

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning

af

nævnets praksis

vedrørende

**Identifikation, mærkning og glemte ting**

2000-2001

Februar 2003

Fuldmægtig, cand. jur. Berit Schwartz

Fuldmægtig, cand. jur. Anette Løvenkjær



## **Forord**

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedr. Identifikation, mærkning og glemte ting.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>REGELGRUNDLAG</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PERSONIDENTIFIKATION</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>MÆRKNING AF OPLYSNINGER, DIAGNOSTISK MATERIALE MV.</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>ANDEN IDENTIFIKATION</b> .....	<b>8</b>
5.1	SIDEFORVEKSLING OG ANDRE FEJLLOKALISATIONER .....	8
5.2	RØNTGENBILLEDER MV.....	9
5.3	SIKRING AF FORLIGELIGHED VED TRANSFUSION.....	10
5.4	MEDICINGIVNING.....	11
5.4.1	<i>Identifikation af præparat</i> .....	12
5.4.2	<i>Administrationsmåde</i> .....	17
5.4.3	<i>Præparatdosis</i> .....	19
5.4.4	<i>Sikring af ordinationens rigtighed</i> .....	24
5.4.5	<i>Udførelse af ordinationer</i> .....	27
5.4.6	<i>Sammenfatning</i> .....	28
<b>6</b>	<b>GLEMTE TING</b> .....	<b>29</b>
6.1	SERVIETTER .....	30
6.2	OPERATIONSREDSKABER.....	31
6.3	BEVISVURDERING .....	33
6.4	JOURNALFØRING AF PLANLAGT FJERNELSE AF OPERATIONSMA- TERIALE EFTER INDGREBET .....	34
6.5	SAMMENFATNING.....	36
	<b>BILAG 1: SAGSOVERSIGT</b> .....	<b>37</b>
	<b>BILAG 2: LOVGRUNDLAG</b> .....	<b>39</b>

# 1 INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i sager, der omhandler fejlagtig identifikation af patient, lægemiddel, prøver mv. Der er hovedsageligt tale om fejlmedicinering, herunder indgift af ukorrekt dosis eller forkert præparat. Desuden sammenfattes nævnets praksis i sager vedrørende glemte ting i forbindelse med operative indgreb, såsom glemte tamponer, servietter, kanyler m.m.

Indenfor disse områder er der særlig grund til at være opmærksom, idet fejl af denne karakter kan få alvorlige konsekvenser for patienterne. Især ved medicingivning bør sundhedspersonen være opmærksom på at identificere patient, præparat og dosis korrekt.

Sammenfatningen består af 6 kapitler. Regelgrundlaget er beskrevet i *kapitel 2*. *Kapitel 3 og 4* vedrører henholdsvis personidentifikation og mærkning af oplysninger, diagnostiske materiale mv..I *kapitel 5* beskrives nævnets praksis vedrørende anden identifikation, herunder sideforveksling, røntgenbilleder, sikring af forlidelighed ved transfusion samt medicingivning. I *kapitel 6* beskrives nævnets praksis vedrørende glemte ting.

Denne praksissammenfatning er baseret på i alt 57 sager fra 2000 og 2001, heraf er 40 sager er refereret i sammenfatningen. Størstedelen af sagerne (39) vedrører fejl i forbindelse med medicinering. I den elektroniske udgave af sammenfatningen på Patientklagenævnets hjemmeside (<http://www.pkn.dk/>) er der links til de anonymiserede afgørelser i fuld tekst.

# 2 REGELGRUNDLAG

Sundhedspersonernes faglige virksomhed reguleres først og fremmest af de enkelte autorisationslove samt Straffelovens § 157 (se uddrag i bilag 2). Sundhedsstyrelsen har desuden udfærdiget Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet ([\*nr. 60258 af 1. maj 1998\*](#)) og en Vejledning om kontrolforanstaltninger ved anvendelse af servietter, tamponer, duge, instrumenter mv. i forbindelse med operationer ([\*nr. 170 af 20. november 2000\*](#)). Sagerne i denne praksissammenfatning vedrører sygeplejersker, læger og social- og sundhedsassistenter.

### 3 PERSONIDENTIFIKATION

Det fremgår af vejledningen om identifikation af patienter, at patienten som hovedregel skal identificeres ved oplysning om personnummer. Fødselsdato eller et personligt kendskab til den enkelte patients identitet kan undtagelsesvis være tilstrækkeligt.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at når der er tale om en voksen habil patient er det tilstrækkeligt at spørge vedkommende om navn og personnummer. Såfremt patienten er inhabil, f.eks. bevidstløs eller dement, kan der ved identifikationen enten anvendes identitetsbånd eller medvirken fra pårørende eller personale, som kender patientens identitet.

Det fremgår endelig, at ansvaret for identifikationen påhviler den sundhedsperson, der foretager undersøgelsen eller behandlingen, f.eks. udlevering/indgift af medicin, billeddiagnostisk undersøgelse, anæstesi og operation. Selve personidentifikationen skal foretages forud for disse handlinger.

Nedenstående sager viser to eksempler på utilstrækkelig identifikation af patienten, dels ved en telefonisk konsultation, dels forud for udførelse af en undersøgelse.

#### **Sag 1 Identifikation af patient i forbindelse med telefonisk konsultation (0123518P)**

*En 26-årig mand henvendte sig d. 4. september 2000 til egen praktiserende læge. Ved undersøgelsen fandt lægen påskyndet uregelmæssig hjerterytme og et let forhøjet blodtryk, hvorfor han foreslog fornyet blodtrykskontrol suppleret med elektrokardiogram (EKG) til den 8. september 2000.*

*Den 6. september 2000 fik lægen forelagt et elektrokardiogram med en rytmeforstyrrelse, som han umiddelbart mente var ovennævnte patients. Han ringede derfor til patientens hjemmeadresse og meddelte resultatet. Umiddelbart efter at samtalen var afsluttet, blev lægen opmærksom på, at resultatet vedrørte en anden patient, hvorfor han uden ophold ringede tilbage og oplyste dette samt beklagede forvekslingen.*

*Der blev klaget over, at lægen ved telefonsamtalen den 6. september 2000 forvekslede patienten med en anden patient.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, men nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde sikret sig, at elektrokardiogrammet stammede fra manden, inden han tog telefonisk kontakt.

Denne sag illustrerer, at når der ikke er tale om nogen form for iværksættelse af undersøgelse eller behandling i forbindelse med den manglende personidentifikation, kan det være nævnets opfattelse, at lægeloven ikke er overtrådt, men at der kan være grundlag for en hensigtsmæssighed.

## **Sag 2 Forveksling af patient i forbindelse med lungefunktionsundersøgelse (0018105A)**

*En 59-årig mand blev den 12. juli 1999 indlagt på medicinsk afdeling til observation for knoglemarvsbetændelse. Under indlæggelsen fik patienten foretaget en lungefunktionsundersøgelse.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten fejlagtigt fik foretaget en lungeundersøgelse, der var bestemt for en anden patient.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, der forestod lungefunktionsundersøgelsen, idet hun ikke på tilstrækkelig vis kontrollerede patientens cpr. nr. og dermed undlod at sikre sig mod forveksling af patienter med samme navn.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at der kan være tale om en lovovertrædelse, når sundhedspersonen ikke foretager den rette identifikation af patienten forud for foretagelse af en undersøgelse.

## **4 MÆRKNING AF OPLYSNINGER, DIAGNOSTISK MATERIALE MV.**

Det fremgår af vejledningen, at det af hensyn til patientsikkerheden er afgørende at sikre, at det er patientens egne oplysninger, herunder undersøgelsesresultater m.m., der anvendes i forbindelse med det videre behandlingsforløb.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at de oplysninger, der er relevante for patientens undersøgelse og behandling, såsom journaloplysninger, henvisningssedler, blod- og vævsprøver samt medicinskema, skal mærkes entydigt. En entydig mærkning indebærer korrekt angivelse af patientens data, dato for handlingen og evt. tidspunkt.

Det fremgår endelige, at den sundhedsperson, der modtager eller anvender oplysninger, har ansvaret for at sikre en entydig og korrekt mærkning og sikre sig, at disse oplysninger er i overensstemmelse med patientens identitet. Ved tvivl om oplysningernes rigtighed bør sundhedspersonen indhente yderligere information.

Nedenstående sager illustrerer denne problematik.

## **Sag 3 Forveksling af medicinkort (0124621A)**

*En 79-årig kvinde fik behandlet en brækket underarm med Hoffmann-apparatur på ortopædkirurgisk afdeling og blev genindlagt den 29. januar 1999 på grund af infektion omkring Hoffmann-apparaturet.*

*Ved indlæggelsen optog lægen journal, hvori han anførte, at patienten fik en enkelt pille daglig, men at hun ikke kunne huske navnet herpå. Dagen efter udskrivelsen kontaktede hjemmesygeplejersken afdelingen, idet vedkommende undrede sig over, at patienten fik så meget medicin, blandt andet hjertemedicin, vanddrivende og smertestillende medicin.*

*Lægen blev kontaktet og opdagede, at der var sket en forbytning af medicinskemaet, således at patienten havde fået et medicinskema fra en anden patient, der var indlagt samme dag. Lægen orienterede herefter hjemmesygeplejersken om, at der var sket en fejl, og at man skulle stoppe indgiften af medicin til patienten. Da hjemmesygeplejersken den 20. februar 1999 ville tilse patienten, fandt hun hende død.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen og indskærpede overfor lægen, at han viste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det var lægen, der optog journal på patienten ved indlæggelsen, og at det af journalen af den 29. januar 1999 fremgik, at patienten havde oplyst, at hun fik en enkelt pille, som hun ikke huskede navnet på. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen havde oplyst, at han udfærdigede medicinskemaet efter opfordring fra personalet. Lægen oplyste endvidere, at han ikke skrev navn på medicinskemaet eller satte label på, da han personligt overrakte dette til en sygeplejerske, som stod med patientens journal. På det pågældende tidspunkt var han i øvrigt ved at skrive journal på en anden patient.

Nævnet fandt endvidere, at den ikke identificerede sundhedsperson, der anmodede lægen om at udfylde medicinskemaet, ligeledes burde have sikret, at medicinskemaet var mærket korrekt, inden det blev videregivet. Endvidere burde den sundhedsperson, der påsatte en label med patientens data på skemaet, have sikret, at mærkningen var korrekt. Herudover fandt nævnet, at det skulle indskræpes overfor den pågældende at udvise større omhu i det fremtidige virke.

Denne sag illustrerer, at sundhedspersonen ikke havde udvist omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten, idet han burde have sikret sig, at medicinkortet var entydigt og korrekt mærket. Sagen illustrerer endvidere, at såfremt der er flere involverede sundhedspersoner i mærkningen af de relevante oplysninger, forligger der et selvstændigt ansvar for den enkelte sundhedsperson i forhold til at sikre en korrekt mærkning.

#### **Sag 4 Forveksling af medicinæsker (0021003P)**

*En hjemmesygeplejerske havde doseret medicin til to klienter i to dagsmedicindoseringsæsker. Æskerne var af klar plast, og sygeplejersken havde påsat et stykke tape med korrekt navn på hver af æskerne.*

*Ved besøget hos den ene klient gav hjemmesygeplejersken insulin og udleverede en medicinæske, hvorefter hjemmesygeplejersken ved det næste besøg opdagede, at hun havde udleveret en forkert æske.*

*Hjemmesygeplejersken kørte straks tilbage til klienten, og informerede hende om, at hun ved en fejl havde udleveret en forkert medicinæske, der blandt andet indeholdt hjertemedicin.*

*Hjemmesygeplejersken kørte tilbage på kontoret, hvor hun forgæves forsøgte at komme i telefonisk kontakt med klientens egen praktiserende læge. Hun besøgte herefter klienten, der var generet af svimmelhed og lå i sengen. Hjemmesygeplejersken målte puls og blodtryk og foranledigede, at klienten fik besøg af aftensygeplejersken.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede hjemmesygeplejerskens medicinering af klienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at da hjemmesygeplejersken blev klar over fejltagelsen, aflagde hun straks besøg hos klienten samt tilså denne senere. Desuden foranledigede hun yderligere observation.

Denne sag illustrerer, at nævnet kan udtale kritik og indskærpe over for sundhedspersonen, at denne udviser større omhu i sit fremtidige virke, når sundhedspersonen ikke sikrer sig, at patientens identitet er i overensstemmelse med oplysningerne vedrørende patientens medicinforbrug. Desuden illustrerer sagen, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen gør det fornødne, i dette tilfælde straks tilså klienten samt foranledigede yderligere observation.

## **5 ANDEN IDENTIFIKATION**

### **5.1 Sideforveksling og andre fejllokaliseringer**

Det fremgår af vejledningen, at den ordinerende læge skal angive indgrebs art og entydige lokalisering i journalen ved henvisning og ved udstedelse af recept. Den behandlende sundhedsperson skal af hensyn til patientsikkerheden kontrollere journal, samt spørge patienten for at sikre, at der er overensstemmelse mellem oplysningerne og den undersøgelse og behandling, som patienten skal gennemgå.

Ved undersøgelse og behandling, herunder operative indgreb af patienter med risiko for forveksling af højre og venstre side af organismen eller ved parrede organer, skal sundhedspersonen udvise særlig opmærksomhed.

Nedenstående sag viser eksempel på forveksling.

#### **Sag 5 Sideforveksling af øjne (0125616A)**

*En 75-årig kvinde konsulterede en speciallæge i øjenssygdomme, idet hun skulle have fornyet en brillerecept.*

*4 måneder senere henvendte patienten sig atter til øjenlægen, idet hun havde gener i form af dobbeltsyn og hovedpine. Øjenlægen udstedte en supplementsrecept til recepten, hvori hun anbefalede, at patienten forsøgte med prisme til venstre øje, men ved en fejl byttede øjenlægen om på højre og venstre øje.*

*Der blev klaget over, at speciallægen byttede om på patientens højre og venstre øje.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet hun byttede om på patientens højre og venstre øje.

Denne sag illustrerer, at uanset om der er nærliggende risiko for at bytte om på en højre og venstre legemsdel, bør dette ikke forekomme, hvorfor nævnet i denne sag fandt, at en sådan forveksling anses for at være en lovovertrædelse.

## **5.2 Røntgenbilleder mv.**

Det fremgår af vejledningen, at den sundhedsperson, der foretager undersøgelsen, er ansvarlig for, at patientens identitet stemmer overens med henvisningen, patientens navneplade, journalen og andet materiale. Sundhedspersonen skal endvidere sikre sig en korrekt mærkning af den foretagne undersøgelse.

Nedenstående sag viser et eksempel på ukorrekt mærkning af et røntgenbillede.

### **Sag 6 Forkert mærkning af røntgenbillede (0123609A)**

*En 94-årig mand fik foretaget en røntgenundersøgelse af brystkassen. Røntgensygeplejersken oplyste til sagen, at billedet blev taget i liggende stilling, men at billedet ved en fejl blev stemplet som om, det var taget i bugleje. Det blev endvidere oplyst, at billedet ikke blev sidemarkeret og ikke blev sendt elektronisk til røntgenafdelingen.*

*Røntgenbilledet viste ansamling af luft i lungesækken, og en afdelingslæge anlagde lungedræn. Dette skete i henhold til et transmitteret skærbillede. Det fremgik af journalnotatet, at afdelingslægen var opmærksom på højre-venstre problematikken. Lægen oplyste til sagen, at han efter nøje granskning af røntgenbillederne var overbevist om, at drænet skulle lægges på højre side.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens og afdelingslægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerskens håndtering af røntgenbillederne, idet hun ikke foretog sidemærkning ved røntgenfotoafgifningen og ikke efterfølgende kontrollerede, at billedet var entydigt mærket.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere afdelingslægen, idet han ikke anvendte tilstrækkelige kontrolprocedurer for at udgå sideforveksling, da der var diskrepans mellem angivelserne af, på hvilken side der var ansamling af luft i lungesækken.

### 5.3 Sikring af forlidelighed ved transfusion

Det fremgår af vejledningen, at ved identifikation af den patient, som skal modtage en blodtransfusion, skal der være overensstemmelse mellem oplysningerne på blodproduktet, transfusionskemaet og patientens blodtype. Kontrolforanstaltningen skal foretages umiddelbart inden, transfusionen opsættes. Der bør foreligge en udførlig instruks på afdelingen, der sikrer en korrekt identifikation af patienten og overensstemmelse mellem patientidentitet og blodtype.

Følgende sag giver et eksempel på en utilstrækkelig kontrol forinden opsætning af en blodtransfusion, hvilket medførte, at patienten modtog blod af en forkert blodtype.

#### Sag 7 Indgift af forkert blod (0125903P)

*En 88-årig kvinde blev indlagt på geriatrisk afdeling den 25. marts 2000, da hun havde en erkendt hjertesygdom, og idet der var mistanke om mavekræft. Patienten fik den 17. april 2000 ordineret 2 portioner blod. Den 18. april 2000 kl. 2.15 blev en social- og sundhedsassistent af den vagthavende sygeplejerske bedt om at assistere ved kontrolprocedurerne i forbindelse med ophængning af den anden portion blod til patienten. Social- og sundhedsassistenten skrev under på, at hun havde sikret, at der var overensstemmelse mellem blodkomponent og transfusionsjournal samt overensstemmelse mellem patient og transfusionsjournal.*

*Efter ca. 1 times indløb med 100 ml blod blev det opdaget, at der var givet forkert blod, således at patienten havde fået A rhesus positivt blod i stedet for B rhesus positivt blod. Hun afgik ved døden den 18. april 2000 kl. 21.10. Efter obduktionen blev det skønnet, at den fejlagtige transfusion kunne have haft betydning for tidspunktet for dødens indtræden.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede social- og sundhedsassistentens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt, at social- og sundhedsassistenten ikke havde handlet fagligt korrekt og indskærpede overfor social- og sundhedsassistenten, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af social- og sundhedsassistentens udtalelse, at hun godt vidste, at der var 2 ark papir, der skulle sammenholdes i forbindelse med blodtransfusion. Det ene ark var fra afdelingen, det andet fra blodbanken, således at man var sikker på, at den rette portion blod var bestilt til den rette person. Det fremgik ligeledes, at social- og sundhedsassistenten ikke var klar over, hvad kontrollantfunktionen gik ud på.

Nævnet bemærkede, at kontrolforanstaltninger i forbindelse med blodtransfusion må antages at ligge inden for en social- og sundhedsassistents kompetenceområde. Nævnet fandt i den forbindelse, at hvis social- og sundhedsassistenten blev i tvivl omkring sin rolle ved kontrollen, burde hun have spurgt den tilstedeværende sygeplejerske om yderligere vejledning eller have frasagt sig opgaven.

Denne sag illustrerer, at sundhedspersonen ved udførelsen af kontrolforanstaltningen skal sige fra ved den mindste tvivl og søge yderligere oplysninger samt vejledning. Den illustrerer endvidere, at det er nævnets opfattelse, at det af hensyn til patientsikkerheden kan være afgørende, at sundhedspersonen udviser ekstra opmærksomhed ved blodtransfusion på grund af forøget risiko for tilstødende komplikationer ved uforligelighed.

## 5.4 Medicingivning

Et særligt område inden for identifikation og mærkning er medicingivning. Inden for dette område er der grund til at udvise særlig opmærksomhed, idet en fejlagtig medicinering kan medføre store konsekvenser for patienten.

Det fremgår af vejledningen, at det er vigtigt for patientsikkerheden at kræve entydige og fuldstændige oplysninger ved medicingivning for at undgå fejlmedicinering og alvorlige komplikationer for patienten. For at afhjælpe fejl kan der blandt andet udarbejdes klare instrukser på afdelingen vedrørende procedurerne, herunder identifikationen af lægemiddel og patient i forbindelse med medicingivning.

Sundhedspersonen bør således udvise særlig opmærksomhed ved at sikre sig, at der tale om:

- Den rigtige patient
- Det rigtige præparat
- Den rigtige dosis
- Det rigtige tidspunkt
- Den rigtige måde

Det fremgår af de sager, der refereres nedenfor, at nævnet ofte vurderer fejlmedicinering som grovere forsømmelse, og det er nævnets praksis at oversende sagen til anklagemyndigheden med anmodning om, at tiltalerejsning overvejes.

Der kan dog være formildende omstændigheder i den konkrete sag, der gør, at fejlen alene vurderes som manglende omhu og samvittighedsfuldhed, og samtidigt kan der indskærpes overfor sundhedspersonen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nedenstående sager viser eksempler på fejlmedicinering som følge af manglende identifikation af præparatet. Sagerne viser endvidere de formildende og skærpene omstændigheder, som nævnet har lagt vægt på ved afgørelse af de konkrete sager.

#### **5.4.1 Identifikation af præparat**

Det fremgår af vejledningen, at sundhedspersonen skal sikre sig, at vedkommende giver det rigtige præparat, herunder identificerer præparatet ved at læse på etiketten. Ved ordination og udmåling skal lægemidlet altid identificeres direkte ved navn, betegnelse, lægemiddelform samt styrke/koncentration. Ved injektion af et præparat bør der foretages en kontrol af det ampulhætteglas, hvorfra præparatet er udtrukket, herunder koncentrationsangivelse og mængde.

Følgende 7 sager vedrører forveksling af præparater. Efter hver enkelt sag er de konkrete formildende og skærpene omstændigheder angivet.

##### **Sag 8 Forveksling af Pethidin og Xylocain (0122615A)**

*En 27-årig mand henvendte sig til egen læge på grund af rygsmerter. Lægen fandt ved undersøgelsen, at smerterne stammede fra et af brysthvirvelsøjlenes små styrende led, og ordinerede behandling med lokalbedøvelse, 4 ml 1 % Xylocain. Lægen indsprøjtede i stedet for 4 ml Pethidin (stærkere smertestillende medicin). Patienten blev herefter dårlig og sløv, hvorefter lægen opdagede fejlen og indlagde patienten akut.*

*Der blev klaget over, at lægen indsprøjtede 4 ml Pethidin i stedet for 4 ml Xylocain.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet han ikke sikrede sig, at det var det rette præparat, han indsprøjtede, og nævnet indskærpede, at lægen udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at lægen efter at have konstateret fejlmedicineringen gjorde det fornødne, idet lægen foranledigede, at patienten blev indlagt, samt kontrollerede puls, blodtryk og vejrtrækning undervejs.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at der kan være tale om en lovovertredelse, hvis sundhedspersonen ikke identificerer præparaterne tilstrækkeligt, samt at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen gør det fornødne efter konstatering af fejlmedicineringen.

### **Sag 9 Forveksling af vaccine til barn (0020923P)**

*Et barn på 1 ½ år og moderen henvendte sig til deres praktiserende læge med henblik på vaccination mod mæslinger. Lægen gav barnet en anden vaccine end aftalt, en MFR-vaccine mod mæslinger, fåresyge og røde hunde.*

*Der blev klaget over, at lægen gav barnet en anden vaccine end aftalt.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere lægen og indskærpede overfor lægen, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at moderen forud for konsultationen havde aftalt med lægen, at der kun skulle gives en vaccine mod mæslinger, og at lægen havde bestilt vaccinen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen straks underrettede moderen om fejlmedicineringen.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen umiddelbart efter konstateringen af fejlmedicineringen orienterer patienten herom.

### **Sag 10 Indgift af Ketogan i stedet for glukose (0125907P)**

*En 17-årig mand var indlagt med leukæmi og blev vurderet som døende. Han fik forskellige typer af medicin samt infusion af væsker via en dråbetæller. Omkring kl. 6.30 skulle sygeplejersken give 2 ml Ketogan svarende til 5 mg pr. time. I stedet gav hun 50 mg Ketogan pr. time, således at patienten fik tilført en dosis på 120 mg Ketogan, inden fejlen blev opdaget og rettet.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken oplyste til sagen, at hun omkring kl. 6.30 skiftede glukoseslangen ud med ketogan, indkodede dråbetælleren til ketogan og startede denne. Hun afventede, at ketoganen skulle løbe ind over et minut. I mellemtiden fik patienten imidlertid kvalme, og sygeplejersken begyndte straks at opsuge mavesækkens indhold fra næsesonden for at undgå opkastning. Under udførelsen af denne opgave slukkede sygeplejersken for dråbetælleren, da ketoganen var løbet ind. Da hun efter afslutningen af arbejdet med opsugning skulle iværksætte infusion med glukose, overså hun, at ketoganslangen ikke var fjernet fra dråbetælleren og igangsatte derfor igen ketoganindgift i stedet for glukoseindgift.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at der under medicineringen opstår en akut situation, der kræver sundhedspersonens øjeblikkelige indgriben.

### **Sag 11 Forbytning af pumpe (0020621P)**

*En 56-årig kvinde blev smertebehandlet med et epiduralkateter, som er en lille slange ind til rygmarsvæsken, hvortil der var tilsluttet en såkaldt Baxterpumpe til kontinuerlig indgift af lokalbedøvelsesmiddel (Marcain), som senere blev suppleret med morfin.*

*Den 8. juni 1999 tiltrådte en sygeplejerske sin nattevagt kl. 23.15. I forbindelse med rapportgivningen fik hun oplyst, at sygeplejersken i aftenvagt havde blandet en ny Baxterpumpe til patienten, da hun havde forventet, at den skulle skiftes i aftenvagten. Sygeplejersken fik at vide, at Baxterpumpen lå på bordet i medicinrummet og var klar til brug.*

*Da patientens Baxterpumpe skulle skiftes, tog sygeplejersken én af de to fyldte Baxterpumper, som hun så lå på bordet i medicinrummet. Herefter indgav sygeplejersken morfin via epiduralkateteret, hvorefter hun tilsluttede den fyldte Baxterpumpe til kateteret.*

*Dagen efter gik det op for sygeplejersken, at hun havde taget den forkerte pumpe. Sygeplejersken mente, at denne "forkerte" Baxterpumpe indeholdt sterilt isotonisk saltvand i stedet for Marcain.*

*Der blev klaget over, at sygeplejersken fejlagtigt gav patienten en sprøjte med postevand i rygmarsven.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken ikke, inden hun tilsluttede pumpen, sikrede sig, at denne var tiltænkt patienten. Nævnet fandt således, at sygeplejersken ikke burde have tilsluttet pumpen, når der ikke var sat noget mærkat på pumpen, som angav pumpens indhold og dato samt navn og cpr. nr. på patienten.

Sygeplejersken anførte til sagen, at der ikke forelå nogen skriftlig vejledning om brug af pumpen. Nævnet bemærkede, at det må antages at være almindelig viden for en sygeplejerske, at der skal foreligge et mærkat, hvor på der er noteret de nødvendige og tilstrækkelige data. Nævnet fandt i den forbindelse, at hvis sygeplejersken blev i tvivl omkring udførelsen af opgaven, burde hun have kontaktet en kollega, eventuelt på intensivafdelingen, med henblik på yderligere vejledning eller have frasagt sig opgaven.

Patientklagenævnet lagde videre vægt på, at sygeplejersken havde oplyst til sagen, at der var stor travlhed på afdelingen med mange patienter, hvoraf mange var meget plejekrævende.

Nævnet lagde endelig vægt på, at sygeplejersken var af den opfattelse, at pumpen indeholdt sterilt isotonisk saltvand i stedet for Marcain. Da hun blev klar over, at der var sket en fejlmedicinering, orienterede hun sin sous-chef og afdelingssygeplejerske herom.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at der var ekstraordinær travlhed på afdelingen. Yderligere illustrerer sagen, at sundhedspersonen ved nye opgaver bør søge vejledning eller sige fra.

### **Sag 12 Forveksling af adrenalin og lidokain (0125905B)**

*Den 12. marts 2001 mødte en 60-årig mand til operation for grå stær på øjenambulatoriet på et sygehus.*

*Forinden operationen optrak og blandede sygeplejersken lokalbedøvelse og skyllevæske til 6 planlagte øjenoperationer den dag. I sprøjterne med lokalbedøvelse skulle der ifølge instruksen have været 5 ml lidokain uden adrenalin, men tilsat enzymet hylase "Dessau". Skyllevæsken skulle ifølge den administrerende overlæge indeholde 3 mg adrenalin pr. 500 ml. Det fremgår ikke af sagens akter, hvorvidt de enkelte injektionssprøjter var mærket med indholdets art og patienternes data.*

*Efter indgivelse af en sprøjte blev patienten dårlig og fik symptomer på blodprop i hjertet og blev overflyttet til hjertemedicinsk afdeling. Det blev senere bekræftet, at patienten fik en blodprop i hjertet.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, og nævnet besluttede samtidig at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejerskens udtalelse til sagen, at hun højest sandsynligt forvekslede et hætteglas lidokain med adrenalin. Hun har ligeledes oplyst, at hun ikke overholdt de almindelige principper for medicinhandling, idet der havde været flere medikamenter fremme på en gang.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at sygeplejersken, efter at patienten og den efterfølgende patient blev dårlig, konfererede med en overlæge vedrørende sprøjternes indhold. Alle de blandede sprøjter blev destrueret, og der blev lavet nye lidokain/hylase blandinger. Det fremgår ligeledes af sygeplejerskens udtalelse til sagen, at hun den 13. marts 2001 kontaktede overlægen for at fortælle om mistanken om forvekslingen.

Sagen blev afsluttet ved, at sygeplejersken vedtog en bøde på 1000 kr. for overtrædelse af sygeplejerskelovens § 5, stk 1, jf. §10, stk. 1.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen efterfølgende gør det fornødne ved at kontakte en læge. I den ovennævnte sag var der dog også den skærpene omstændighed, at der var tale om medicinering med et potent præparat. Nævnet lagde endvidere vægt på, at den efterfølgende patient ligeledes modtog forkert medicin. Samlet vurderede nævnet, at der var tale om begrundet mistanke om grovere forsømmelse.

### **Sag 13 Kaliuminfusion forvekslet med saltvandsinfusion (0016730A)**

*En 8 dage gammel pige fik konstateret lavt kaliumindhold, og der blev ordineret kaliumtilskud samt bikarbonat-tilskud i saltvandsopløsning, som blev opsat af en sygeplejerske.*

*Om aftenen blev barnets tilstand forværret, vejrtrækningen blev dårligere, og der kom forandringer på hjertekardiogrammet. Indløbet af blandingen blev standset på grund af mistanke om kaliumforgiftning, og en blodprøve viste en livsfarlig kaliumforhøjelse hos barnet. En prøve af infusionsvæsken blev sendt til analyse, og den viste en koncentration af kalium, der var ca. 6 gange højere end forventet.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, og nævnet besluttede samtidig at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af sygeplejerskelovens § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet fandt i den forbindelse, at hun havde undladt at identificere lægemidlet på beholderen under optrækningen og derved med overvejende sandsynlighed havde byttet om på kalium og saltvand. Nævnet lagde vægt på, at væsken fandtes i identiske flasker, men med etiket af forskellig farve og forskellig tekst.

Anklagemyndigheden opgav at rejse tiltale, da videre forfølgning efter statsadvokatens vurdering ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig. Statsadvokaten lagde navnlig vægt på, at det forhøjede kaliumindhold skyldtes en ombytning i forbindelse med optrækning fra beholderen med kalium og saltvand. Det var ikke blevet undersøgt, om indholdet i de anvendte flasker havde været korrekt med normal styrke, eller om flaskerne var med korrekt etikette. Hvis ombytningen måtte være årsag til det forhøjede kaliumindhold i barnets blod, fandt statsadvokaten, at der var undskyldende omstændigheder, i det der ifølge det oplyste til sagen var mulighed for forveksling af flaskerne. Statsadvokaten lagde videre vægt på, at sygeplejersken var urutineret og muligvis ikke burde have foretaget medicineringen på egen hånd.

### **Sag 14 Forveksling af ampuller med henholdsvis vanddrivende og hjertestimulerende medicin (0021526P)**

*En 82-årig kvinde var indlagt på kardiologisk afdeling i forbindelse med mistanke om blodprop i hjertet. Der blev ordineret vanddrivende medicin til indsprøjtning i årene (Furix 40 mg i.v.).*

*Ved en fejltagelse indgav en sygeplejerske i stedet for den vanddrivende medicin 4 ml hjertestimulerende medicin (Isoprenalin). Ifølge udtalelse til sagen fra sygeplejersken blev ampuller med henholdsvis Isoprenalin og Furix opbevaret i et aflåst lille medicinskab på sengestuen. Begge ampuller var taget ud af originalpakningen. Begge ampuller var i ens blå bægre på hver sin hylde, men lige under hinanden. Begge ampuller var i brunt glas og havde næsten samme størrelse.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun undlod at identificere medicinen, og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken, efter at hun var blevet klar over fejltagelsen, gjorde det fornødne, idet hun sikrede sig, at en kollega forblev hos patienten. Hun tilkaldte endvidere straks den vagthavende læge, ligesom hun hentede en defibrillator ind på sengestuen til behandling af patienten.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen efterfølgende gør det fornødne ved at sikre sig, at en kollega forbliver hos patienten, tilkalder en læge samt foranlediger, at udstyr til forebyggelse af eventuelle komplikationer af fejlmedicineringen bliver hentet.

#### **5.4.2 Administrationsmåde**

Det fremgår af vejledningen, at sundhedspersonen som et afgørende led i den kontrol, som skal udføres ved en medicinering, bør sikre sig, at præparatet gives på den rigtige administrationsmåde såsom tabletform, injektion i musklen eller intravenøs indgift m.m.

Ved administration af injektioner bør sygeplejersken udvise særlig opmærksomhed, idet præparatet optages momentant i organismen med deraf følgende øjeblikkelig indsættende virkning.

Nedenstående 2 sager er eksempler på en sundhedspersons manglende kontrol af administrationsmåde forinden indgift, ordination eller udlevering af præparatet.

#### **Sag 15 Indgift af kaliummikstur intravenøst, der var beregnet til indgift gennem munden (0020006A)**

*En 86-årig kvinde var indlagt på medicinsk afdeling på grund af væskemangel. Under indlæggelsen blev det konstateret, at patientens serumværdi for kalium var for lav, og da patienten ikke var i stand til at indtage medicin gennem munden, ordinerede en afdelingslæge mundtligt 15 ml Kalium tilsat 1 liter sukker til indgift i blodårerne. En sygeplejerske tilsatte imidlertid ved en fejl 15 ml Kaliummikstur fra en 1 liters flaske, beregnet til indgift gennem munden.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens fejlmedicinering af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, og nævnet besluttede samtidig at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at sygeplejersken fejlagtigt tilsatte 15 ml Kaliummikstur til patientens drop. Nævnet lagde herunder vægt på, at Kaliummikstur til indgift gennem munden forefindes i 1 liters flasker og Kalium til indgift i drop forefindes i små ampuller, således at det ikke skulle være muligt at tage fejl. Nævnet kunne i øvrigt oplyse, at der ved indgift af Kalium i blodårene altid skal udvises stor omhu, blandt andet fordi hurtig indgift medfører risiko for bivirkninger fra hjertet.

Nævnet lagde yderligere vægt på, at fejlmedicineringen blev erkendt, da sygeplejersken ved aftenrapporten orienterede aftenvagterne om, at hun havde tilsat Kaliummikstur til den intravenøse væske, således at den var blevet uklar. Hun undlod på dette tidspunkt selvstændigt at tilse patienten, ligesom hun ej heller efterfølgende drøftede hændelsen igennem med lægen. Nævnet fandt således, at sygeplejersken samme dag i sygeplejekardex burde have redegjort for, hvorledes hændelsen var foregået samt have sikret sig, at hændelsen var journalført.

Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have frasagt sig at varetage medicineringen af patienten eller have opsøgt yderligere viden, hvis hun fandt ordinationen uklar, forkert eller skadelig.

Sagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 2000 kr.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at der er tale om grovere forsømmelse, når sundhedspersonen trods tvivl om medicineringens korrekthed undlader at søge vejledning, og undlader at observere af patienten efter opsætningen af medicinen (droppet).

#### **Sag 16 Indgift af medicin i venen, der skulle være ordineret til indsprøjtning i musklen (0127726P)**

*En 75-årig mand blev indlagt med henblik på operativ fjernelse af prostata. I efterforløbet efter operationen opstod der blødning, hvorfor patienten blev genindlagt. En læge ordinerede injektion med Cetiprin mod blærespasmer i venen (i.v.). Umiddelbart efter indgiften udviklede patienten pulsstigning, og lægen opdagede, at medicinen skulle være ordineret som indgift i musklen (i.m.). Patienten fik udsættende vejrtrækning, lavt blodtryk, og afgik ved døden.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede lægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere lægens ordination af Cetiprin til indsprøjtning i venen i stedet for indgift i musklen og indskærpede overfor lægen, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at lægen efter konstateringen af fejlmedicineringen gjorde det fornødne, idet han stoppede ordinationen af Cetiprin og ordinerede injektion i musklen.

Sagen illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det forhold, at sundhedspersonen gør det fornødne efter konstateringen af fejlmedicineringen, kan være en formildende omstændighed.

### 5.4.3 Præparatdosis

Det fremgår af nævnets praksis, at sundhedspersonen i tvivlstilfælde bør kontrollere, om den angivne dosis på præparatet og på medicinordinationsskemaet er i overensstemmelse med den angivne ordination i journalen. Sundhedspersonen bør endvidere kontrollere, at medicinen indgives i den rette dosis, og sundhedspersonen bør være omhyggelig ved udregningen af den ordinerede dosis.

Nedenstående sager er eksempler på fejlmedicinering som følge af indgift med ukorrekt dosis af den ordinerede medicin.

#### Sag 17 Medicinering med for stor dosis Methotrexat (0124621A)

*En 80-årig kvinde blev indlagt den 9. januar 2001 på grund af lungebetændelse. Patienten havde igennem flere år været i medicinsk behandling med cellegiften Methotrexat 7,5 mg x 1 ugentligt på grund af svær leddegigt.*

*I forbindelse med udfærdigelse af indlæggelsesjournalen angav en læge i oplysningerne vedrørende patientens medicinforbrug, at hun fik tablet Methotrexat 2,5 mg dagligt. Den pågældende læge havde på medicinordinationsskemaet angivet den korrekte dosis medicin på 7,5 mg tablet Methotrexat x 1 ugentligt. Patienten fik dermed korrekt medicin under denne indlæggelse. Patienten blev udskrevet den 17. januar 2001.*

*Imidlertid blev patienten genindlagt den 22. januar 2001 på kirurgisk afdeling grundet et hoftebrud. I indlæggelsesjournalen afskrev en reservelæge oplysninger om patientens medicinforbrug fra den medicinske indlæggelsesjournal dateret den 9. januar 2001, herunder at patienten fik tablet Methotrexat 2,5 mg dagligt.*

*Den 20. februar 2001 blev det konstateret, at patienten havde modtaget en overdosering med Methotrexat og hun blev i septisk chok flyttet til intensiv afdeling, hvor hun døde få timer efter.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede lægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere reservelægen, idet hun burde have sikret sig, at den medicin, der blev angivet i indlæggelsesjournalen fra medicinsk afdeling, var identisk med den medicin, patienten fik under den aktuelle indlæggelse, herunder at den ikke var blevet ændret siden udskrivelsen fra medicinsk afdeling den 17. januar 2001. Nævnet indskærpede overfor reservelægen, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets opfattelse, at den korrekte ordination fremgik af medicinordinationsskemaet samt af udskrivningsbrevet fra medicinsk afdeling.

Denne sag illustrerer, at der kan være tale om en lovovertredelse og indskærpelse, når en sundhedsperson ikke på tilstrækkelig vis sikrer sig, at medicindosis er i overensstemmelse med oplysningerne i journal og på medicinordinationskort m.m. I denne konkrete sag blev det anset for en formildende omstændighed, at oplysningerne om dosis ikke var korrekt angivet i den tidligere journal.

### **Sag 18 Forveksling af ugedosis og dagsdosis af blodfortyndende medicin (0019614B)**

*En 86-årig kvinde var i behandling med blodfortyndende medicin (Marcoumar) på grund af en hjertekarsygdom. Behandlingen blev kontrolleret af patientens egen praktiserende læge, der i februar 1999 ændrede behandlingen til et andet præparat (Marevan) efter opfordring fra medicinsk afdeling på sygehuset. Praktiserende læge forvekslede ugedosis og dagsdosis, således at der blev ordineret Marevandosis pr. dag, hvad der skulle gives pr. uge. Efterfølgende kontaktede en sygeplejerske lægen og forespurgte om ordinationen var ugentlig eller daglig, hvorpå hun fik oplyst, at ordinationen var daglig.*

*I marts 1999 blev patienten indlagt på grund af åndenød og kvalme. Under indlæggelsen fik patienten konstateret en meget lav blodprocent, og patienten modtog frisk frosset plasma og der blev iværksat antibiotisk behandling. Trods behandlingen sløjede patienten af og afgang ved døden den 11. marts 1999.*

*Der blev klaget over den behandling, patienten modtog i forbindelse med medicinskift af blodfortyndende medicin Marcoumar til Marevan.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere lægens medicinordination af Marevan og indskærpede overfor lægen, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke. Da Patientklagenævnet desuden fandt, at der var begrundet mistanke om, at lægen havde udvist grovere forsømmelse ved sin omregning af medicindosis, besluttede nævnet at anmode politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod lægen for overtrædelse af § 18, stk. 1, jf. § 18, stk. 2.

Sagen blev afsluttet med, at lægen vedtog en bøde på 3.000 kr.

Sagen illustrerer, at i tilfælde, hvor der er tale om et potent præparat, eksempelvis blodfortyndende medicin, og der ikke foreligger formildende omstændigheder, vil nævnet i almindelighed anmode politiet om at overveje tiltalerejsning.

### **Sag 19 Udlevering af Methotrexat i dagsdosis i stedet for ugedosis (0124628A)**

*En 72-årig mand var i begyndelsen af 1999 i behandling med Methotrexat 10 mg pr. uge på grund af en kronisk ledlidelse. Hjemmesygeplejersken havde ansvaret for medicineringen af patienten. Hjemmesygeplejersken fejldoserede Methotrexat således, at patienten fik 10 mg Methotrexat dagligt, i stedet for ugentligt. Overdoseringen medførte en svær knoglemarvspåvirkning med fald i antallet af blodplader og sår dannelse, samt blødning fra slimhinderne i mund og svælg. Efter en kort indlæggelse var patientens blodprøvesvar normale den 19. januar 2000, og den 25. januar 2000 blev han udskrevet i god helbredstilstand.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede hjemmesygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere hjemmesygeplejerskens fejlmedicinering af patienten, idet hun havde lagt Methotrexat 10 mg dagligt i hans pilleæske, og nævnet indskærpede overfor hjemmesygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at hjemmesygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, hvorfor nævnet samti-

dig besluttede at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod hjemmesygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejekardex, at hjemmesygeplejersken den 30. december 1999 doserede patientens medicin for de næste 3 uger.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalnotat af den 14. januar 2000 fremgik, at der ved undersøgelse af patientens medicindoseringsæske, som han havde medbragt til sygehuset, blev konstateret, at der var ilagt Methotrexat til indtagelse dagligt.

Sagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 1.500 kr.

I denne sag var det nævnets opfattelse, at der ikke forelå nogen konkrete formildende omstændigheder og derfor vurderede forholdet som grovere forsømmelse.

#### **Sag 20 Indgift af 10 gange for stor dosis hjertemedicin (0126828P)**

*En 17 dage gammel dreng blev den 3. marts 2001 sat i behandling med hjertemedicin (Digoxin) for anfaldsvis unormal hjerterytme (Wolff-Parkinson-White-syndrom). Digoxininjektionen blev givet første gang den 3. marts 2000 kl. 13 af sygeplejerske B, som ifølge egen udtalelse opdagede, at Digoxinen ikke fandtes i den ordinerede styrke på 50 mikrogram/ml i medicinskabet, men kun i 250 mikrogram/ml. Sygeplejerske B skrev derefter i hænden på medicinskemaet, at den styrke Digoxin, der var i medicinskabet, var på 250 mikrogram/ml.*

*Den 3. marts 2001 kl. 21.00 indgav sygeplejerske A Digoxin, men i en dosis, der var 10 gange større end den ordinerede. Herefter kastede patienten op. Han havde nogenlunde stabil hjerteraktion. Omkring midnatstid den 3. marts 2001 blev det opdaget, at patienten havde fået en for stor dosis Digoxin. Der blev fundet forandringer i hjerterytmen. Blodets indhold af Digoxin (serum-digoxin) blev målt og var stærkt forhøjet, og der blev indgivet modgift. Ifølge udskrivningskortet var forløbet herefter ukompliceret, og patienten blev udskrevet den 7. marts 2001 til videre kontrol.*

*Der er klaget over, at patienten modtog 10 gange den ordinerede dosis Digoxin. Klager anførte, at patienten fik et hjerleanfald.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerske A og indskærpede overfor sygeplejerske A, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejerske A's udtalelse til sagen, at hun var opmærksom på, at der i medicinskabet var en anden styrke Digoxin end ordineret. Ampullen med Digoxin var mærket 0,25 milligram/ml, hvilket sygeplejerske A omregnede til 25 mikrogram/ml og ikke 250 mikrogram/ml., som var korrekt.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at sygeplejerske A, efter at have konstateret, at patienten havde fået medicin i for stor styrke, gjorde det fornødne, idet hun, efter at have erfaret fejlmedicineringen, kontaktede den vagthavende læge på afdelingen og senere informerede forældrene om fejlen.

Nævnet oplyste, at det er kendt, at en overdosis af Digoxin kan give rytmeforstyrrelser i hjertet, samt eventuelt hjertestop.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere sygeplejerske B. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt om sygeplejerske B havde foranlediget, at ordinationen blev lavet om næste gang, der kom en læge i afdelingen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejerske B's udtalelse til sagen, at hun opdagede, at der ikke fandtes medicin i medicinskabet i den styrke der var ordineret, og at hun korrekt omregnede den medicin, der fandtes, således at patienten fik den styrke, der var ordineret.

Sagen illustrerer, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen straks gør det fornødne (kontakte en læge samt informere om fejlmedicineringen, når vedkommende opdager, at der er sket en fejlmedicinering).

#### **Sag 21 Fejlagtig omregning af bedøvelsesmiddel (0126205A)**

*En pige på 14 måneder blev den 21. februar 2000 indlagt for 3. gang på grund af lungebetændelse. Det blev planlagt at foretage en CT-scanning af hendes lunger som udredning for de gentagne lungebetændelser. Overlægen for anæstesen tilså pigen dagen før indgrebet, og fandt, at det var forsvarligt at bedøve hende. En sygeplejerske bedøvede hende inden undersøgelsen med bedøvelsesmidlet Brietal i blodåren. Kort tid efter indgiften udviklede pigen hjertestop, og der blev forsøgt genoplivning uden held.*

*Der blev klaget over, at pigen fik en for høj dosis af bedøvelsesmidlet Brietal.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen, hvorfor nævnet samtidig besluttede at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der blev ordineret 8 mg Brietal til bedøvelse, men da sygeplejersken konstaterede, at pigen havde fået anlagt en venflon, besluttede vedkommende sig for at give bedøvelsen direkte i venen.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der var stor forskel på den dosis medicin, som anvendes, når et barn bedøves ved indsprøjtning i endetarmen og i en blodåre.

Videre lagde nævnet vægt på, at sygeplejersken oplyste, at hun tog kanylen fra Brietal-glasset og i to omgange trak 20 ml saltvand op i sprøjten. Der blev således sprøjtet 40 ml i hætteglasset, hvis indhold herefter var fortyndet med 50 ml saltvand. Herefter var koncentrationen i hætteglasset 10 mg/ml, og glasset var 2/3 fyldt.

Herudover lagde nævnet vægt på, at det af erklæringen fra Retsmedicinsk Institut fremgik, at der i forbindelse med obduktionen blev udtaget prøver, der viste en koncentration af Brietal på 2,8 mg/kg i blodet, 7,5 mg/kg i muskelvævet og 42 mg/kg i levervævet.

Det var nævnets opfattelse på baggrund af de retskemiske undersøgelser, at det var mest sandsynligt, at sygeplejersken ved en fejl havde undladt det sidste trin i fortyndingen, således at den Brietal-opløsning, der blev anvendt, var på 10 mg/ml i stedet for 1 mg/ml. I givet fald havde pigen fået i alt 80 mg Brietal i stedet for 8 mg, hvilket var fuldt foreneligt med den mængde, som blev fundet ved den retslægelige obduktion.

Sagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 2.000 kr.

Sagen illustrerer, at der er tale om en grovere forsømmelse, når sundhedspersonen ikke sikrer sig korrekt omregning af dosis forinden indgiften.

#### **5.4.4 Administrationstidspunkt**

Hvorvidt medicinen er indgivet rettidigt, afhænger af det enkelte præparats art og virkning. For nogle præparaters vedkommende er det vigtigt, at medicinen indgives med et regelmæssigt interval, for andre præparater har det ikke den store betydning for virkningen. Sundhedspersonen bør dermed tilstræbe at give medicinen til de ordinerede tidspunkter.

De følgende 2 sager illustrerer denne problematik. I den ene sag var der grundlag for kritik af den sene udlevering af medicin, og i den anden sag var der ikke grundlag for kritik, idet udleveringen skete i overensstemmelse med afdelingens retningslinjer.

#### **Sag 22 Forsinket udlevering af vanddrivende medicin (0020002P)**

*En 80-årig kvinde var beboer på et plejehjem. Hun havde dårligt hjerte og var i medicinsk behandling med vanddrivende medicin samt medicin for blærens funktion.*

*Den 13. januar 2000 havde en plejehjemsassistent uddelegeret opgaven med medicingivning til en sygeplejestuderende. Den pågældende sygeplejestuderende gav imidlertid ikke medicinen. Senere på dagen gjorde beboerens søn opmærksom på, at beboeren ikke havde fået sin vanlige medicin, hvorefter hun fik medicinen. Senere samme dag fik hun vejtrækningsbesvær og hjertepumpesvigt, hvorfor hun blev indlagt.*

*Den 15. januar 2001 blev beboeren udskrevet i sin vanlige tilstand. En sygeplejerske fik ikke givet beboeren dennes middagsmedicin den 16. januar 2000, og beboeren fik atter besværet vejtrækning og blev indlagt akut.*

*Der blev klaget over, at personalet på plejehjemmet den 13. og 16. januar 2000 glemte at give beboeren dennes middagsmedicin.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun burde have været opmærksom på, at der skulle have været udleveret middagsmedicin til beboeren, og nævnet indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

### **Sag 23 Tidspunkt af indgivelse af kvalmestillende medicin (0019609P)**

*En 70-årig mand blev indlagt på kirurgisk afdeling på grund af vægttab og smerter i maven. En røntgenundersøgelse af tarmen viste en forsnævring af tyktarmen, og patienten blev opereret herfor. Under indgrebet konstaterede man en stor inoperabel knude. Efter operationen var patienten generet af kvalme, hvorfor han fik anlagt en mavesonde og ordineret kvalmestillende behandling i form af Primperan.*

*Der blev klaget over, at præparaterne Perpulsid og Primperan først blev udleveret efter måltiderne i stedet for 15 minutter før måltiderne.*

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere de sygeplejersker, der var involveret i medicineringen af patienten, og fandt ikke grundlag for at kritisere, at medicinen blev uddelt til afdelingens rutinemæssige medicin-tider, morgen, middag og aften.

Nævnet lagde vægt på, at patienten hovedsagelig fik ernæring i form af sondekost eller via blodbanen, og nævnet oplyste i den forbindelse at medicinen virkede i cirka 8 timer efter indtagelsen. Nævnet fandt på denne baggrund, at det var af mindre betydning, hvornår medicinen blev givet.

Disse 2 sager illustrerer, at nævnet udtaler kritik i tilfælde, hvor det er afgørende for behandlingen af patienten, at medicinen bliver givet på det rigtige tidspunkt.

#### **5.4.4 Sikring af ordinationens rigtighed**

Nævnet har udtalt kritik i sager, hvor sundhedspersonen ikke sikrede sig, at ordinationen var korrekt. Det vil sige i tilfælde, hvor der opstod tvivl hos sundhedspersonen om ordinationens rigtighed eller i situationer, hvor ordinationens karakter burde have udløst tvivl hos sundhedspersonen.

De følgende sager illustrerer denne problematik.

### **Sag 24 Sikring af ordinationens rigtighed og manglende reaktion på den store dosis (0125918P)**

*En 6-årig dreng blev indlagt med henblik på kemoterapibehandling af en kræftsygdom. Under behandlingen fik drengen et kortvarigt krampetilfælde, og der blev ordineret Tegretol dosis 36 mg x 3.*

*Drengen blev imidlertid genindlagt den 21. marts 2001, og da den sygeplejerske, der var ansvarlig for medicin-givningen, havde erfaring for, at børn foretrækker piller frem for så store mængder mikstur, spurgte hun patientens far, hvordan de foretrak medicinen. Da de ønskede piller frem for mikstur, bad hun en læge om at ændre ordinationen til tabletter.*

*En afdelingslæge ændrede på baggrund af ønsket ordinationen til tabletter. Han bemærkede dog ikke, at der inden da fejlagtigt var rettet i den primære ordination, således at der skulle gives 360 mg x 3. Sygeplejersken gav*

*herefter patienten den ordinerede medicin kl. 17 og kl. 23. Patienten blev i løbet af aftenen og natten tiltagende sløv, hvorefter fejlordinationen blev opdaget. Den 23. marts 2000 var patienten atter i sin habitual tilstand.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede afdelingslægens og sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens ordination af medicin til patienten, idet han ikke bemærkede den alt for høje dosis, og idet han burde have sikret sig, at den ordinerede dosis var korrekt. Nævnet indskærpede desuden, at afdelingslægen udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets opfattelse, at den oprindeligt ordinerede mikstur Tegretol dosis 36 mg x 3 var ordineret korrekt. Der skete senere en rettelse i den primære ordination uden, at det var muligt at afgøre, hvem der havde foretaget denne rettelse, idet de sundhedspersoner, der var direkte involveret i behandlingen i den omhandlede periode ikke vedkendte sig at have rettet i medicinordinationsskemaet.

Nævnet bemærkede, at Tegretol dosis dermed var 10 gange for høj i forhold til instruksen på den pågældende indikation og 3 gange større end maksimal tilladt dosis til et barn med den pågældendes vægt. Nævnet oplyste, at ændring fra mikstur til tabletter og omvendt er en almindeligt forekommende procedure i børneafdelinger.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerskens fejlmedicinering af patienten, idet hun ikke reagerede på den store dosis.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken til sagen oplyste, at hun slog op i lægemiddelkataloget for at sikre sig viden om virkning og bivirkning, men undlod at sikre sig, at den ordinerede dosis lå inde for de anbefalede rammer. Nævnet lagde videre vægt på, at sygeplejersken søgte hjælp vedrørende ændringen i ordinationen, idet hun henvendte sig til afdelingslægen.

### **Sag 25 Ordination af 10 gange den dosis, der var tilsigtet (0127705B)**

*En nyfødt dreng på 460 gram fik umiddelbart efter fødslen tiltagende problemer med vejrtrækningen i form af manglende iltning af blodet, hvorfor lægerne fandt indikation for respiratorbehandling.*

*I forbindelse med denne procedure blev der anvendt morfin som bedøvelse. En reservelæge ordinerede mundligt, at sygeplejersken skulle give 0,08 ml morfin. Sygeplejersken hørte dette som 0,8 ml morfin og gav drengen denne dosis. Lægen gentog ordinationen efter et minut, da drengen ikke var tilstrækkeligt bedøvet, og drengen modtog yderligere 0,8 ml morfin.*

*Drengen var herefter bedøvet, og der blev anlagt en tube i luftrøret, som blev koblet til respirator. Drengen rettede sig aldrig helt på trods af behandlingen og fik svigtende hjerteaktion og afgik ved døden.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens og lægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun burde have sikret sig, at hun havde forstået den mundtlige ordination korrekt, specielt da hun ifølge sin udtalelse havde undret sig over den høje do-

sis morfin til et lille barn. Nævnet indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Da Patientklagenævnet fandt, at der er begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af drengen, besluttede nævnet samtidig at anmode Politimesteren om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, jf. § 11.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere lægens behandling af drengen.

Nævnet fandt, at lægen burde have bedt sygeplejersken om at gentage ordinationen for at sikre sig, at der blev givet den korrekte dosis, og efterfølgende have opdaget fejlen, da han godkendte ordinationen med sin signatur.

Statsadvokaten besluttede ikke at indlede efterforskning i sagen mod sygeplejersken, idet der efter statsadvokatens opfattelse ikke var rimelig formodning om, at et strafbart forhold, som forfølges af det offentlige, var begået. Statsadvokaten lagde vægt på, at der var usikkerhed om, hvilken besked sygeplejersken havde modtaget fra lægen. Statsadvokaten lagde endvidere vægt på, at medicineringen ikke havde været dødsårsagen.

Sagen illustrerer, at såfremt en sundhedsperson bliver i tvivl om ordinationens rigtighed (i denne sag den høje dosis morfin til et lille barn), bør hun bede lægen om at gentage den mundtlige ordination, forinden hun giver medicin til en patient.

#### **Sag 26 Indberetning af fejlmedicinering og tilstrækkelig supervision af studerende (0016003A)**

*En 76-årig kvinde blev indlagt til strålebehandling for kræft i livmoderhalsen. Ved stuegang blev der ordineret behandling med tablet Mablet 1 x 2 dagligt. Ordinationen blev af en sygeplejestuderende fejlagtigt anført som Marcoumar i medicinkardex.*

*Den følgende dag undrede en sygeplejerske A sig over ordinationen, hvorfor hun ville søge den bekræftet i journalen, som imidlertid ikke var på afdelingen. Ved en gennemgang af sygeplejekardex og det tidligere medicinskema var der ingen henvisning til en ordination med Marcoumar. Sygeplejerske A valgte herefter at fortsætte ophældningen af medicinen. Den efterfølgende dag ophældte den samme sygeplejerske igen medicinen til brug for de følgende fire dage.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerske A samt den sygeplejerske, der var supervisor for den studerende.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den sygeplejerske, som havde superviseret den sygeplejestuderende. Nævnet fandt, at supervision af en sygeplejestuderende ikke alene kan baseres på den studerendes egen tilbagemelding, men tillige omfatter en forpligtelse for den superviserende sygeplejerske til aktivt at søge oplysninger om forhold i forbindelse med den studerendes arbejde, der kan være af væsentlig betydning for patientbehandlingen og sikkerheden i forbindelse hermed, herunder oplysninger om evt. ordinationer. Nævnet fandt, at sygeplejersken som supervisor for den studerende burde have sikret en løbende kontrol med dennes arbejde, bl.a. i form af en gennemgang af den sygeplejestuderendes optegnelser.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere sygeplejerske A, idet hun havde undladt at søge ordinationens rigtighed bekræftet, inden hun ophældte medicinen og indskærpede desuden overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Denne sag illustrerer, at en sygeplejerske, som supervisor for en studerende, bør sikre en løbende kontrol med den studerendes arbejde.

#### **5.4.5 Udførelse af ordinationer**

Det fremgår af lov om sygeplejersker § 5 stk. 2, at en sygeplejerske ikke må ændre en lægelig ordination. En sygeplejerske kan kun anvende lægemidler efter skriftlig ordination eller bemyndigelse fra lægen. En sygeplejerske skal som udgangspunkt således altid udføre en lægelig ordination. Såfremt sygeplejersken finder, at ordinationen er forkert eller får mistanke om ordinationens rigtighed samt finder den uhensigtsmæssig, skal sygeplejersken kontakte en læge med henblik på stillingtagen til ordinationen.

Nedenstående sager er eksempler på denne problematik.

#### **Sag 27 Indgift af medicin, der ikke var lægeordineret (0125508P)**

*En 50-årig mand, der normalt boede på et psykiatrisk plejehjem, blev den 8. februar 2001 udskrevet fra psykiatrisk afdeling på et sygehus, hvor han havde været indlagt i 2 uger blandt andet til medicinjustering. Udskrivningen kom bag på plejehjemmet, idet man havde forventet, at der ville blive indkaldt til et møde. Patienten var stærkt psykotisk og havde en truende holdning over for personalet. Der blev fra den psykiatriske afdeling faxet en medicinoversigt til plejehjemmet, hvoraf det fremgik, at man havde stoppet behandlingen med Cisordinol depotmedicin. I stedet havde man øget behandlingen med en anden type antipsykotisk medicin (Semap).*

*Patienten blev den 8. februar 2001 på plejehjemmet modtaget af en sygeplejerske. Patienten skulle normalt have haft sin depotmedicin den 7. februar 2001. Sygeplejersken valgte at give patienten medicinen ved modtagelsen.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet han den 8. februar 2001 gav patienten en indsprøjtning af den antipsykotiske medicin Cisordinol-dekanoat, uden at dette var lægeordineret.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken til sagen oplyste, at han var foruroliget over at denne, til tider meget voldsomme patient, havde fået indstillet sin behandling med den antipsykotiske medicin Cisordinol. For at afværge nye vredesudbrud og med patientens samtykke, valgte sygeplejersken at give ham den omtalte indsprøjtning med depot medicin.

Nævnet lagde også vægt på, at sygeplejersken ikke kontaktede en læge inden denne medicinindgift, samt at han orienterede forstanderen for plejehjemmet om hændelsen den 9. februar 2001. Sygeplejersken havde tilkendegivet, at han burde have foranlediget kontakt til lægelig instans, hvilket også er normal kutyme i huset ved usikkerhed om medicinering.

### **Sag 28 Påsætning af morficaplastre uden ordination (0126203P)**

*En 92-årig plejehjemsbeboer med brystkræft, der havde spredt sig til højre armhule, var i behandling med det smertestillende præparat Dolol. Den 14. maj 1999 kontaktede en sygeplejerske en vikar for egen læge, der ordinerede Ketogan for smerter. Den ordinerede Ketogan blev leveret sammen med 5 Durogesic plastre, der afgiver 25 mikrogram morfin pr. time. Plastrene blev placeret i medicinskabet, men måtte ikke anvendes, før egen læge havde godkendt dette. Den 17. maj 1999 fandt sygeplejerske A et Durogesic plaster i beboerens medicinkasse og påsatte dette, da beboeren var smertepåvirket. Den 18. maj 1999 afgik beboeren ved døden. Koncentrationen af morfin i blodet var i det sædvanlige behandlingsmæssige niveau.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede, at sygeplejerske A gav smertestillende medicin, der ikke var ordineret.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerske A og indskærpede overfor sygeplejersken, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at det af kardex fremgik, at den praktiserende læge havde afvist at ordinere Durogesic plastre, samt at de modtagne plastre ikke måtte tages op til beboeren før, man havde været i kontakt med egen læge. Der var ligeledes noteret, at Durogesic plastre den 15. maj 1999 ikke var blevet anvendt, idet egen læge ikke havde godkendt dem. Nævnet lagde endvidere vægt på, at Durogesic plastre ikke fremgik af beboerens medicindoseringseddell.

Endelig lagde nævnet vægt på, at sygeplejerske A udtalte til sagen, at da hun kom tilbage den 17. maj 1999 efter nogle fridage, var der blevet anbragt 5 Durogesicplastre i beboerens medicinkasse i det aflåste medicinskab i beboerens bolig.

Disse 2 sager illustrerer, at en sygeplejerske ikke har kompetence til at give en patient medicin, som ikke er lægeordineret.

#### **5.4.6 Sammenfatning**

Det må konkluderes, at nævnet vurderer sager om fejlmedicinering som så alvorlige, at der som udgangspunkt er tale om grovere forsømmelse eller skødesløshed, medmindre der i det konkrete tilfælde er formildende omstændigheder.

Ca. 1/5 af sagerne blev således overgivet til anklagemyndigheden med anmodning om at overveje at rejse tiltale for strafbar overtrædelse af autorisationslovgivningen.

I de resterende 4/5 af sagerne fandt nævnet, at der forelå formildende omstændigheder, så sagerne blev afsluttet med kritik.

Sagerne i denne praksissammenfatning viser, at følgende omstændigheder er blevet anset som formildende:

- at sundhedspersonen efter fejlmedicineringen straks gjorde det fornødne, f.eks. kontaktede en læge, påbegyndte genoplivning, afbrød behandlingen
- at sundhedspersonen efterfølgende informerede patienten om fejlmedicineringen
- at der var ekstraordinær travlhed eller stort arbejdspress
- at sundhedspersonen ved fejlmedicineringen gav for lidt medicin, dog ikke hvor der var tale om et livsnødvendig medicin
- at sundhedspersonen søgte bistand til dosisberegningen
- at der under fejlmedicineringen opstod en akut situation, som krævede sundhedspersonens indgriben

Desuden fremgår det, at er der tale om medicinering med et potent præparat, anses det for at være en skærpende omstændighed. Ved et potent præparat forstås et præparat, der er livsnødvendigt for patienten, livsfarligt eller kan give skader, hvis det gives i en større dosis end den ordinerede.

## 6 GLEMTE TING

Patientklagenævnet har i 2000 og 2001 afgjort 10 sager om glemte genstande i forbindelse med operative indgreb. Disse genstande har f.eks. været servietter, kanyler, borspids m.v. Ansvar for optælling af fremlagt materiale til et operativt indgreb påhviler den sundhedsperson, der er tilstede ved indgrebet. Såfremt der er flere sundhedspersoner tilstede, vil det være afdelingens instruks, der afgør ansvarsplaceringen.

Sundhedsstyrelsens vejledning om kontrolforanstaltninger ved anvendelsen af servietter, tamponer, duge, instrumenter mv. i forbindelse med operationer fastsætter, at der på afdelinger, hvor der udføres operative indgreb, skal foreligge en detaljeret instruks angående udførelsen af kontrolforanstaltninger for at hindre glemte ting.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at den person, der er ansvarlig for instrumenteringen ved operationen, tillige er ansvarlig for korrekt optælling af antal servietter, nåle, instrumenter m.v. Før operationens begyndelse skal alt fremtaget materiale optælles, og det samme gælder, såfremt yderligere materiale tages i brug under operationen. Før lukning af operationssåret skal alle fremtagne

såvel brugte som ubrugte servietter, instrumenter m.v. kontrolleres. Først når kontroloptællingens resultat findes korrekt, må operationssåret lukkes. Efter operationen skal den for instrumenteringen ansvarlige sygeplejerske på ny kontroloptælle alt materiale.

## 6.1 Servietter

De 3 følgende sager er eksempler på sager, hvor sundhedspersonen har foretaget en utilstrækkelig optælling af servietter i forbindelse med et indgreb, og som følge heraf blev der efterladt en serviet, henholdsvis i livmoderen og i maven.

### Sag 29 Glemmt serviet i livmoderen i forbindelse med et keglesnit (0018104P)

*En 34-årig kvinde blev indlagt den 2. december 1996 på gynækologisk afdeling med henblik på kegleoperation på grund af celleforandringer (carcinoma in situ). På grund af de meget udbredte forandringer blev det fjernede kegleformede stykke meget stort, og i forbindelse med operationen kom man så højt op, at man fik åbnet bughulen nedefra, hvilket er en kendt komplikation til en kegleoperation med fjernelse af en meget stor vævskegle.*

*Den 13. november 1997 blev der foretaget operation på mistanke om fisteldannelse til tyktarmen. Under indgrebet fandt man en glemmt serviet i et hulrum bag livmoderen.*

*Der blev klaget over, at der ved operationen den 2. december 1996 blev glemmt en serviet i patientens mave.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den assisterende operationssygeplejerske i forbindelse med kontrolforanstaltningen ved operationen den 2. december 1996. Da det ikke var muligt at identificere den pågældende sygeplejerske, blev afgørelsen sendt til oversygeplejersken til orientering.

Nævnet lagde vægt på, at det af afdelingens instruks for kontrolforanstaltninger ved anvendelse af servietter, tamponer, krøller, viskere, instrumenter m.v. fremgår, at den for instrumenteringen ansvarlige sygeplejerske før lukningen af operationssåret skal kontrollere alle fremtagne – såvel brugte som ubrugte – servietter mv.

### Sag 30 Glemmt serviet i maven (0123605A)

*En 39-årig kvinde blev indlagt på kirurgisk afdeling med henblik på fjernelse af galdeblæren. Indgrebet blev planlagt til at foregå ved hjælp af kikkert (laparoskopisk cholecystektomi). Under indgrebet fandt lægen det nødvendigt at skifte til en åben operation af hensyn til oversigten.*

*Under operationen blev der anvendt 4 pakker servietter med 5 stykker i hver. En af servietterne blev anvendt til aftørring af operatørens pande, og man noterede, at man havde anvendt 19 servietter under indgrebet. Inden afslutningen af operationen blev der ikke udført skriftlig slutkontrol af de anvendte operationsservietter.*

*Efter udskrivelsen var patienten generet af smerter og gentagne infektioner i operationssåret, hvorefter hun af egen læge blev henvist til CT-scanning af maven. Herefter konstaterede man, at der under indgrebet var blevet glemmt en operationsserviet i maven på patienten.*

*Der blev klaget over, at der blev glemt en operationsserviet i maven på patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere operationssygeplejersken, idet hun burde have sikret sig, at alle servietter indgik i optællingen efter operationen og udført den normale procedure med skriftlig slutkontrol.

### **Sag 31 Glemt serviet i miltlejet i forbindelse med tarmoperation (0124128P)**

*En 76-årig mand blev den 18. januar 2000 opereret for en udposning på hovedpulsåren og fik indsat en bypass. Ved operationen fik man mistanke om dårlig blodforsyning til en del af tarmen, og der blev overvejet fornyet operation. Ved denne operation, som blev foretaget den 19. januar 2000, blev der fundet dødt tarmvæv, hvorfor man fjernede en del af tarmen. Milten blev også fjernet ved operationen, idet der var blødning fra et blodkar til milten.*

*Ved en røntgenundersøgelse den 8. marts 2000 opstod der mistanke om en efterladt serviet i miltlejet. Man foretog herefter en reoperation den 13. marts 2000, hvor man fjernede en tidligere glemt serviet.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere operationssygeplejersken, idet hun ikke sikrede en korrekt optælling af servietantallet. Nævnet lagde til grund, at den serviet, der operativt blev fjernet fra patienten den 13. marts 2000, blev efterladt i bughulen i forbindelse med operationen den 19. januar 2000.

Videre lagde nævnet vægt på, at overlægen til sagen oplyste, at operationssygeplejersken ved lukningen af bugvæggen angav, at servietallet stemte. Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af operationssygeplejerskens udtalelse fremgik, at hun sammen med overlægen og den sterile sygeplejerske talte servietterne under lukning af bugvæggen, og ligeledes endnu en gang inden afslutningen af operationen, hvor servietterne ligeledes stemte. Efter afslutningen af operationen blev alle servietter talt endnu en gang. Der manglede en serviet, som blev fundet i affaldsposen, og de stemte således også 3. gang.

Nævnet har i disse sager fundet, at der var tale om en lovovertrædelse, når der blev glemt en serviet i patienten i forbindelse med et indgreb. Sagerne illustrerer desuden, at en sygeplejerske inden indgrebets afslutning bør have optalt servietter eller sikret sig, at de bliver optalt i overensstemmelse med afdelingens instruks.

## **6.2 Operationsredskaber**

Nedenstående sager er eksempler på afgørelser, hvor der blev glemt instrumenter såsom karklemme, kanyler, borspids m.m. under operationen.

### **Sag 32 Glemt afknækket borspids i lårbensknoglen i forbindelse med kikkertoperation (0018111P)**

*En 56-årig mand blev indkaldt til akut operation den 29. juli 1998, da han havde fået konstateret en skade på menisken i venstre knæ samt en brusklæsion på lårbensknoglen i knæleddet. En 1. reservelæge foretog en kik-*

*kertundersøgelse af patientens venstre knæ. På baggrund af undersøgelsesresultaterne foretog 1. reservelægen en række borer (inforation) i knæet. Denne procedure blev foretaget med et 2 mm bor. En operationssygeplejerske assisterede ved indgrebet.*

*Ved en ambulans kontrol den 16. september 1999 blev der foretaget røntgenkontrol af patientens venstre knæ, hvorved det blev konstateret, at en afknækket stump af boret befandt sig i lårbensknoglen.*

*Der blev klaget over, at det blev overset, at der var efterladt et afknækket stykke af et bor.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere operationssygeplejersken i forbindelse med behandlingen af patienten, idet hun ikke konstaterede, at boret efter endt brug ikke var intakt.

Nævnet lagde vægt på, at det af afdelingens retningslinier for kontrol af instrumenter, optørringsmateriale m.v. i forbindelse med operationer fremgik, at det var den assisterende sygeplejerske, der efter operationen var ansvarlig for en sidste optælling af instrumenter og alt materiale. Det skulle endvidere kontrolleres, om instrumenterne stadig var intakte. Den assisterende sygeplejerske skulle tillige kvittere på en bakkerseddel, at alle instrumenter stadig var der, og at alt var intakt. Hvis dette ikke var tilfældet, skulle begrundelsen skrives på bakkersedlen.

### **Sag 33 Glemte karklemme (pean) i bughulen i forbindelse med operation for tyktarmskræft (0019628P)**

*En 89-årig kvinde blev den 6. februar 1998 på en kirurgisk afdeling opereret for kræft i tyktarmen. Operationen blev udført af en overlæge sammen med en operationssygeplejerske. I efterforløbet var patienten i perioder generet af smerter i venstre side af underlivet.*

*Den 3. december 1999 viste det sig, at der ved operationen den 6. februar 1998 var efterladt en karklemme i bughulen. Patienten blev straks orienteret herom, og karklemmen blev fjernet ved en operation den 6. december 1999.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede operationssygeplejerskens handlinger i forbindelse med kontroloptælling ved operationen den 6. februar 1998 til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere operationssygeplejersken for ikke at sørge for, at der blev foretaget en korrekt optælling af instrumenter i forbindelse med operationen af patienten den 6. februar 1998, og at der derfor blev glemt en pean. Nævnet lagde til grund, at der skete en optællingsfejl ved operationen den 6. februar 1998, da der den 3. december 1999 blev påvist en karklemme (pean) i bughulen på patienten. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af operationssygeplejerskens udtalelse til sagen, at hun var ansvarlig for kontroloptælling af servietter, instrumenter m.v., ligesom hun vedkendte, at hun foretog en mangelfuld udfyldelse af det dokumentationsskema, som blev anvendt på kirurgisk afdeling ved optælling i forbindelse med operationer.

Disse to sager illustrerer, at nævnet udtaler kritik i sager, hvor sygeplejersken ikke sørger for at optælle operationsredskaber før operationens afslutning samt ikke sikrer, at alle operationsredskaber er intakte.

### **Sag 34 Glemte stykke af kanylen i knæet ved en kikkertoperation (0017325P)**

*En 44-årig mand fik foretaget en kikkertoperation i venstre knæ på mistanke om meniskbeskadigelse. Overlægen tilrådede efter operationen, at der blev foretaget en ny kikkertoperation med henblik på at få fjernet to resterende små bruskstykker. Ved den efterfølgende kikkertoperation blev der fundet en rest af en plastikafløbskanylen på ca. 1,5 cm i længden og 0,5 cm i diameter.*

*Der blev klaget over, at det blev overset, at der var efterladt et afbrækket stykke af en afløbskanylen.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den opererende overlæge og den assisterende sygeplejerske, idet de delte ansvaret for, at alle instrumenter kom tilbage i hel stand efter at være benyttet i en patient.

Nævnet var opmærksomt på, at sygeplejersken i sin udtalelse havde anført, at det var operatøren, der trak kanylen ud og lod den, sammen med væskeslangen, falde ned i en affaldsspand. Nævnet fandt, at dette svarede til den gængse procedure, men at det ikke fritog den assisterende sygeplejerske for at påse eller bede operatøren påse, at kanylen var hel. Det kan utvivlsomt være svært at kontrollere, at de yderste cm var knækket af, men nævnet fandt, at den anvendte kanylen, hvis ikke det var muligt at kontrollere det på anden måde, burde sammenlignes med beskyttelseshætten eller med et ubrugt eksemplar.

Denne sag illustrerer, at der kan være et fælles ansvar for de tilstedeværende sundhedspersoner under indgrebet, såfremt proceduren involverer en anden sundhedsperson, her operatøren, end den, der er ansvarlig kontrolforanstaltningen.

## **6.3 Bevisvurdering**

Såfremt det ikke med tilstrækkelig sikkerhed kan fastslås, at et fremmedlegeme stammer fra en undersøgelse eller behandling af patienten, er der ikke grundlag for at udtale kritik af de involverede sundhedspersoner.

Nedenstående sag illustrerer denne problematik.

### **Sag 35 Glemte del af gummihandske i skeden (0126815P)**

*En 23-årig kvinde fik i juni 1999 i forbindelse med en graviditet uden for livmoderen fjernet den venstre æggeleder.*

*I forbindelse med undersøgelser for barnløshed fik patienten den 28. november 2000 på en gynækologisk afdeling udført en kikkertundersøgelse af livmoderen (hysteroskopi) samt en kikkertundersøgelse af de indre kønsorganer (laparoskopi). Desuden fik hun foretaget en gennemskylning fra livmoderen til højre æggeleder med et farvestof. Undersøgelsen blev foretaget af en afdelingslæge, som blev assisteret af en sygeplejerske og en sygehjælper.*

*Den 2. januar 2001 fik patienten foretaget en ultralydsscanning via skeden af en overlæge. Den 9. januar 2001 opdagede patienten i forbindelse med et toiletbesøg, at der sad en afskåret finger fra en gummihandske på toiletpapiret.*

*Der blev blandt andet klaget over, at lægerne havde glemt en afskåret finger fra en gummihandske i patientens underliv.*

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af de læger, der var involveret i behandlingen af patienten den 28. november 2000.

Nævnet oplyste, at når der udføres kikkertundersøgelse af livmoder og bughule bærer det behandlende personale handsker. Der indlægges ikke handskelignende materiale hverken i livmoder, bughule eller skede.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af sygeplejerskens udtalelse fremgik, at afdelingens standarder vedrørende opdækning blev fulgt den 28. november 2000, samt at hun fjernede blærekateter og livmodermanipulator og konstaterede, at begge var hele. Det var nævnets opfattelse, at det ikke var sandsynligt, at personalet den 28. november 2000 havde tabt en del af en handske uden at opdage det.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af overlægens behandling af patienten den 2. januar 2001. Det var nævnets opfattelse, efter nærmere identifikation af det fremsendte fremmedlegeme, at det drejede sig om de to yderste to-tre centimeter af et kondom med reservoir. Kondomer af denne type kan anvendes ved vaginal ultralydsscanning.

Nævnet oplyste, at det var en teoretisk mulighed, at et kondom kan gå i stykker under en scanning.

Ifølge overlægens udtalelse fremgik det, at hun altid kontrollerede kondomet efter scanningen, og at der ikke anvendes kondom med reservoir på afdelingen.

Det fremgik af administrerende overlæges udtalelse til sagen, at der ved vaginale ultralydsscanninger på gynækologisk afdeling/fertilitetsklinikken udelukkende anvendes Plan kondom uden reservoir.

På baggrund af ovennævnte fandt nævnet ikke med sikkerhed at kunne fastslå, hvor det fremsendte fremmedlegeme stammede fra.

## **6.4 Journalføring af planlagt fjernelse af operationsmateriale efter indgrebet**

Nedenstående 2 sager illustrerer, at skal der efter et indgreb fjernes efterladt materiale, skal dette angives i journalen.

### **Sag 36 Glemt tampon i skeden (0124409P)**

*En 43-årig kvinde blev den 5. januar 2000 indlagt på en gynækologisk afdeling med henblik på fjernelse af livmoderen. Operationen blev udført som LAVH- Laparoscopisk Assisteret Vaginal Hysterectomi – det vil sige en*

*operation, hvor man ved en kombineret kikkertoperation gennem bugvæggen og operation via skeden fjerner livmoderen. Indgrebet blev udført af en overlæge den 6. januar 2000.*

*Den 9. januar 2000 følte patienten, at der under toiletbesøg pludselig faldt noget ned i skeden. Hun fik herefter udført en gynækologisk undersøgelse af overlægen, der konstaterede en glemt tampon, som han herefter fjernede.*

*Der blev klaget over, at overlægen ved en operation den 6. januar 2000 glemte at fjerne en tampon.*

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af overlægens behandling af patienten den 6. januar 2000.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlægens journalføring, idet han burde have journalført, at han oplagde en tampon ved indgrebet den 6. januar 2000. Nævnet kritiserede endvidere overlægen for, at han ved gennemgangen den 7. januar 2000 ikke havde fjernet tamponen.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen af den 10. januar 2000 fremgik, at man ved gynækologisk undersøgelse af patienten fandt en tampon i skeden. I tilknytning hertil fandt man lidt fedtvæv, der hang ned fra tyktarmen (lille snip af oment) og trængte sig gennem en åbning i skedetoppen. Dette blev fjernet, og åbningen blev lukket.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det fremgik af overlægens udtalelse, at han ved slutningen af indgrebet den 6. januar 2000, efter at have fikseret drænet, indlagde noget gaze som kompression (tampon), og beklageligvis glemte at notere i journalen, at denne efterfølgende skulle fjernes. Endelig lagde nævnet vægt på, at overlægen ikke fjernede tamponen ved gennemgangen den 7. januar 2000.

### **Sag 37 Glemt dræn i maven (0018906P)**

*En 48-årig kvinde fik den 6. august 1996 på sygehus A foretaget operativ fjernelse af galdeblæren. Ved operationen opstod kraftig blødning under frilægning af galdeblære. Blødningen blev standset, og der blev indlagt sugedræn til galdeblæreløbet.*

*Patienten blev akut reopereret den 11. august 1996 af en afdelingslæge, der fandt en stor blodansamling under leveren. Blodansamlingen blev fjernet, og der blev sikret blodtomhed. Det ved den første operation indlagte dræn blev efterladt urørt. Det dræn, som blev indlagt den 6. august 1996, kunne fjernes den 14. august 1996. Den 15. august 1996 blev patienten af en overlæge udskrevet til videre behandling og kontrol på sygehus B.*

*Ifølge patienten kom der den 11. juli 1998 i forbindelse med afføring et dræn ud af hendes endetarm.*

*Der blev klaget over den behandling, patienten modtog på sygehus A i perioden fra den 26. juli til den 15. august 1996, idet det blev anført, at et placeret dræn enten blev glemt i maven på hende eller efterfølgende rev sig løs.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af de involverede læger på kirurgisk afdeling, sygehus A, i forbindelse med deres undersøgelse og behandling af patienten. Nævnet fandt imidlertid, at det ville have været hensigtsmæssigt, om 1. reservelægen havde orienteret patienten om, at der i forbindelse med kikkertundersøgelse

sen af de dybe galdeveje den 29. juli 1996 var blevet oplagt et dræn i den dybe galdegang, og at man i et tilfælde, som patientens, almindeligvis fjerner et sådant dræn efter 4-6 uger.

Endelig fandt Patientklagenævnet, at overlægen havde overtrådt lægeloven ved sin journalføring af behandlingen af patienten den 15. august 1996 på sygehus A. Nævnet lagde vægt på, at der i udskrivningsbrevet af 15. august 1996 ikke var anført, at det oplagte dræn i den dybe galdegang ikke var fjernet, men at det kunne tilrådes/foreslås fjernet senere.

### **Sag 38 Glemte meche i forbindelse med sårskiftning efter blindtarmsoperation (0019615P)**

*En 10-årig pige fik i august 1999 fjernet en betændt blindtarm. Ved operationen blev der ikke anvendt mecher (gazesnipper). Efterfølgende gik der infektion i såret, og i den forbindelse blev der indlagt en meche. De følgende 14 dage blev såret skiftet 11 gange. Patienten blev herefter udskrevet fra sygehuset til fortsat skiftning i eget hjem ved en hjemmesygeplejerske.*

*I slutningen af november 1999 blev patienten af egen læge genindlagt på grund af siven fra såret. Såret blev revideret, og det viste sig, at et lille stykke meche, der stak ud af såråbningen, sad så fast, at såret måtte spaltes for at få en, viste det sig, stor meche ud.*

*Der blev klaget over, at enten sygehuset eller hjemmeplejen havde glemt en gazemeche i patientens sår.*

Patientklagenævnet fandt ikke at kunne kritisere de involverede læger og sygeplejersker på sygehuset, idet nævnet lagde vægt på, at det af journaloptegnelserne i indlæggelsesperioden fremgik, at der blev foretaget relevant sårspaltning samt indlagt meche. Såret blev tilset og skiftet hver anden dag med omhyggelig beskrivelse i journalen af, at der blev indlagt ny meche. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten flere gange i efterforløbet relevant blev tilsagt til kontrol af såret, hvilke hun dog udeblev fra.

Patientklagenævnet fandt ikke tilstrækkelige holdepunkter for entydigt at fastslå, at der var grundlag for at kritisere de involverede sygeplejersker fra hjemmeplejen ved deres behandling af patienten. Nævnet bemærkede, at det ikke ud fra de foreliggende oplysninger i sagen var muligt at få afklaret, hvornår den pågældende meche blev ilagt, eller hvilke sundhedspersoner, der bar ansvaret for ikke at have fjernet den.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at der var grundlag for at kritisere lederen af hjemmeplejen for hendes udfærdigelse af retningslinier for dokumentation af sygepleje, samt de involverede sygeplejersker, idet cardex kun i meget ringe omfang dokumenterede, hvilken behandling patienten havde modtaget.

## **6.5 Sammenfatning**

Udgangspunktet i sagerne er, at nævnet finder grundlag for kritik, hvis der er glemt servietter, instrumenter mv.. I forbindelse med operative indgreb har operationssygeplejersken oftest ansvaret for optælling af materiale ved en operation, og som følge heraf er det hovedsageligt sygeplejersken, nævnet udtaler kritik af.

## **BILAG 1: SAGSOVERSIGT**

Sag 1 Identifikation af patient i forbindelse med telefonisk konsultation (0123518P)	5
Sag 2 Forveksling af patient i forbindelse med foretagelse af lungefunktionsundersøgelse (0018105A)	6
Sag 3 Forveksling af medicinkort (0124621A)	6
Sag 4 Forveksling af medicinæsker (0021003P)	7
Sag 5 Sideforveksling af øjne (0125616A)	8
Sag 6 Forkert mærkning af røntgenbillede (0123609A)	9
Sag 7 Indgift af forkert blod (0125903P)	10
Sag 8 Forveksling af Pethidin og Xylocain (0122615A)	12
Sag 9 Forveksling af vaccine til barn (0020923P)	13
Sag 10 Indgift af ketogan i stedet for glukose (0125907P)	13
Sag 11 Forbytning af pumpe (0020621P)	14
Sag 12 Forveksling af adrenalin og lidokain (0125905B)	15
Sag 13 Kaliuminfusion forvekslet med saltvandsinfusion (0016730A)	16
Sag 14 Forveksling af ampuller med henholdsvis vanddrivende og hjertestimulerende medicin (0021526P)	16
Sag 15 Indgift af kaliummikstur intravenøst, der var beregnet til indgift gennem munden (0020006A)	17
Sag 16 Indgift af medicin i venen, der skulle være ordineret til indsprøjtning i musklen (0127726P)	18
Sag 17 Medicinering med for stor dosis Methotrexat (0124621A)	19
Sag 18 Forveksling af ugedosis og dagsdosis af blodfortyndende medicin (0019614B)	20
Sag 19 Udlevering af Methotrexat i dagsdosis i stedet for ugedosis (0124628A)	20
Sag 20 Indgift af 10 gange for stor dosis hjertemedicin (0126828P)	21
Sag 21 Fejlagtig omregning af bedøvelsesmiddel (0126205A)	22
Sag 22 Forsinket udlevering af vanddrivende medicin (0020002P)	23
Sag 23 Tidspunkt for indgivelse af kvalmestillende medicin (0019609P)	24
Sag 24 Sikring af ordinationens rigtighed og manglende reaktion på den store dosis (0125918P)	24
Sag 25 Ordination af 10 gange den dosis, der var tilsigtet (0127705B)	25
Sag 26 Indberetning af fejlmedicinering og tilstrækkelig supervision af studerende (0016003A)	26
Sag 27 Indgift af medicin, der ikke var lægeordineret (0125508P)	27
Sag 28 Påsætning af morficaplastre uden ordination (0126203P)	28
Sag 29 Glemmt serviet i livmoderen i forbindelse med et keglesnit (0018104P)	30
Sag 30 Glemmt serviet i maven (0123605A)	30
Sag 31 Glemmt serviet i miltlejet i forbindelse med tarmoperation (0124128P)	31

Sag 32 Glemt afknækket borspids i lårbensknoglen i forbindelse med kikkertoperation (0018111P)	31
Sag 33 Glemt karklemme i bughulen i forbindelse med operation for tyktarmskræft (0019628P)	32
Sag 34 Glemt stykke af kanyle i knæet ved en kikkertoperation (0017325P)	33
Sag 35 Glemt del af gummihandske i skeden (0126815P)	33
Sag 36 Glemt tampon i skeden (0124409P)	34
Sag 37 Glemt dræn i maven (0018906P)	35
Sag 38 Glemt meche i forbindelse med sårskiftning efter blindtarmsoperation (0019615P)	36

## **BILAG 2: LOVGRUNDLAG**

### **Lov om sygeplejersker (lov nr. 127 af 25. maj 1956, med senere ændringer).**

§ 5, stk. 1: En sygeplejerske er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

§ 10, stk. 1: En sygeplejerske, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller hæfte.

§ 11: Overtrædelser af § 10, stk. 1 påtales af statsadvokaten.

### **Lægeloven (lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning, med senere ændringer).**

§ 6: En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.

§ 18: Den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller hæfte.

Stk. 2: Overtrædelser af stk. 1 påtales af statsadvokaten.

### **Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (lov nr. 397 af 10. juni 1987, med senere ændringer).**

§ 14: Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner.

### **Straffeloven (lovbekendtgørelse nr. 886 af 30 oktober 1992 med senere ændringer)**

§ 157, 1. pkt: Samme straf (red.: fængsel indtil 2 år) finder anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører.