

## Marevanoverdosering på grund af manglende kommunikation mellem sektorerne

Patient i livslang Marevanbehandling, velreguleret med fire tabletter ugentligt. Indlægges til elektiv skulderoperation. Efter vellykket operation udskrives patienten ved en fejl med 14 tabletter ugentligt. Kontrol af INR-værdi en uge efter udskrivelse: 8,0. Egen læge indlægger patienten akut, der udskrives dagen efter med fortsat pausering af Marevanbehandling, indtil INR-værdien er i niveau. Fem dage senere er INR passende, og Marevanbehandlingen genoptages med fire tabletter om ugen. Hjemmeplejen, der doserer medicinen, er ikke orienteret om hændelsen og fortsætter dosering efter første udskrivningsnotat, det vil sige 14 tabletter ugentligt. En uge senere indlægges patienten akut med INR på 8,0.

I ovenstående case er der fire utilsigtede hændelser:

1. Hospitalsafdelingen udskriver patienten med forkert dosering,
2. Hjemmeplejen reagerer ikke på den betydelige øgning af Marevandosering,
3. Hjemmeplejen er ikke opmærksom på indlæggelse på grund af overdosering,
4. Egen læge får ikke kommunikeret til hjemmeplejen, at Marevandosering skal reduceres.

Der rapporteres fortsat mange utilsigtede hændelser om AK-behandling, der involverer både de Nye Orale Anti Koagulantia (NOAK) og Marevan. Det er karakteristisk, at hændelserne ofte involverer sektorovergange – mange gange i form af svigt i kommunikation ved overlevering af behandlingsansvar.

I Region Hovedstaden har vi valgt at fokusere på AK-behandling de næste måneder og opfordrer alle til at indrapportere alle hændelser på dette område. Vi vil løbende opdatere KAP-H's hjemmeside med data fra indrapporteringen. Formålet med indrapporteringen er at afdække og dokumentere de væsentligste risikoområder.

Analysen vil foregå i et samarbejde mellem Enhed for Kvalitetsforbedring og Patientsikkerhed og KAP-H's patientsikkerhedskonsulenter  
Ynse de Boer og Torben Hellebek