



Dato 14-01-2019

Jette Christiansen

Tel. +4524758384

Jette.Christiansen@stab.rm.dk

1-36-72-13-13

## Årsrapport 2018 om utilsigtede hændelser i almen praksis og lægevagten

Arbejdet med utilsigtede hændelser og patientsikkerhed understøtter læring og den løbende kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Hændelserne bliver behandlet af regionens UTH-team, der består af to medarbejdere fra Kvalitet og Lægemidler og en lægelig konsulent. Overordnet er teamets opgave at sende de rapporterede hændelser ud til de involverede klinikker samt foretage analyser af hændelserne.

Teamet mødes én gang om måneden, hvor hændelserne der er rapporteret den sidste måned bliver gennemgået.

Teamet holder desuden øje med mønstre og tendenser, som ses i de rapporterede hændelser for se, om der skal laves særlige indsatser.

Udviklingen i rapporteringen af de utilsigtede hændelser har ligget stabilt de sidste par år, men er faldet lidt i 2018. (Bilag 1)

UTH-teamet lancerer i 2019 et nyhedsbrev, der tager udgangspunkt i en konkret hændelse, og med forslag til læring i praksis.

### Definition på en utilsigtet hændelse

En utilsigtet hændelse defineres som:

*en begivenhed, der forekommer i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglig virksomhed, som forvolder skade, eller kunne forvolde skade på patienten.*

En rapporteret hændelse er opfattet som utilsigtet af rapportøren.

Rapporteringerne kan dog i nogle tilfælde give anledning til en diskussion. Når teamet modtager informationer om hændelsen fra den involverede sundhedsperson, viser det sig til tider, at sundhedspersonen ikke kunne have handlet anderledes. I de tilfælde hvor det viser sig, at hændelsen ikke hører til i UTH systemet, bliver de afvist. I tilfælde af tvivl bliver hændelsen vendt med teamets lægelige konsulent.

De cases, der er brugt i rapporten, er gengivet ordret, som rapportøren har beskrevet hændelsen.

## **Indsats i 2018**

### **Lægedage 2018**

National Netværk for Patientsikkerhed i Praksissektoren (NNPP) er en tværregional netværksgruppe, der består af de fem regioners risikomanagere på praksisområdet. Formålet med netværket er bl.a. at bidrage til at afdække risikoområder på tværs af sundhedsvæsenet, hvor der er behov for fælles nationale initiativer.

Netværksgruppen deltager derfor med en stand på Lægedage.

I 2017 var temaet vaccinationer, hvor NNPP havde udarbejdet anbefalinger til vaccinationsprocessen. Der var også stor efterspørgsel efter materialet i 2018, hvor temaet var patientidentifikation.

Fejl i patientidentifikation kan betyde mangelfuld eller fejlagtig diagnosticering med forsinkelse af behandlings- og udredningsforløb for den enkelte patient. Fejl i patientidentifikation giver også ekstraopgaver i klinikken og for de afdelinger, der udfører undersøgelserne samt besvær for patienterne.

Netværket har udarbejdet en anbefaling, der kan bruges i almen praksis med titlen: "*Sker der patientidentifikation i din klinik?*"

I Bilag 2 kan man se materialet om patientidentifikation og vaccinationsanbefalingen.

Der blev taget godt imod netværkets stand i Bella Center og der var en god efterspørgsel på materialet. I år var der også mulighed for at være med i en lille quiz, som gav anledning til mange gode diskussioner om UTH mere generelt.

## **Indsatser i 2018 som fortsætter i 2019**

### **Tværasektorielt om AK-behandling/Marevan**

Det Tværasektorielle Netværk på Patientsikkerhedsområdet har i 2018 besluttet at sætte gang i et tværasektorielt projekt, der ser nærmere på AK-behandling/Marevan. Det skyldes, at UTH-teamet samt risikomanagere i kommuner og hospitaler med jævne mellemrum oplever UTH'er på området.

Det tværasektorielle netværk består af risikomanagers fra regionens hospitaler, kommuner, præhospitalet, psykiatrien og almen praksis. Der deltager en administrativ medarbejder fra UTH-teamet.

Patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland er organiseret i klynger, der svarer til hospitalsklyngerne, men medlemmerne er risikomanagerne fra kommuner, hospital, psykiatri, præhospital og almen praksis.

De enkelte klynger har undersøgt, hvad de vigtigste problemer er, og har eventuelt givet konkrete løsningsforslag indenfor tre problemområder:

- 1) AK-behandling
- 2) Ordination i mængdeangivelse
- 3) FMK ajourføring.

Hver klynge har efterfølgende valgt et fokusområde i forbindelse med AK-behandlingen, som klyngen vil arbejde målrettet med som projekt. Projekterne skal munde ud i konkrete forslag til indsatser, der kan minimere tværsektorielle brist i patientsikkerheden relateret til AK-behandling.

I projekterne er der fokus på den kvalitative del og ikke på systemiske funktionaliteter. Hvis der bliver fundet systemfejl eller uhensigtsmæssigheder bliver de rapporteret til Medcom og FMK.

Der vil blive arbejdet med projekterne i hele 2019. Sundhedsstyregruppen vil løbende blive orienteret om resultaterne.

### **Dosispakket medicin**

Almen praksis oplever et øget pres fra kommunerne, der gerne vil have borgernes medicin dosispakket. Der er mange patienter/borgere hvis medicin ikke egner sig til at blive dosispakket, f.eks. hvis de ikke er stabilt medicineret eller går fast i et ambulatorium.

Den Regionale Lægemiddelkomité udarbejdede i 2014 en vejledning om dosisdispensering på tværs af sektorer, men den er aldrig blevet vedtaget som gældende. Derfor vil UTH-teamet gerne kigge nærmere på, om det er muligt at tage vejledningen op igen og bygge videre på den. Blandt andet ved at lave en eksklusionsliste på f.eks. fem punkter, som kan bruges af læger og kommuner til at vurdere, om en borgers medicin kan dosispakkes. Det kan f.eks. dreje sig om patienter, der har været indlagt indenfor de sidste seks måneder, patienter der går i ambulatorium har fået foretaget medicinændringer indenfor de sidste seks måneder.

Medicinpraksiskoordinatoren vil blive inddraget i dette arbejde.

### **Eksempler på rapporterede hændelser**

I de følgende afsnit ses eksempler på utilsigtede hændelser, og det uddybes, hvorfor det er en utilsigtet hændelse.

Alle utilsigtede hændelser er bundet op på den kontekst, den er sket i. For at læringen kan bruges mere generelt, er det vigtigt, at hændelsen undersøges. Desværre hører teamet sjældent fra praksis, når de modtager hændelsen, og de nedenstående læringsforslag er derfor lavet i samarbejde med teamets lægelige konsulent.

#### **Eksempel 1 – Rapporteret af hjemmesygepleje**

Praktiserende læge kontaktes af hjemmesygeplejen tirsdag morgen, da borgeren er blevet tiltagende svækket og smertepåvirket. Egen læge foreslår, at der ordineres en tryghedskasse, og der seponeres behandling for pneumoni. Hjemmesygeplejen beder om, at der tages stilling til, om fast medicin kan seponeres. Egen læge siger, at han ikke kan nå at lave medicinændringerne før om eftermiddagen eller om aftenen.

Hjemmesygeplejersken spørger, om det kan nås inden kl. 17.00, så de pårørende kan nå at hente det på apoteket. Det giver egen læge klart udtryk for ikke er en mulighed pga. travlhed i klinikken. Det aftales med pårørende, at de henter tryghedskassen på apoteket næste dag kl. 9.00.

Onsdag morgen kl. 9 kontakter de pårørende hjemmesygeplejen og fortæller, at der ikke er noget medicin at hente på apoteket. Egen læge kontaktes igen, og sekretæren/sygeplejersken giver besked til egen læge, som ordinerer tryghedskassen, som bringes ud kl. 17 onsdag. Borgeren bliver tiltagende smertepåvirket i løbet af onsdag. Borgeren havde behov for at få morfin, før medicinen nåede frem.

#### **Hvorfor er det en UTH**

Tryghedskassen blev forsinket, fordi ordinationen ikke bliver lavet i forbindelse med kontakten til hjemmesygeplejen. Det betyder, at borgeren ikke kan smertedækkes tilstrækkeligt.

#### **Læring**

Sørg for at oprette opgaven på dagens opgaveliste, så man ikke glemmer det.

#### **Eksempel 2 – Rapporteret af egen læge**

Der er bestilt Oxapax til en patient ved en fejl. Forkert patient har været aktiv under medicinbestilling.

#### **Hvorfor er det en UTH**

Patienten der skulle haft medicinen, kommer til at mangle. I FMK vil det på den forkerte patient fremgå, at han har fået ordineret Oxapax

#### **Læring**

Kontroller cpr-nummeret inden ordinationen laves.

#### **Eksempel 3 – Rapporteret af plejecenter**

Borger er flyttet på plejecenter. Har dosisdispenseret medicin med hjemmefra. Da personalet skal give borgeren medicin, opdager de, at der er doseret Furix Retard 60 mg, 1 kapsel, kl. 8.00, og der er doseret Furix Retard 30 mg, 1 kapsel, kl. 12.00.

Ifølge FMK blev Furix Retard 60 mg, 1 kapsel, pauseret ultimo marts og erstattet af Furix Retard 30 mg, 1 kapsel. Dette er ikke sket, da dosispakken indeholdt begge kapsler. Personalet kontakter egen læge, som bekræfter at oplysningerne på FMK er rigtige.

### **Hvorfor er det en UTH**

Ændringerne til dosispakken er ikke registreret. Der er risiko for, at patient bliver overmedicineret.

### **Læring**

Apotekerne administrerer ikke dosisdispenseret medicin efter ordinationer, da de ikke er på FMK. De administrerer efter recepter. Derfor kan man kun foretage dosisændringer i dosisdispenseret medicin ved at seponere præparatet og annullere evt. åbentstående recepter. Herefter skal den nye ordination oprettes og recepten udstedes. Det er ikke muligt kun at ændre i ordinationen i FMK og udstede ny recept på den ændrede dosis.

## **Alvorlige og dødelige hændelser i almen praksis og lægevagten**

Når teamet modtager en alvorlig/dødelig hændelse, er lægekonsulenten altid den første, der tager kontakt til praksis, inden de modtager hændelsen. Denne procedure er indført for at forberede praksis på, at den kommer i deres e-boks, og samtidig for at opfordre praksis til at sende deres oplevelse/analyse af hændelsen til UTH-teamet.

Hændelserne kan ramme personalet hårdt både fagligt og mentalt, derfor har teamet også fokus på, at den lægelige konsulent tager en opfølgende snak med lægen et stykke tid efter, de har modtaget hændelsen.

De hændelser, der er modtaget, viser, at sundhedspersonalet arbejder i en kompleks verden, hvor kommunikation let kan misforstås. UTH-teamet hører fortsat sjældent fra almen praksis, når der sendes en hændelse ud. Det skyldes muligvis, at man fortsat er usikker på om sagen bruges i det sanktionerende system, og derfor ønsker lægerne ikke at kommentere på den.

UTH-teamet vil i forbindelse med nyhedsbrevene igen gøre opmærksom på, at en UTH kun bliver brugt med læring for øje, og at der er vandtætte skotter til det sanktionerende system.

## **Almen praksis**

I 2018 blev der rapporteret to alvorlige og tre dødelige hændelser til almen praksis.

I år er der kommet tilbagemeldinger vedrørende en alvorlig hændelse og en dødelig. Den ene af de dødelige hændelser er selvrapporteret af almen praksis.

Hændelsen, der er rapporteret af praksis selv, sker på grund af en misforståelse af retningslinjer, der betyder en patient kommer for sent i kræftpakke. UTH-teamet har været i kontakt med den praktiserende læge og har set det materiale, det drejer sig om. Retningslinjerne beskriver meget tydeligt, hvordan man skal forholde sig, så det giver ikke anledning til, der skal laves ændringer.

De øvrige hændelser fordeler sig på følgende måde:

### Almen praksis

I 2018 blev der rapporteret 2 alvorlige og 3 dødelige hændelser til almen praksis.

I år er der kommet tilbagemeldinger vedrørende 1 alvorlig hændelse og 1 dødelig. Den ene af de dødelige hændelser er selvrapporteret af almen praksis.

Hændelsen, der er rapporteret af praksis selv, sker på grund af en misforståelse af retningslinjer, der betyder en patient kommer for sent i kræftpakke. UTH-teamet har været i kontakt med den praktiserende læge og har set det materiale, det drejer sig om. Retningslinjerne beskriver meget tydeligt, hvordan man skal forholde sig, så det giver ikke anledning til, der skal laves ændringer.

De øvrige hændelser fordeler sig på følgende måde,

### Henvisninger

**Hændelsen handler om en patient, der er kendt med alkoholisk levercirrose og som igennem en uge er tiltagende icterisk. Egen læge kontaktes, da han er konfus, meget dårlig og har et BT omkring 65 systolisk. Patienten indlægges med en kørsel D. Der går næsten 2,5 time fra patienten er meldt, til han ankommer på aktafdelingen. Patienten dør nogle timer efter indlæggelsen.**

Almen praksis har ikke givet et bud på, hvordan hændelsen kan forebygges.

Ved denne hændelse kunne det være interessant at finde ud af, hvad praksis har oplevet. Hvilke oplysninger har lægen fået om patienten, hvordan er der kommunikeret? Er det pårørende, som har ringet, eller er det hjemmesygeplejen? Er lægen bekendt med, at en kørsel D er liggende transport uden mulighed for at yde hjælp?

## Behandling og pleje

Denne hændelse er rapporteret af en pårørende.

**Rapportøren beskriver et forløb, hvor patienten bliver tiltagende dårligere, og hvor den pårørende er kontaktperson til lægen. Patienten beskriver smerter i brystet og maven, megen hoste, at kræfter svinder og vægttab. Rapportøren beskriver et forløb, hvor det set fra hendes side er svært at komme i kontakt med lægen, og at der ikke bliver lyttet til bekymringen. Det ser også ud til at de har haft svært ved at navigere rundt i information fra læge og hospital. Patienten dør et par uger efter lægekontakten.**

**Egen læge beskriver et andet forløb, hvor patienten først er til vurdering for gulsot og klager over mavesmerter ved indtagelse af væske. Patienten taler dårligt dansk. Der bliver lavet blodprøvescreening for leverbetændelse, hvilket der ikke er tegn på. Blodprøverne viser ikke noget alarmerende. Patienten føler sig utilpas, men nævner ingen helbredsklager i øvrigt. Den pårørende fortæller om et bekymrende vægttab. Patienten henvises direkte til kræftpakke for okkult cancer. Det viser sig, at patienten har udbredt cancer sygdom.**

Der bliver ikke taget stilling til, om det er i kommunikationen med patient og pårørende, der er gået noget galt.

## Sundhedsfaglig visitation

### Case 1

Hændelsen er rapporteret af patienten.

**Patienten er faldet fra stige og har slået sin skulder medfølgende store smerter. Er hos egen læge, hvor der gives en blokade. Kontakter igen egen læge efter 14 dage, der efter flere undersøgelser sender henvisning til ortopædkirurgisk afdeling. Røntgen billeder viser at der er skader på skulderen, der burde være opereret akut. Der er fortsat manglende funktionsevne i skulderen. Patienten beskriver desuden, at han ikke oplever at bekymringerne om alvorligheden af skulderskaden bliver taget alvorligt hurtigt nok.**

**Egen læge har beskrevet forløbet således, der er givet en blokade ved første henvendelse, da billedet tolkes som periartrosis humeroscapularis (frossen skulder). Patienten kommer igen 3 dage efter for at få en mulighedserklæring, her er bevægeligheden stadig dårlig og billedet passer med den først stillede diagnose. Patienten kommer igen 14 dage senere, hvor bevægeligheden er bedre, men der henvises på mistanke om senelæsion. Lægen skriver, at han fremadrettet vil have ekstra fokus på denne problematik.**

Der bliver ikke taget stilling til, om det er kommunikationen med patienten, der ikke har været optimalt.

## Case 2

**Patient med kendt cervix cancer. Patienten oplever nedsat styrke i højre arm, hængende mundvig og ekspressiv afasi. Patienten indlægges akut, da symptomerne forværres over en uge. Egen læge har henvist patienten til CT-Cerebrum på grund af de beskrevne symptomer i ugen op til indlæggelsen. Patienten har fået foretaget en ambulant CT-C dagen før indlæggelsen, som viser patienten har en tumor. Ifølge rapportøren burde patienten på den baggrund være henvist til akut neurologisk vurdering ved første henvendelse med de beskrevne symptomer.**

Egen læge har ikke meldt tilbage, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.

## Vagtlæger

I 2018 er der rapporteret 5 alvorlige og 3 dødelige hændelser i vagtlægeordningen.

Vi har fået svar på 1 alvorlig og 1 dødelig hændelse.

## Sundhedsfaglig

### Case 1

**Kontakt til vagtlæge grundet voldsom svimmelhed og opkastninger. Første vagtlæge mistænker øresten, og der handles ud fra denne diagnose. Flere kontakter til vagtlæge over weekenden, hvor tilstanden ikke bedres, vagtlægerne forholder sig til den først stillede diagnose. Pt. findes af hustru liggende på gulvet, har haft vandafgang, er mumlende og kan ikke rejse sig. Der ringes 112. Pt. modtages ved neurologerne, der konstaterer en blodprop i lillehjernen med tilstødende blødning og begyndende tryk på hjernestammen.**

Sagen er vendt med de 4 involverede vagtlæger, faglig konsulent og formand for lægevagten.

Der arbejdes herfra videre med om vejledningen i forhold til infarkter bør opdateres. Dette sker i samarbejde med neurologisk overlæge.

### Case 2

Hændelsen er rapporteret af en pårørende.

**Hun er meget bekymret for sin mor, der har lidt af hovedpine og svimmelhed i 8 dage og fået konstateret en lille rift ved trommehinden samt mellemørebetændelse ved egen læge. Moderen får det ikke bedre, og der kontaktes vagtlæge, der giver smertestillende men ikke indlægger. Et par dage herefter indlægges moderen på neurologisk, hvor det viser sig, hun har blødninger i hjernen. Den pårørende giver udtryk for, at der ikke bliver lyttet til observationer og bekymringer.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.



Case 3

**Patienten bor på bosted og har smerter i sit knæ. Patienten besvimer, da hun hjælpes ud af sengen. Der ringes til lægevagten, der beder om at de bringer hende ind til lægevagten. Der oplyses om, at bosted ikke har mulighed for at transportere patienten og beder om en sygetransport. Dette bliver der sagt nej til. Med forældrenes hjælp skaffes en kørestol, og der ringes efter taxa med lift. Der dukker uventet en lægevagt op, der tilser borger.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.

Case 4

**Teminal patient har smerter, og mangler en tryghedskasse. Vagtlægen kontaktes, man vil ifølge rapportøren ikke ordinere smertelindrende behandling eller sende én ud for at foretage en vurdering. I stedet ville der blive lavet en medicin ordination til nærmeste vagtapotek. Hjemmesygeplejen må ikke hente medicin uden for kommunen. I stedet blev det sendt med taxa, som patienten skulle betale for.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges. Hændelsen kan meget vel skyldes at kommunikationen mellem lægevagt og hjemmesygeplejerske ikke har været optimal.

Case 5

**Patient har haft hovedpine, kvalme og opkast i en uge, efter at have slået hovedet. Der tages kontakt til vagtlæge i weekenden, efter patienten har været meget svimmel og ved at besvime. Der ordineres smertestillende, og patienten skal tage kontakt til egen læge mandag. Natten til søndag kontaktes vagtlæge igen pga. kraftig hovedpine m.m. Der ordineres igen smertestillende. Senere på natten er patienten ukontaktbar og bliver indlagt med hjerneblødning.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.

#### Case 6

**Hændelsen handler om en dårlig patient med meget lavt blodtryk, hvor der er bestilt en kørsel C. Hændelsen er rapporteret af ambulancereddere, som oplever, at de kommer ud til en meget dårlig patient, der kort efter deres ankomst får hjertestop.**

**Hændelsen er blevet vendt med kommunen og vagtlægerne, og her er der en anden oplevelse af forløbet. Der har været god dialog mellem hjemmesygepleje og vagtlægen. Patienten har følt sig utilpas, men ikke akut dårlig. Patienten har igennem flere år levet med en pumpefunktion på 20 % samt en kort levetidshorisont.**

Hændelsen tyder på, at kommunikationen med redderne ikke har været optimal i forhold til hvilken type patient de var på vej til.

#### **Behandling og pleje**

##### Case 1

**Patient i Marevan behandling, der på grund af AFLI (Atrieflimren) falder og slår hovedet. Patienten bliver tilset af en vagtlæge, der ikke indlægger. Senere på dagen bliver patienten indlagt med 112 på grund af subduralt hæmatom.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.

##### Case 2

**Patient findes livløs på sofa af hustru. Lægevagten er kontaktet, lægen ringer, og beder om HA med læge. Der er ikke iværksat livreddende førstehjælp.**

Vagtlægen har ikke meldt tilbage med, om eller hvordan en sådan hændelse kan forebygges.

## Bilag 1

I 2018 er der i alt rapporteret 772 hændelser til almen praksis, herudover er der rapporteret 150 hændelser om cervixcytter, hvor man ikke se hvilken praksis, de kommer fra fordi der ingen afsender er på kuverten samt manglende patientidentifikation.

Der er rapporteret 91 hændelser til lægevagten.

Til sammenligning blev der i 2017 rapporteret 1143 hændelser til almen praksis og 86 hændelser til lægevagten.

Faldet skyldes, at der bl.a. er blevet rapporteret færre hændelser fra samarbejdspartnerne f.eks. kommuner og hospitaler. UTH-teamet deltager i alle klyngerne, og vil bede dem opfordre deres medarbejdere om fortsat at rapportere hændelser.

Når en hændelse bliver rapporteret klassificeres, den i én af 15 hovedgrupper i DPSD databasen (Dansk Patientsikkerhedsdatabase). Klassifikationen gør det muligt at se mønstre og tendenser. For almen praksis fordeler hændelserne sig således:

DPSD Hovedgruppe	Antal
Behandling og pleje	24
Gasser og luft	1
Henvisninger ind/udskrivelser og medicinlister	66
Infektioner	2
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger m.v.	6
Kirurgisk behandling	1
Medicinering herunder væsker	259
Medicinsk udstyr	1
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	54
Patientidentifikation	82
Patientuheld	2
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	235
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultationer	25
Anden utilsigtet hændelse	14
<b>I alt</b>	<b>772</b>

### Hændelserne fordelt efter alvorlighed

Alvorlighed	Antal
Ingen skade	530
Mild	184
Moderat	53
Alvorlig	2
Dødelig	3
<b>I alt</b>	<b>772</b>

### Alvorlighedsgraderne defineres på denne måde

Kategori	Beskrivelse
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling af praktiserende læge/sygehus eller øget plejeindsats
Alvorlig	Permanente skader som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge/sygehus eller øget plejeindsats eller andre skader som kræver akut livreddende behandling
Dødelig	Dødelig

### Lægevagten

I 2018 blev der rapporteret 91 hændelser til lægevagten. Hændelserne fordeler sig således:

DPSD Hovedgruppe	Antal
Behandling og pleje	20
Medicinering herunder væsker	12
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	12
Patientidentifikation	5
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	2
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	40
<b>I alt</b>	<b>91</b>

### Hændelserne fordelt efter alvorlighed

DPSD Hovedgruppe	Antal
Ingen skade	34
Mild	28
Moderat	21
Alvorlig	5
Dødelig	3
<b>I alt</b>	<b>91</b>

Årsrapporten er udarbejdet af UTH-teamet – Februar 2019.

## **Bilag 2**

Materiale fra Lægedage 2018 og 2017.

- Pjece om patientidentifikation
- Vaccinationsanbefalinger



PATIENTSIKKERHED

**Sker der patientidentifikation  
i din klinik?**

# Forord

Der sker af og til fejl med patientidentifikationen. Kunne det også ske i din egen klinik?

De fleste fejl med patientidentifikation er relativt harmløse, og opdages hurtigt. I enkelte tilfælde kan fejl med patientidentifikation være kritisk i forhold til patientsikkerheden. Derfor er det vigtigt at se på, hvad der kan gøres for at undgå, at disse fejl sker.

Læringshæftet omhandler patientidentifikation fra rapporterede utilsigtede hændelser i de fem regioner. Hensigten er at sprede viden og læring fra hændelserne. Hæftet beskriver, hvad det kan betyde for patienter og klinikker, når patienterne ikke identificeres rigtigt og indeholder eksempler på arbejdsgange, hvor der kan ske forvekslinger. Til sidst i hæftet er der beskrevet en række anbefalinger, der kan styrke korrekt identifikation.

# Indhold

- 3** Hvad kan der ske, når der er fejl ved identifikation af patient?
- 4** Kan noget lignende ske i din klinik?
- 6** Læring med udgangspunkt i analyser af utilsigtede hændelser
- 7** Sker der fejl i patientidentifikation i din klinik?
- 7** Hvis skaden er sket?
- 8** Spørgsmål om patientsikkerhed

# Hvad kan der ske, når der er fejl ved identifikation af patient?

Fejl i patientidentifikation kan betyde mangelfuld eller fejlagtig diagnosticering med forsinkelse af behandlings- og udredningsforløb for den enkelte patient.

Udover konsekvenserne for patienterne medfører fejl i patientidentifikation typisk ekstraopgaver i klinikken, men også for de afdelinger, der har udført undersøgelserne.

## Konsekvens for patienterne

- Forsinkelser i et udrednings- og behandlingsforløb
- Der ligger prøvesvar på sundhed.dk på en prøve, der ikke er foretaget
- Prøvesvar/notater ligger i forkert patientens journal
- Tid skal afsættes til ny undersøgelse

## Ekstra arbejde for klinikken

- Fejlfinding skal udføres
- Oprydning i journaler/sundhed.dk
- Evt. kontakt til systemleverandør for at få rettet fejl
- Fornyset konsultation
- Undersøgende afdeling skal kontaktes for at få korrigeret fejlen
- Nye undersøgelser skal bestilles i klinikken
- Undersøgende afdeling skal udføre prøverne igen
- Patienterne skal kontaktes
- Der skal afsættes tid til at rapportere/analysere en utilsigtet hændelse

**RÅD:**  
*Gør det til en vane at identificere patienten i konsultationen, når patienten er på skærmen*



# Kan noget lignende ske i din klinik?

Nedenfor følger en række eksempler på utilsigtede hændelser i forbindelse med patientidentifikation. Kan du nikke genkendende til nogle af eksemplerne?

## Lægesystemet

- Flere åbne journaler på samme tid – blodprøve bliver bestilt på den forkerte patient

## Opkald af patient i venteværelse

- Personalet kalder på patienten i venteværelset via fornavn og får foretaget undersøgelser. Den "rigtige" patient med samme fornavn sidder fortsat i venteværelset

## Bestilling, prøvetagning og rekvisition af prøver og undersøgelser

- Læge har en gravid kvinde og hendes mand i konsultation. Kvindens urinprøve bliver mærket med mandens CPR nr.
- Patologiafdelingen modtager prøveglas med cervixcytologi mærket med en mands CPR nr. Patologiafdelingen sender prøven retur til klinikken, som må kontakte dem igen, da prøvematerialet er fra en transkønnet mand og dermed ikke en fejl

## Prøvetagning i hjemmet

- Prøver bliver taget i hjemmet og først mærket tilbage i klinikken – desværre med forkerte etiketter

## Svarafgivelse

- Forkert afgivet prøvesvar via E-konsultation. Gravid kvinde får oplyst normalt prøvesvar, men det rigtige svar viser Hæmolytiske Streptokokker gr. B
- Borger slår op Sundhed.dk – hun opdager et prøvesvar, som hun ikke har fået foretaget. Hun ringer til lægen for at få slettet det fra journalen
- Klinikken modtager materiale/anmeldelsesblanketter vedrørende fund af MRSA på en patient, der ikke er podet. Klinikken mangler svar på en anden patients kontrolpodning

# Kan noget lignende ske i din klinik?

## **Medicinordination**

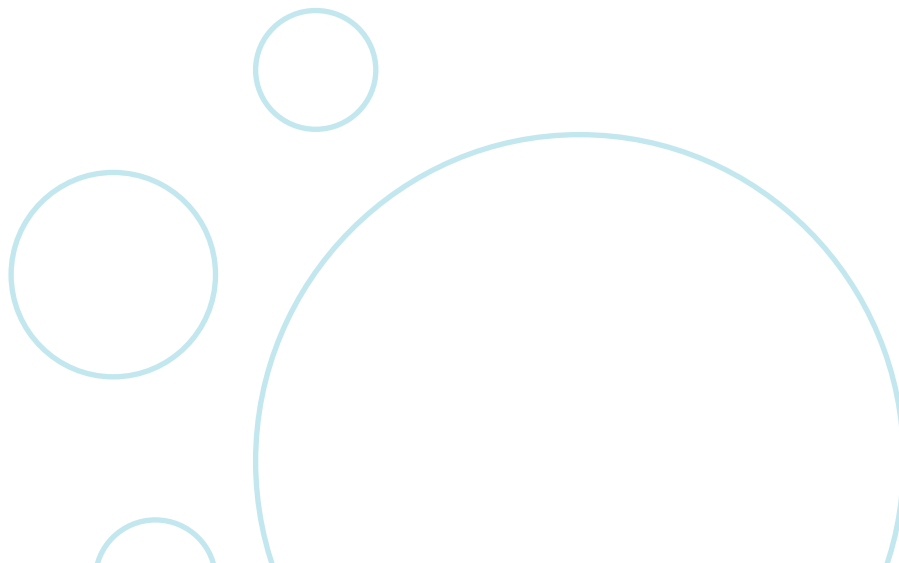
- Patienten får tilsendt forkert medicin ordination via e-mail. Lægen har ordineret medicin på baggrund af værdier fra en anden patient

## **Overdragelse af behandling til andre samarbejdspartnere**

- Henvisning udfyldes med anamnese fra en anden patient - lægen kopierer en kvindes anamnese ind i en 17-årig drengs henvisning
- Patient skal indlægges obs. AMI. Paramediciner kan ikke genfinde de signifikante EKG -forandringer på det medsendte EKG, da det stammer fra en anden patient
- Rekvirering af ambulance efter telefonkonsultation. CPR nr. på den forkerte patient bliver oplyst til kørselskontoret, og derved kører ambulancen ud til en forkert patient

## **Afbrydelse**

- Printeren på lægens kontor virker ikke, derfor bliver prøven afleveret til sekretæren, midt i hendes faste opgaver. Lægen får ikke formidlet, hvilken patient prøven er taget på, og prøven mærkes med forkert CPR nr.
- Lægen bliver afbrudt af en sygeplejerske, der ringer med spørgsmål om en kvinde, som lægen slår op i systemet. Herefter udskriver lægen blodprøveseddel på kvinden, men blodprøven bliver taget på manden, som lægen har i konsultation



# Læring med udgangspunkt i analyser af utilsigtede hændelser

## Lægesystemet

- Som udgangspunkt skal der kun være ét åbent patientforløb

## Opkald af patient i venteværelse

- Indkald evt. patienten via navn. Start derefter konsultationen med patientens CPR nr.

## Bestilling, prøvetagning og rekvisition af prøver og undersøgelser

- Kontroller altid navn og CPR nr. sammen med patienten
- Tjek overensstemmelse mellem patient, rekvisition og den aktuelle undersøgelse
- Mærk alle prøver/glas med etiketter fra rekvisition og tag derefter prøverne
- Transkønnede patienter skal give samtykke til at deres køn er noteret i bemærkningsfeltet
- Printer skal stå tæt på den PC, der udskrives rekvisitioner fra

## Prøvetagning i hjemmet

- Skriv CPR nr. på en etiket, og sæt den på prøven i hjemmet
- Når rekvisitionen bliver udskrevet i klinikken, skal CPR nr. på glas og rekvisition stemme overens, inden klinikken mærker og sender prøven

## Svarafgivelse

- Husk kontrol af navn og CPR nr. på både prøvesvar og patient før afgivelse af svaret

## Medicinordinationer

- Ordinér så vidt muligt medicinen, når patienten er i konsultation
- Kontrollér overensstemmelse mellem patient og prøvesvar før ordination af medicin
- Overdragelse af behandling til andre samarbejdspartnere
- Udfør identifikation via navn og CPR nr. på dokumenter, der anvendes i forbindelse med overdragelse af behandling

## Afbrydelser

- Aftal i klinikken, hvordan og hvornår I må afbryde hinanden

*Patient-identifikation foretages før enhver handling og ikke kun ved tvivl.*

# Sker der fejl i patientidentifikation i din klinik?

Tag udgangspunkt i klinikkens daglige udførelse af identifikation og forhold jer til:

- Hvordan foretager vi identifikation i klinikken?
- Hvordan foretager vi identifikation ved telefonisk kontakt?
- Hvilke metoder har vi til at sikre, at rette patient fremgår i journalopslaget?

## Hvis skaden er sket?

Rapportér hændelsen i Dansk Patientsikkerhedsdatabase på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

Analysér forløbet med udgangspunkt i egne arbejdsgange og retningslinjer.

Anvend gerne følgende spørgsmål:

- Hvad skete der?
- Hvordan kunne det ske?
- Hvad har vi lært?
- Hvad ændrer vi?

Vær opmærksom på, om eventuelle ændringer kan medføre nye typer utilsigtede hændelser.

### Se mere om patientidentifikation i

- Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=160895>
- Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser  
<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=137127>

# Spørgsmål om patientsikkerhed

Kontakt din regionale risikomanager

## Region Hovedstaden

Center for Sundhed  
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Tlf.: 38 66 60 60  
Mail: [patientsikkerhed@regionh.dk](mailto:patientsikkerhed@regionh.dk)

## Region Midtjylland

Koncern Kvalitet  
Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg  
Tlf. 24 75 83 84  
Mail: [jechr1@rm.dk](mailto:jechr1@rm.dk)

## Region Nordjylland

Forbedring, Kvalitet og Kommunikation  
Tlf.: 23 43 99 18  
Mail: [patientsikkerhed@rn.dk](mailto:patientsikkerhed@rn.dk)  
Nord-KAP (Kvalitetsenheden i almen praksis)  
Tlf.: 29 10 02 40  
Mail: [praksisinfo@rn.dk](mailto:praksisinfo@rn.dk)

## Region Sjælland

Patientsikkerhed  
Alleen 15,  
4180 Sorø  
Tlf.: 93 56 60 73 eller 93 56 79 49  
Mail: [patientsikkerhed@regionsjaelland.dk](mailto:patientsikkerhed@regionsjaelland.dk)

## Region Syddanmark

Center for Kvalitet  
P V Tuxensvej 3-5, 1.sal  
5500 Middelfart  
Tlf.: 63 48 40 60  
Mail: [patientsikkerhed@rsyd.dk](mailto:patientsikkerhed@rsyd.dk)

# VACCINATIONSPROCESSEN

## - Anbefalinger til almen praksis

### Opmærksomhedsområder ved vaccination

#### Ved tidsbestilling:

- Tjek om der er bestilt tid til korrekt vaccination i DDV?

#### Ved vaccination:

- Tjek patientens CPR.nr./brug evt. scanner
- Hav kun den aktuelle patients journal åben
- Hav kun én patient, der skal vaccineres i konsultation, ad gangen
- Tjek vaccinationskort, DDV og journalnotat før indgift
- Kontrollér vaccinen mod opslaget
- Få patientens samtykke (ved børn skal samtykke være udtrykkeligt)
- Spørg patient eller forældre om indikation
- Det er den samme person, der finder, forbereder og giver vaccine
- Giv vaccinen straks efter den er trukket op

#### Efter vaccination:

- Patient skal vente 10-15 minutter under opsyn
- Hav en procedure for håndtering af anafylaksi, som alt klinikpersonale kender

#### Vær særlig opmærksom:

- Når der gives 2 vacciner, der ikke må blandes eller gives samme sted
- Ved ændringer i vaccinationstidspunkt og indhold i vacciner
- Når du skal vaccinere ved hjemmebesøg

#### Generelle anbefalinger

- Lav en vejledning for vaccinationsprocessen
- Husk at introducere nyt personale til vejledningen
- Opdel vaccinationskøleskabet
- Hav opdateret udgave af Børnevaccinationsprogram på vaccinationskøleskab

# VACCINATIONSPROCESSEN

## - Opmærksomhedspunkter til almen praksis

Der sker ofte utilsigtede hændelser ved vaccination. Heldigvis rapporterer praksisklinikker mange af disse hændelser.

**Disse anbefalinger er baseret på denne viden om, hvor det oftest går galt:**

- **Revaccination** - patient er allerede vaccineret med pågældende vaccine
- **Registrering af vaccine** - vaccination registreres ikke, registreres forkert eller tjekkes ikke i journal, DDV eller på vaccinationskort
- **Forkert patient** - forveksling mellem patienter
- **Forveksling** - af præparat, styrke, emballage eller vaccinationstidspunkt for børn
- **Blandingsfejl** - kun en af tokomponentvaccine gives eller kun solvens gives
- **Indgiftssted** - flere vacciner gives samme sted, hvor dette er kontraindiceret
- **Vaccinekøleskab** - manglende overblik
- **Vacciner blandet om morgenen** - de har begrænset holdbarhed efter opblanding og bør blandes lige inden indgift

### Hvis skaden er sket...

- Er patienten ikke eller kun delvis vaccineret, indkaldes patienten igen.
- Har patienten fået forkert vaccine og/eller har du spørgsmål til bivirkninger eller revaccination - kontakt: Statens Serum Institut Tlf.: 32 68 32 68
- Du kan også finde information på [www.ssi.dk/Vaccination/Boerne-vaccination](http://www.ssi.dk/Vaccination/Boerne-vaccination)
- Husk at rapportere som utilsigtet hændelse