belyser en vanskelig situation, som er velkendt i almen praksis. Ældre patienter med kendt sygdom bliver dårligere derhjemme eller på plejehjem – og hvad skal der så ske – indlæggelse eller kærlig pleje? Hvilke handlemuligheder og begrænsninger er der for de involverede parter, og hvordan sikres det bedst mulige patientforløb?

## Case

Beboer på plejehjem har været sengeliggende hele dagen, har ikke spist og kun drukket sparsomt. Der er taledyspnø, men beboeren er i øvrigt vågen og relevant. Plejehjemmet observerer gennem 6 timer udvikling i værdier efter TOBS vejledningen (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom).

Personale kontakter patientens læge med henblik på besøg, da scoren tilsiger det. Kliniksekretær afviser mulighed for lægebesøg og henviser, til at Lægevagten må kontaktes ved yderligere forværring. Plejehjem og læge har ingen direkte dialog på telefonen omkring patienten. Sekretæren skriver besked til lægen vedrørende opkaldet, umiddelbart efter telefonsamtalen. Lægen noterer sig informationen om, at patienten er dårlig, men vågen og relevant. Lægen reagerer derfor ikke yderligere på beskeden fra plejehjemmet. Patienten er kendt i klinikken, og patientens nuværende tilstand var forventelig ud fra sygehistorikken.

Den 95-årige havde gennem et år haft et betydeligt vægttab og var træt og bleg, men modsatte sig udred-

ning og havde afvist lægens planlagte besøg få uger tidligere. Plejehjemmet får på telefonen opfattelsen af at blive afvist af sekretær, og at lægen ikke får information vedrørende patienten. Patientens tilstand forværres yderligere de følgende to timer og Lægevagten kontaktes. Patienten indlægges og afgår ved døden kort tid herefter.



## Læring

Ved påtrængende behov for dialog med patientens læge, kan henvendelsen til praksis med fordel foretages af den tilknyttede sygeplejerske.

Sidst men ikke mindst gav analysen af forløbet anledning til fælles drøftelse af, hvordan vi alle forholder os til borgere/patienter, der ikke forventes at leve ret meget længere, dog uden at være oplagt terminale. Hvornår skal beslutning om behandlingsniveau bringes op i dialogen med patienten (indlæggelse vs. kærlig pleje)? I forhold til gældende vejledning omkring fravalg af livsforlængende behandling er der

ingen tvivl om, at det kun er patientens læge, der kan indhente samtykke fra patienten og dokumentere aftale omkring behandlingsniveau.

Hvis aktuell og relevant dokumentation fra den behandlingsansvarlige læge ikke forefindes, skal plejehjem og Præhospitalt Beredskab som hovedregel foretage livreddende behandling – selvom det kan virke meningsløst. Men hvad nu hvis sidste besøg hos egen læge ikke åbnede mulighed for drøftelse af behandlingsniveau, og forsøg på sådan dialog ville have virket totalt malplaceret og uetisk? Det kommunale plejepersonale står med patienten dagligt, og kan følge udviklingen i patientens tilstand på nærmeste hold. Men hvornår er det, plejehjemmet skal kontakte og anmode lægen om at få afklaret og dokumenteret beslutning omkring behandlingsniveau?

Deltagerne på analysemødet var alle enige om, at forløbet repræsenterede både etiske og ansvarsmæssige dilemmaer. Den fælles italesættelse heraf kan forhåbentligt bidrage til yderligere drøftelser og afklaring af disse væsentlige emner.

## Patientsikkerhed og AK-behandling af højriskpatienter

Denne artikel vedrører Marevan-behandling og henleder hermed opmærksomheden på anbefalinger vedrørende bridging med lavmolekylære heparinprodukter, når INR falder under terapeutisk niveau hos højriskpatienter.

### Case

Patient som havde fået mekanisk mitralklap, blev postoperativt dækket med Fragmin indtil INR var stabilt og AK-behandlingen overgik til egen læge. I forbindelse med at patienten kom til afsluttende rehabilitering, blev det opdaget, at INR periodisk havde været under niveau 1,8, uden at patienten var blevet behandlet med Fragmin, sådan som de cardiologiske retningslinjer anbefaler.

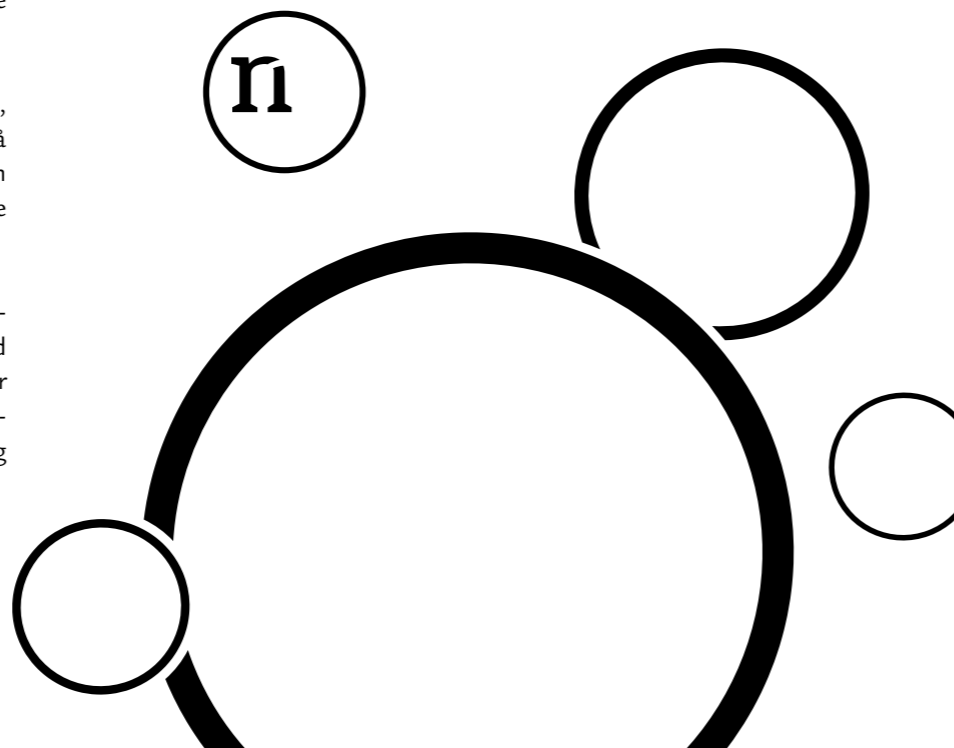
Det har ikke haft nogen konsekvens for patienten, men rapportøren påpeger risikoen for, at det kan få konsekvenser i form af emboli, såfremt behandlingen ikke rettes ind efter gældende retningslinjer. Egen læge blev underrettet om anbefalingerne.

Rapportøren foreslår, at man kunne foretrække at nyopererede skulle følges længere tid på sygehuset med deres AK-behandling. For den enkelte praksis er det her sjældne patienter. Logistikken omkring opstart af behandling med heparinprodukter er en udfordring, og kan medføre forøget blødningsrisiko for patienten.

### Læring

Cardiologisk vejledning vedrørende peroral antikoagulationsbehandling findes her: [nbv.cardio.dk/ak](http://nbv.cardio.dk/ak).

Se under komplikationer i afsnit 14.1.8 og tabel 14.4.



## Patientsikkerhed og forveksling af ampul morfin/atropin

Følgende artikel vedrører medicinforveksling, hvor morfin og atropin forveksles.

### Case

Læge tilser patient med tilbagevendende subileus-tilfælde. Dette plejer vanligt at gå i ro ved injektion Morfin 1 ml. im. (på Lægevagten eller via egen læge). Lægen kommer ved en fejl til at give injektion Atropin (1 mg/ml) 1 ml. im. Lægen opdager først fejlen, efter at patienten har forladt konsultationen, men får løbet patienten op og bragt tilbage til konsultationen. Giftlinien blev kontaktet, og situationen blev håndteret. Patienten var under observation i klinikken i cirka en time. Patienten oplevede lettere puls-stigning (120) samt tørhed af mund - men ellers ikke symptomer.

Lægen forvekslede de små flade gennemsigtige plastikampuller. Ampullernes udseende og label mærkning af Morfin (20 mg/ml) og Atropin (1 mg/ml) kan forveksles.

### Læring

Hændelsen understreger vigtigheden af nøje sikring af, hvilket lægemiddel man anvender.

Lægen vil kun at have inj. Morfin i lægetaske i 10 ml hætteglas fremover.

Hændelsen støtter et fortsat arbejde på at sikre forskellighed i emballage og label, så det rigtige valg støttes intuitivt.



# Patientsikkerhed og aktive recepter i FMK efter seponering

Denne artikel vedrører FMK og er et sammendrag af risikosituationer/opmærksomhedspunkter i det daglige kliniske arbejde i praksis.

## Cases

**1:** En patient er i behandling med præparat A for forhøjet blodtryk, hendes blodtryk er velreguleret af behandlingen, og der er derfor lavet recept med reiteration, så præparatet kan udleveres 4 gange. Pludselig udvikler patienten allergi over for præparatet, der derfor seponeres. Patienten sættes i anden blodtrykssænkende behandling præparat B, der virker lige så godt som præparat A. Efter at have brugt en dåse af præparat B går hun til apoteket og beder om udlevering af sin blodtrykssænkende medicin. Der er fortsat gyldige recepter på præparat A, der i mellemtiden er blevet substitueret til et andet navn end det oprindelige præparat A, patienten indtager præparat A og får svær allergisk reaktion.

Løsning: at alle lægesystemer automatisk annullerer aktive recepter på præparater, der seponeres.

**2:** En patient ændres i dosering fra 50 mg til 100 mg, lægen udskriver samme præparat men i tabletstørrelsen 100 mg. Patienten henter sin medicin og får udleveret 50 mg tabletter, fordi der fortsat er aktive recepter på receptserveren. Behandlingen vurderes ved kontrollen ikke at virke.

Løsning: ved ændring af dosering, skal der komme advarsel om forekomst af aktive recepter og forespørgsel om, disse skal annulleres.

**3:** FMK frigives ved udskrivelse. Under indlæggelsen er der fundet allergisk reaktion over for et af de præparater, patienten blev behandlet med frem til indlæggelsen. Præparatet er seponeret på sygehus og seponeres i FMK ved udskrivelsen. Men der er fortsat aktive recepter, som patienten indløser og derfor genindlægges med ny allergisk reaktion.

Løsning: ved aktivering af FMK i forbindelse med udskrivelse skal FMK advare om tilstedeværelsen af aktive recepter, der ikke er omfattet af de ordinationer udskrivende læge afstemmer i FMK. Det kan ske i form af dialogbox, der viser de lægemidler, der er aktive recepter på, men ikke er en del af de ordinationer, som fremgår i FMK. For hvert lægemiddel skal der kunne krydses ja eller nej til, om recepten skal annulleres.

## Læring

Ovenstående løsningsforslag indgår i høringssvar vedrørende ny vejledning om FMK. Indtil disse forhåbentlig indarbejdes i certificeringskravene, gøres der med casebeskrivelserne hermed opmærksom på problematikkerne, så man kan imødegå dem bedst muligt i de konkrete situationer.

# Patientsikkerhed og valg af korrekt medicin type

Nedenstående artikel omhandler et forløb, hvor almen praksis ved en fejl ordinerer forkert type medicin. Hvis patienten havde anvendt medicinen, ville det have medført betydelig overdosering. Hændelsen opdages af apoteket og fejlen rettes, inden medicinen når at skade patienten.

## Case

Egen læge bestiller Bricanyl inhalationsvæske til nebulisator med doseringen: "2 ml efter behov". Ordinationen skulle have lydt på Bricanyl som injektionsvæske.

Apoteket opdager fejlen i dialog med patienten, og der tages kontakt til lægen, så fejlen kan rettes.

Der er faktor 5 forskel i koncentrationen i de to opløsninger og faktor 10 forskel i mængden af indholdsstof i de to typer ampuller, hvilket indebærer risiko for en betydelig overdosis ved forveksling.

Inhalationsvæske Bricanyl til nebulisator, opløsning. 1 ml indeholder 2,5 mg terbutalinsulfat forhandles i 2 ml ampuller.

Injektionsvæske Bricanyl, opløsning. 1 ml indeholder 0,5 mg terbutalinsulfat forhandles i 1 ml ampuller.

## Læring

Det er utrolig vigtigt at udvise stor opmærksomhed i ordinationsøjeblikket, så den rigtige styrke og administrationsform ordineres.

Man kunne nævne andre eksempler på lægemidler, hvor der ofte ses fejlvalg ved ordination. Der er klassikere som:

Atrovent (spray, opløsning til nebulisator)

Insulin (hætteglas, ampul, flexpen)

Og så dem alle hader - Fragmin og Innohep

## Patientsikkerhed og overskridelse af anbefalet max. dosis

Følgende artikel tager afsæt i et forløb, hvor der ved en fejl ordineres medicin, som kunne have medført en overdosering af paracetamol og potentiel leverskade. Hændelsen opdages af apoteket, og fejlen rettes, inden medicinen når at skade patienten.

### Case

Lægen har udskrevet både Kodipar og Panodil, som begge indeholder paracetamol. Kodipar var doseret som standard: 1 tablet 4 gange daglig og Panodil var doseret som 2 tabletter 4 gange daglig.

Dette giver en overskridelse af anbefalet højeste dosering af paracetamol med 2 g (max. 4 g daglig). Apoteket opdagede fejlen og kontaktede lægen, så fejlen kunne rettes, inden medicinen blev udleveret til patienten.

### Læring

Som nævnt i tidligere artikel ( UTH i praksis 32 vedrørende methotrexat) arbejdes der lige nu på at udvikle beslutningsstøtte i FMK. Beslutningsstøtten skal understøtte følgende sundhedsfaglige beslutningsprocesser i ordinationsøjeblikket: Interaktioner, Maksimumdosis, Risikosituationslægemidler.

Når løsningen er på plads, vil systemerne komme med en advarsel, når maksimumdosis overskrides. Denne beslutningsstøtte vil først være på plads i december 2017. Det er derfor vigtigt at vide, at eneste barriere imod ovenstående hændelser indtil videre er: Stor opmærksomhed omkring ordination og recepter.



## Patientsikkerhed og indlæggelse ved Akut Koronart Syndrom (AKS)

Denne artikel omhandler vigtig læring omkring akut indlæggelse ved Akut Koronart Syndrom (AKS).

### Case

Patient konsulteres ved egen læge. Der konstateres tegn på stort infarkt. Kardiologisk Afdeling kontaktes, hvorefter klinikken bestiller patienttransport - AKS. På vej til afhentning af patienten kontakter ambulancen klinikken med henblik på afklaring af behov for paramedicinsk ledsagelse. Dette afvises af klinikken. Da ambulance ankommer til klinikken, oplyses det, at patienten har fået 300 mg Magnyl samt nitroglycerinspray x 3 (0,4mg/dosis). Der tages fornyet EKG på patienten i ambulancen med det samme. EKG sendes til kardiolog direkte. EKG påviser fortsat tegn på stort infarkt. Kardiolog ringer tilbage til ambulancen og ordinerer Heparin og Plavix. Denne type medicin samt anden medicin til anvendelse ved eventuelt hjer-testop forefindes kun i paramedicinerbil. Ambulance aftaler herefter rendezvous med paramedicinerbil på vejen mod sygehuset med henblik på at sikre optimal behandling hurtigst muligt.

Patienten nåede vel frem til sygehuset efterfølgende.

### Læring

Medicin til anvendelse ved AKS og hjer-testop forefindes ikke i ambulancer. Ved indlæggelse på mistanke om AKS bør paramedicinerbil derfor rekvireres ved bestilling af patienttransporten.



## Patientsikkerhed og Marevan II

Denne artikel demonstrerer, hvor vigtigt det er at sikre sig, at beslutninger omkring medicinering inddrager patientens viden og seneste nyt i patientens behandlingshistorik.

### Case

Lægekliniikkens sygeplejerske blev ved INR kontrol opmærksom på, at der kun skulle behandles med Marevan i en seks måneders periode, hvilket fremgik af epikrisen fra indlæggelsen med DVT. Sygeplejersken konfererede med egen læge. Lægen genfandt informationen i epikrisen og besluttede, at patienten skulle bedes om at afbryde behandlingen.

Dagen efter kontakter patienten egen læge, da patienten mener, at man på sygehuset har besluttet, at Marevan-behandlingen skal fortsætte.

I en nyere epikrise fremgår det, at patienten har været på sygehuset, hvor der er fund af lungeemboli, og at patienten skal forsætte behandlingen. Marevan bliver derfor genoptaget. Nyeste information vedrørende medicinering overses på grund af fiksering på oplysninger fra tidligere indlæggelse.

Hændelsen havde ingen konsekvenser for patienten.

### Læring

Klinikkens gode forslag til forebyggelse af lignende hændelser: Husk altid at kigge i nyeste epikriser for at se relevante ændringer i behandlingsvarighed. Seporerings spørgsmål kunne eventuelt danne baggrund for en konsultation ved egen læge med henblik på nærmere afklaring.

## Patientsikkerhed – Kalktilskud med K-vitamin og patienter i Marevan behandling

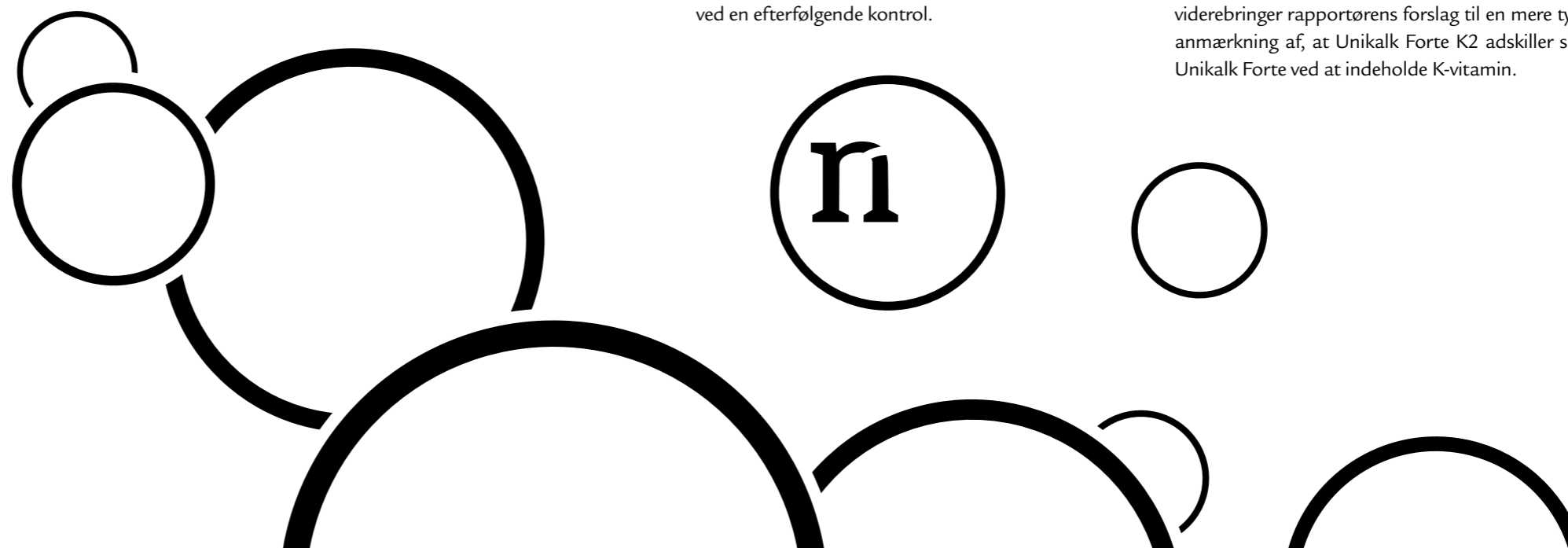
UTH-teamet modtager et stigende antal UTH'er rapporteret af almen praksis, og det er vi meget glade for. Følgende case tager afsæt i en sådan hændelse rapporteret af praksis, hvor forveksling mellem to næsten enslydende præparater bringer patientsikkerheden i fare for en patient i behandling med Marevan.

### Case

Hjemmesygeplejerske genbestiller Unikalk Forte hos borgers egen læge. Ved en fejl ordineres Unikalk Forte K2, som indeholder K-vitamin udover det, der er indeholdt i Unikalk Forte. Patienten er i Marevan behandling. Marevanbehandling kan påvirkes af indtagelse af K-vitamin. Fejlen opdages ikke, og patienten har efterfølgende et let fald i INR værdi, som dog opdages ved en efterfølgende kontrol.

### Læring

Det er stort sammenfald mellem navnene Unikalk Forte og Unikalk Forte K2, som giver mulighed for forveksling. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den ekstra K-vitamin i Unikalk Forte K2 kan være skadeligt for patienter i Marevan behandling. Der opfordres derfor til stor opmærksomhed ved Unikalk ordination til patienter i Marevanbehandling. UTH-teamet videregiver rapportørens forslag til en mere tydelig anmærkning af, at Unikalk Forte K2 adskiller sig fra Unikalk Forte ved at indeholde K-vitamin.





## Patientsikkerhed og faktor 10

Følgende artikel bygger på flere hændelser vedrørende samme problematik: manglende identitetskontrol på prøve som indsendes til analyse.

### Cases

**1:** Patient udskrives fra sygehuset med Malfin som smertestillende efter knæoperation. Medicinen fremgår ikke af FMK (og det er i sig selv også en fejl). Ved fremmøde i konsultationen får patienten ved en fejl udskrevet Malfin 100 mg i stedet for 10 mg. Indlægges nogle dage senere morfinforgiftet, hvorefter fejl opdages og dosis reduceres.

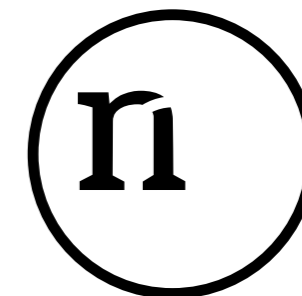
**2:** Patienten kontakter egen læge for at bede om fornyelse af recept på plaster Lafene 12 mikrogram/time. Da klinikken fornyer recepten i FMK, er præparatet udgået, og dermed foreslår FMK automatisk et alternativ, i dette tilfælde Lafene 100 mikrogram/time. Der skulle rettelig være foreslået Fentanyl 12 mikrogram/time som oplagt alternativ. Klinikken bemærker ikke den ændrede dosis, og det gør godkendende læge heller ikke. Patienten når at påsætte plastret med langt højere dosis end vanlig og oplever gastrointestinale symptomer og takycardi. Patienten kontakter pårørende, og ved fælles hjælp opdages den høje dosis. Plastret fjernes. Pårørende kontakter klinikken dagen efter og gør opmærksom på forløbet. Fejl beklages og rettes i systemet med det samme.

**3:** Da man skal fremsøge Contalgin 10 mg på FMK i forbindelse med ny ordination, får klinikken ved et uheld udskrevet 100 mg tabletter i stedet for 10 mg. Patienten nåede at indtage medicinen og oplevede voldsom kvalme og utilpashed, inden fejlen blev opdaget og rettet.

Vigtig læring forslået af de rapporterende klinikker selv

**1:** "Al medicin bør anføres i FMK ved sektorovergange. Udvis stor omhu ved godkendelse af medicin med ekstra omtanke ved udskrivelse af morfikadoser til patienter, der ikke tidligere har fået morfika."

**2:** "Øget opmærksomhed på korrekte doser og præparatnavne i ordinationsøjeblikket. Opmærksomhed på, at FMK-brugerfladen kan foreslå et alternativ til valgte medicinering med dosis langt stærkere end tiltænkt. Rapportøren foreslår desuden, at FMK-brugerfladen ideelt burde undlade at foreslå alternativ præparat og dosering. Så hellere undlade at foreslå alternativ, så det bliver lægen, der selv må finde velegnet alternativ med opmærksomhed på, at udgåede præparater kan erstattes med andet præparat med andet navn. UTH-teamet sender forslaget videre til FMK-regi."



**3:** "Vær opmærksom på, at når man fremsøger tabletterne, så kommer de med stigende doser i rækkefølge, fraset de 10 mg som ligger midt imellem dem på 100 mg." UTH-teamet sender UTH videre til FMK-regi mhp. nærmere afklaring.

Alle tre cases og forslag til læring er rapporteret af almen praksis selv. stor tak for de gode rapporter og forslag til forebyggelse. Læring er hermed videregivet til inspiration.

# Patientsikkerhed og sikker patientidentifikation

Emnet i følgende læringsartikel er faktor 10 fejl, som alle er nået ud til patienterne. Artiklen indeholder vigtige forslag til læring, som hermed gives videre til inspiration.

## Case

I Blodbanken udføres der blodtype på patienten. Blodtype bestemmes til A Rh positiv. Patienten er kendt i Blodbankens blodtypesystem som O Rh Positiv ved tre tidligere prøver.

Klinikken, som indsendte prøven, har ved et uheld sat en forkert patient-ID på.

Ved fejl i blodtypen på grund af håndtering i praksis kan en eventuelt kommende transfusion blive forsinket, da Blodbanken skal have to enslydende blodtyper, før der kan udleveres blod. Der tages altid en blodtype ved BAC-testen, men der skal så bestilles yderligere en blodtype inden transfusion, når man ser afvigelsen.

## Læring

Manglende identitetskontrol på prøver medfører, at patienten skal indkaldes til ny prøve, samt forsinket diagnostik eller behandling. Man kan i denne vejledning hente god inspiration til, hvordan man sikrer korrekt patientidentifikation.

Vi takker for rapportering af denne utilsigtede hændelse. Læring fra hændelsen gives hermed videre.

# Patientsikkerhedskursus: Patientsikkerhed – det er lige mig!

Nord-KAP udbyder forskellige kurser for praksispersonale. Et af disse er en workshop for patientsikkerhedsansvarlige i almen praksis kaldet Patientsikkerhed – det er lige mig!

## Kursusbeskrivelse

Patientsikkerhed er et fokusområde for udviklingen i almen praksis. Patientsikkerhed generelt og DDKM standard 1.3. : "Utilsigtede hændelser" er kernen i indholdet på kursusdagen.

Den danske kvalitetsmodel DDKM nævner patientsikkerhed i 13 ud af 16 standarder. Derfor udbydes denne workshop, så klinikpersonale i samarbejde med UTH-team kan dygtiggøre sig på områdets basale og metodemæssige udfordringer. Samtidig gives redskaber til at arbejde med de øvrige patientsikkerhedskritiske standarder.

Der er plads til 20 kursister pr. hold. Undervisning foregår i mindre workshops og plenum. UTH-team deltager ved bordene og står for undervisningen, og hyrer eksterne konsulenter ind efter behov.

Advarsel! Der anvendes humor på kurset. I den forbindelse er der set bivirkninger i form af højt humør, glimt i øjet og forhøjet lyst til at arbejde med patientsikkerhed. Disse bivirkninger kan forekomme at være langsigtede.

## Kontakt

Vil du vide mere kurset, eller tilkendegive din interesse i at deltage, så skriv gerne til: Peter G. Simonsen, pegas@rn.dk eller Lotte Utzen Thomsen, lou@rn.dk

# Patientforløbs UTH-team

I Region Nordjylland varetages arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) af et 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 læringsartiklerne

'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 Patientforløb,  
Region Nordjylland,  
lou@rn.dk



**Claus Bendtsen**

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

## Patientforløb - Patientsikkerhed

Niels Bohrs Vej 30  
9220 Aalborg Øst  
www.rn.dk

April 2016



REGION NORDJYLLAND