



PATIENTSIKKERHED

# Læringshæfte

fra Almen Praksis



REGION NORDJYLLAND  
– i gode hænder



UTH

Patientsikkerhed

# Indhold

Forord.....	s 3
Medicin.....	s 4-9
Henvisning.....	s 10
Tværasektoriel hændelse.....	s 11
Udredning og behandling.....	s 12-17
Prøver og identifikation.....	s 18-21
Tilbud om gennemførelse af hændelsesanalyse ved UTH.....	s 22
Rapporteringer fra patienter og pårørende.....	s 23
Folkene bag hæftet.....	s 24

## Definition af UTH

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. (Sundhedsloven kapitel 61, § 198, stk. 5)

# Forord

Dette læringshæfte indeholder et udpluk af de læringsartikler, der er udsendt via Nord-KAPs nyhedsmail i 2018. Samtlige artikler, der er udsendt, er fortsat tilgængelige via [www.nordkap.dk](http://www.nordkap.dk) - Patientsikkerhed og Utilsigtede hændelser (UTH) - UTH i Praksis.

Formålet med artiklerne er at understøtte læring og den løbende kvalitetsudvikling på praksisområdet. Alle artikler udspringer af utilsigtede hændelser, der er rapporteret af almen praksis, praksis samarbejdspartnere eller patienter og pårørende.

Ligesom sidste år sendes læringshæftet ud til alle praksis i Region Nordjylland, idet vi ønsker, at hæftet skal være tilgængeligt for alle, der arbejder indenfor almen medicin. Vi håber derved, at læringshæftet kan være grobund for diskussioner og læring i praksis til gavn for patientsikkerheden.

Almen praksis har spillet en stor rolle i forbindelse med analyse og udarbejdelse af læringsartiklerne. Der skal derfor lyde et stort TAK FOR HJÆLPEN til almen praksis.

Vi håber, at I som læsere vil finde dette læringshæfte inspirerende og at det vil anspore til rapportering af endnu flere utilsigtede hændelser - til gavn for patienter, pårørende og kolleger.

God læselyst!

Karen, Peter, Anne Sofie, Claus, Mette og Camilla

# Patientsikkerhed og vaccinationshændelser

Følgende artikler omhandler dobbelt vaccinationer.

## Case 1

Patienten skal vaccineres med Prevenar 13 imod lungebetændelse. Patienten får også vaccine imod influenza. Da denne indføres på vaccinationskortet (DDV), ses at influenzavaccine allerede er givet.

## Case 2

Patienten har bestilt vaccination ved egen læge. Det viser sig, at patienten ikke har været opmærksom på, at det ikke var egen læge, da Vaccinationservice kommer et par dage efter. Vaccinationservice spørger om patienten ønsker vaccination, hvortil patient svar ja.

I forbindelse med efterfølgende vaccinationsrunde på plejehjem ved egen læge gives influenzavaccine til ældre lidt dement patient. Der er forespurgt forud for vaccination om patienten ønsker vaccination og husker ikke, at vedkommende allerede har fået den. Da vaccinen indberettes til DDV efterfølgende, ses at denne allerede er givet via Danske Lægers Vaccinationservice.

## Læring

Spørg patienten om vacciner evt. kan være foretaget andre steder end hos egen læge fx Matas og tjek DDV forud for vaccination.



# Patientsikkerhed og vaccinationshændelser

## Case 1

Ved vaccination af 5 årig gives DiTeBooster i stedet for DeTeKiPolbooster.

## Læring

Flere rapportører foreslår følgende forebyggelsesforslag:

- Tydelig opdeling i køleskab
- Opmærksomhed på stort set ens æsker til de to vacciner. Producenten har for nylig ændret æskerne således at begge æsker nu er grøn/hvid (Se billede).

## Case 2

12 årig pige kommer til MFR og HPV vaccination. Mor oplyser, at pigen ikke har fået MFR som 4 årig. Dette er heller ikke registreret i DDV eller journal. Pigen vaccineres med MFR og HPV. Efterfølgende finder mor pigens gamle vaccinationskort, hvor det fremgår, at pigen er vaccineret med MFR som 4 årig.

## Læring

Ved alle rapporterede UTH vedr. dobbeltvaccination anfører rapportøren, at fejlen kunne være undgået ved dokumentation og tjek i DDV, journal og vaccinationskort.



Se anbefalinger og redskaber til vaccinationsprocessen på DSAM's hjemmeside.

## Advarsel ved trafikfarlige lægemidler

### Case

Patient blev tilset af vagtlægen grundet smerter udløst af hold i ryggen. Lægen udskrev tablet Tramadol, iflg. patienten, uden at informere om, at han ikke må køre bil, når der tages Tramadol.

### Læring

Ved ordination af trafikfarlige lægemidler er det vigtigt at informere patienten om risikoen ved eksempelvis bilkørsel efter indtagelse af medicinen.

Trafikfarlig medicin virker dæmpende på centralnervesystemet, hvilket bl.a. kan betyde, at patienten bliver døsigt og reagerer langsommere end ellers, hvis eksempelvis der opstår noget uventet i trafikken.

Påvirkningen af medicinen kan svare til at have en alkoholpromille og kan dermed øge risikoen for uheld betragteligt.

Trafikfarlige lægemidler er eksempelvis stærkt smertestillende medicin, medicin mod søvnbesvær og beroligende midler mod angst og ro. Læs mere om trafikfarlig medicin på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside.

Samme overvejelser bør indgå i forbindelse med øvrige lægemidler, der - især i starten af behandlingen - kan have en række bivirkninger, der gør, at der skal udvises særlig forsigtighed i trafikken.



## Patientsikkerhed og receptfornyelse

Denne hændelse omhandler retningslinjer ved fornyelse og godkendelse af recepter herunder overtagelse af receptansvar.

### Case

Pårørende skal hente seks præparater ved apotek hvoraf to, Hydroxyurea og Desferal, typisk udleveres ved speciallæge eller sygehusafdeling. Pårørende undrer sig over prisen. Ved kontakt til egen læge fremgår, at medicinen hidtil er ordineret og udleveret fra specialafdeling.

Pårørende har haft svært ved at angive hvilken medicin, patienten manglede.

### Læring

Jf. DDKM-standard 2.2 om lægemiddelordination og receptfornyelse er det vigtigt at have retningslinjer for fornyelse og godkendelse af recepter, herunder også stillingtagen til overtagelse af receptansvar for pt i ambulante forløb i sygehusregi m.m.

Overvej speciel markering ved sygehusudleveret medicin evt. tilføj i doseringsfeltet "udleveres på sygehus".

## Fornyelse af recepter i FMK

### Case 1

En kvinde kommer på apoteket for at hente p-piller. Ved udlevering opdager kvinden, at der er ordineret tablet Femistad og ikke Femicept, som hun plejer at bruge. De to pågældende præparater tilhører ikke samme generation.

### Case 2

Ved opdatering af FMK i hjemmeplejen fremgår det, at der er oprettet tre selvstændige ordinationer med tablet Donepzil 10 mg x 1. Dette kan føre til tredobbelt dosering.

### Forslag til forebyggelse

Når medicin genbestilles skal de recepter, der er tilknyttet ordinationen, fornyes i stedet for at oprette en ny ordination.

# Morfin faktor 10 - faktor 20 fejl

Der er rapporteret flere potentielt alvorlige hændelser omhandlende injektionsvæske morfin 20 mg/ml.

## Case 1

Telefonisk kontakt vedrørende terminal patient da patienten ikke længere kan tage medicin pr. os. Har tidligere fået morfin i fast tablet dosering. Der ordineres morfin 20mg/ml, 2,5 ml x 6 dagligt samt pn max x 10. Angives både i FMK samt mundtligt. Ordinationen skulle have været 20mg/ml, 0,25 ml.

## Case 2

Telefonisk kontakt til læge, hvor der ordineres morfin 5 mg pn som injektion. Der bestilles morfin 20 mg/ml, 2,5 ml pn, altså 50 mg pn.

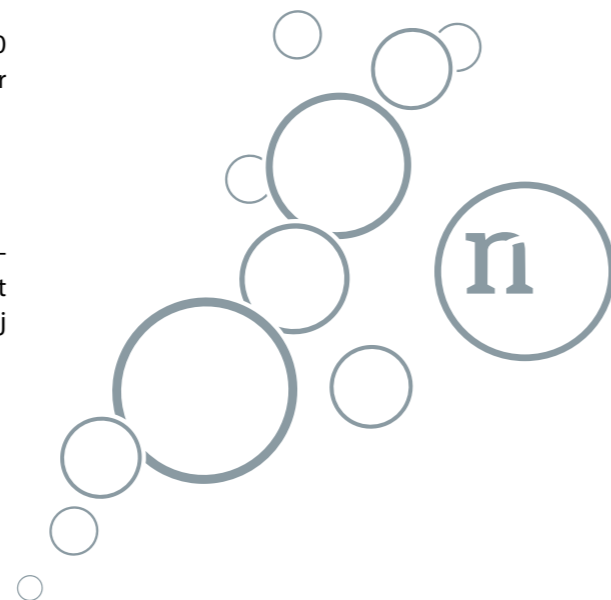
## Case 3

På medicinkort samt i FMK står ordineret morfin 20 mg/ml, 5 ml x 4 dagligt. Sygeplejerske kontakter vagtlæge der retter ordination til 5 mg x 4.

## Læring

Opmærksom omkring dosering af injektionsmedicin, specielt morfin hvor der er tale om relativt koncentreret opløsning, med risiko for fejlagtig høj startdosering og dødelig overdosering.

Med baggrund i ovenstående UTH, er der rettet henvendelse til Lægemiddelstyrelsen, som i samarbejde med Styrelsen for patientsikkerhed har udarbejdet et brev til de producenterne, der har morfin injektionsvæske 20 mg/ml, og præsenteret problemstillingen for dem. Desuden bringer Styrelsen for Patientsikkerhed problemstillingerne med til møde i snitfladeforum for smertebehandling, som er et forum på tværs af Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.



# Afvigelse fra normaldosering

Apotekerne har rapporteret hændelser, hvor almen praksis har valgt afvigelse fra normaldosering.

Afvielser fra normaldosering bliver i apotekets kvalitetskontrol opfanget som fejl, og eventuelle feildoseringer rettes i samarbejde med læge. Når lægen bevidst vælger afvigelse fra normaldosering, er det derfor vigtigt, at det anføres på recepten, så det er tydeligt for apoteket, at det er den korrekte dosering.

## Case 1

"Kundens mand kommer ind på apoteket for at hente en recept udstedt dagen før. Recepten er på Ciprofloxacin med doseringen: " 1 tablet morgen, middag og aften". Normalt er doseringen på dette lægemiddel 1 tablet 2 gange daglig. Farmakonom undrer sig over doseringen, og hun spørger ind til hvad der er aftalt ved lægen. Kunden er lidt i tvivl. Da det er lørdag, og derfor ikke muligt at få fat i lægen, aftaler farmakonom med kunden, at han skal tage 1 tablet 2 gange daglig.

Mandag morgen kontaktes lægen. Det viser sig, at lægen har valgt at bruge en anden dosering end den normale, og kunden skulle have haft 1 tablet 3 gange dagligt. Kunden kontaktes og doseringen aftales på ny".

## Case 2

"En kunde kommer ind for at hente et lægemiddel til sin seks måneder gamle datter. Recepten er på Selexid 200 mg med doseringen: " 1 tablet 3 gange daglig". Kunden har selv været inde på [www.min.medicin.dk](http://www.min.medicin.dk) og hun undrer sig over den høje dosis. Det gør farmakonom også, så derfor kontaktes lægen. Her får hun beskeden, at alternativet til den høje dosering, er at barnet skal indlægges, så hun skal bare lade doseringen gå igennem. Denne besked gives til kunden, sammen med lægemidlet".

## Forbedringsforslag

Apotekerforeningen opfordrer til, at dosisfeltet anvendes til at gøre opmærksom på ønsket afvigelse fra normaldosering. Alternativt kan der efter doseringen i dosisfeltet skrives SIC (latin for Sådan står der virkelig)



## Overset metalskema til MR-scanning



### Case 1

"Metalskema er udfyldt forkert. Den henvisende læge har overset metalimplantat." Oversete metalimplantater kan medføre indvendige forbrændinger i patient (Rapporteret fra billeddiagnostisk afdeling til speciallæge).

### Case 2

"Patienten henvises til MR-scanning af knæet. Han har ICD-pacemaker. Dette er ikke noteret andre steder end i epikrise fra kardiologerne. Som henvisende læge overser jeg dette og får ikke spurgt patienten tydeligt nok. Jeg spørger blot, om han har pacemaker - hvilket han ikke selv synes.

ICD pacemakeren opdages af røntgenafdelingen inden scanning og patienten mødte forgæves op til scanning - "Rapporteret fra Almen Praksis.

### Forslag til forebyggelse

- Notere "pacemaker" i cave-feltet i patientjournalen.
- Spørge patienter, om de har nogen form for metal eller elektronisk apparat i kroppen.
- Notere pacemaker som fast diagnose: K28, tilstand med ICD (Implanterbar Cardioverter-Defibrillator).

## Udførelse af ligsyn

### Case

Der er rapporteret flere utilsigtede hændelser fra både pårørende, almen praksis og hjemmesygeplejen vedrørende problematik omkring ligsyn udenfor dagstid.

Ifølge retningslinje for udførelse af ligsyn i lægevagten, som er fastlagt af vagtudvalget/vagtchefen gælder følgende:

- Ligsyn udføres som hovedreglen af egen læge i dagstiden.
- Ligsyn kan efter anmodning udføres af vagtlæge, såfremt det ikke kan udføres af egen læge eller dennes stedfortræder den efterfølgende dag.
- Ligsyn udføres aldrig i nattevagten (tidsrummet kl. 23-08)

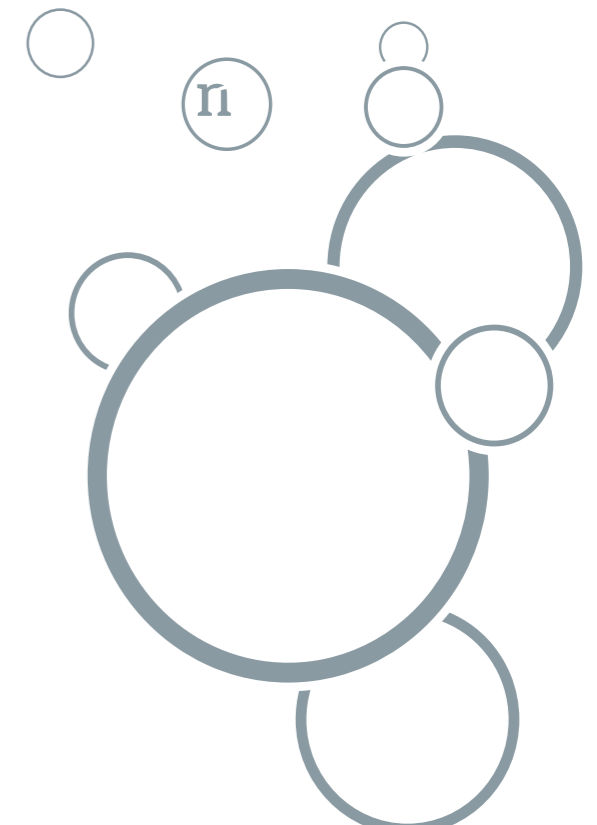
Eksempel på rapporteret hændelse:

"Borger er afdøet ved døden i eget hjem. Der tages kontakt til egen læge med henblik på ligsyn. Egen læge henviser til lægevagten. Vagtlægen henviser til, at afdødes egen læge næste dag skal foretage ligsyn".

### Læring

Undgå at love ligsyn ved lægevagten når næste dag er en hverdag, hvor det overgår til egen læge.

Der skal så vidt muligt tages hensyn til de pårørende og sikres god orientering omkring mulighed for ligsyn.



## Transport ved hovedtraume hos børn

### Case

Barn på to år er faldet ned på et flisegulv fra en 2 meter høj trappe. Pårørende oplever, at barnet er bevidsthedspåvirket. De spørger vagtlægen, om barnet må sove under kørsel til skadestue. Vagtlægen siger, at det er i orden. De pårørende kører selv barnet til Lægevagten.

Ved ankomsten til hospital vurderes barnets tilstand alvorligere end først antaget, bl.a. med flere ansigtsfrakturer. Indlæggelsesforløbet blev forlænget idet der ikke primært blev meldt traume via AMK.

### Læring

Ifølge lægehåndbogen skal alle ved mistanke om alvorlig hovedtraume indlægges, og der er specielt lav tærskel for børn.

Ved mistanke om alvorlig hovedtraume ved barn, bør der ringes 112, så transporten til hospital kan foregå under sikre forhold, med mulighed for overvågning og eventuel iltbehandling.

Det er vigtigt, at spørge ind til bevidsthedsniveau og synlige skader, så korrekt kørsel kan bestilles.

Læs mere om hovedtraumer i Lægehåndbogen

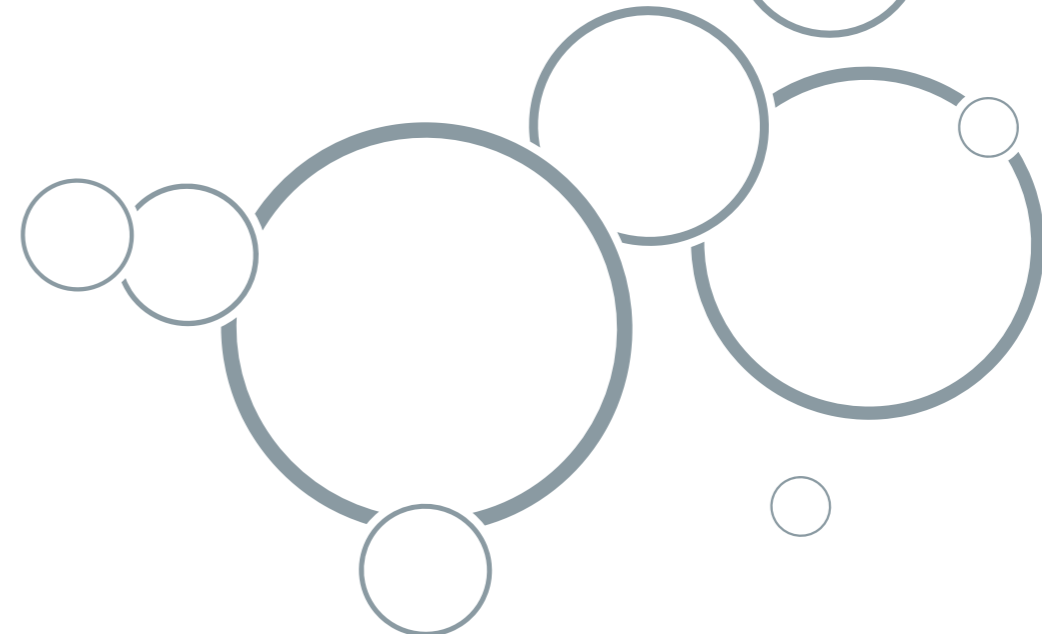
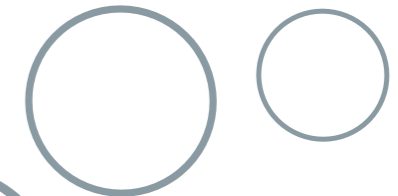
## Allergisk reaktion ved hvepsestik

### Case

Patient bliver bedt om at køre til Lægevagten efter stik på tungen af hveps. Har da udviklet begyndende hævelse af tungen og universel kløe. Bliver bedt om at lægge is på tungen. Efter 40 minutter har patienten voldsomt hævet tunge samt kraftigt rødt udslet på hele kroppen. Behandles efterfølgende med relevant medicin og overflyttes med ledsagelse.

### Forslag til forebyggelse

Patienter med tegn på anafylaktisk reaktion skal visiteres via 112 og køres direkte til akut hospitalsafsnit.



## Indlæggelse af børn under tre måneder med feber

### Case

Der er rapporteret utilsigtede hændelser, hvor forældre, der henvender sig til Lægevagten på grund af feber (mellem 38.6 og 39.0) hos deres helt små børn (mellem 5 og 12 dage) sendes hjem uden indlæggelse.

### Læring

Feber defineres som en rektaltemperatur på 38°C eller højere. Ved børn under 90 dage tilrådes altid indlæggelse ved feber, også selv om barnet ikke udviser andre tegn på sygdom.

Læs mere om feber ved børn i lægehåndbogen.



## Gentagne lægekontakter omkring samme problematik

Hændelser hvor patient gentagne gange henvender sig til lægen omkring en problematik.

### Case

1. kontakt, dag 1: Patienten falder i eget hjem. Patienten ringer til hospitalets hovednummer og mener at have talt med skadestuen.

2. kontakt, dag 2: Patienten kontakter Lægevagten. Ifølge vagtlægenotat har patienten oplyst at have talt med sygeplejerske i skadestuen og er blevet anbefalet at tage to panodil og se tiden an. Lægevagten tilser patienten ved besøg i hjemmet og vurderer, at der er tale om en fibersprængning. Patienten får smertestillende injektion.

3. kontakt, dag 6: Patienten kontakter egen læge. Egen læge har ikke tid til at komme til patienten. Egen læge vurderer, at der er tale om en fibersprængning.

4. kontakt, dag 7: Patienten kontakter igen egen læge. Har tiltagende smerter. Der ordineres tablet codein 25 mg.

5. kontakt, dag 8: Patienten kontakter Lægevagten. Visiterende lægevagt vil ikke sende en kollega på hjemmebesøg til en gammel skade.

6. kontakt, dag 8: Patienten ringer 112. Tilbagemeldingen er, at de ikke vil køre ud til en gammel skade. De anbefaler patienten at kontakte egen læge.

7. kontakt, dag 9: Patienten har tiltagende smerter. Patienten kontakter egen læge, som ikke har tid til at komme. Senere på dagen kontakter sekretær patienten, med information om, at lægen vil komme på besøg i hjemmet dagen efter.

8. kontakt, dag 10: Besøg i hjemmet hvor egen læge bestiller transport og tid til røntgen til efterfølgende dag.

9. kontakt, dag 11: Ved røntgen konstateres brud og patienten opereres samme dag.

### Læring

Mere end to kontakter inden for kort tid om samme problem kan være advarsel om en risikosituation. Hvis effekt af valgte behandlingsstrategi udebliver, bør diagnose og behandling revurderes ved tredje kontakt.

## HUSKEREGEL

Første lægekontakt  
Anden lægekontakt  
Tredje lægekontakt = STOP



## Brystsmerter/obs akut koronart syndrom (AKS)

### Case

43-årig mand henvender sig til Lægevagten med brystsmerter. Der tages EKG, som ikke viser forandringer og pt sendes hjem. Dagen efter kontakter manden egen læge på grund af fortsatte brystsmerter. Der laves igen EKG, som er uden forandringer. Dagen efter henvender han sig igen til egen læge med forværring af brystsmerter. Der tages EKG, som nu viser forandringer og han indlægges. Her findes markant forhøjede koronarmarkører og udtalte forandringer i EKG.

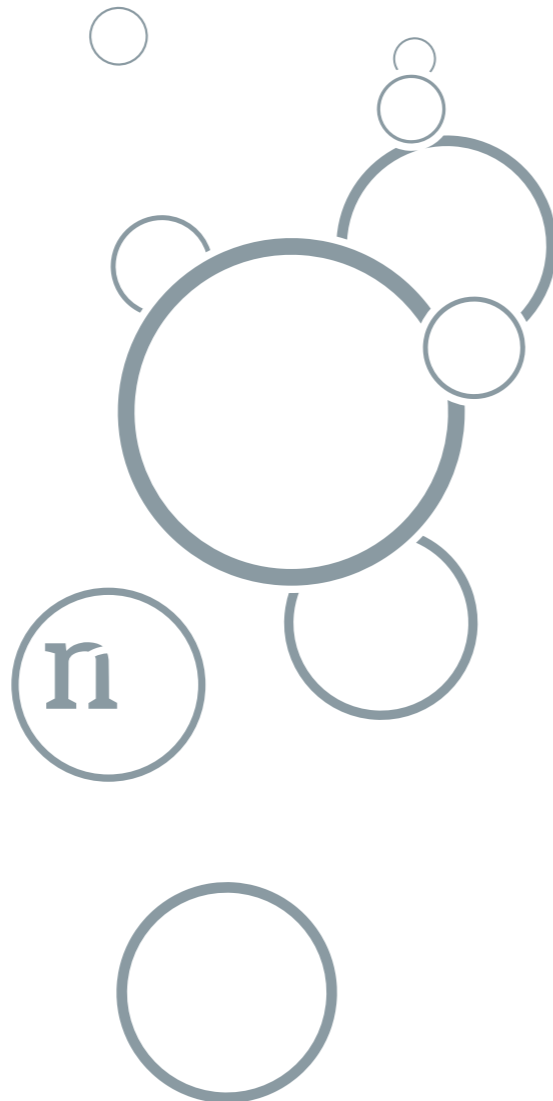
Manden er disponeret for AKS med en mor, der havde AKS som 55 årig. Desuden arbejder han som lastbilchauffør med stillesiddende arbejde og er kendt med forhøjet kolesteroltal.

### Læring

Rapportøren angiver vigtigheden af, at se på den hele patient og dennes risikofaktorer samt stole på patientens symptombeskrivelse til trods for manglende kliniske fund.

Der bør altid ske indlæggelse ved mistanke om AKS.

Læs mere om brystsmerter i lægehåndbogen



## Overset glukosebelastning hos gravid

### Case

Hos gravid med tidligere udvikling af diabetes i forbindelse med graviditet findes ved stix på hospital sukker i urinen. Der aftales efterfølgende sukkerbelastning hos egen læge. Her er der tydelig forhøjet blodsukker. Dette overses og patienten modtager ikke behandling.

Den manglende behandling kan føre til; Svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel samt gulsot og lavt blodsukker hos barn.

### Forslag til forebyggelse

At det fremgår som en fast diagnose i journalen, at der tidligere er udviklet diabetes ved graviditet

At der sikres opfølgning på blodprøver, eksempelvis ved at lægge hukommelse ind i klinikens tidsskema ved glukosebelastning, og at patienten er informeret om selv at efterspørge svar. Lævnfør anbefalinger i Anbefalinger for Svangreomsorgen fra Sundhedsstyrelsen anbefales sukkerbelastning hos alle gravide med tidligere diabetes i forbindelse med graviditet. Dette skal foretages i uge 14. - 20. uge samt 27. - 30. uge.



## Mærkning af prøver

Nedenstående hændelserne er rapporteret fra Patologisk Institut og Klinisk Biokemisk Afdeling.

### Case 1

Uoverensstemmelse mellem materialeangivelse på prøve og rekvisition.

### Case 2

CPR-nr. og navn mangler på prøve.

Konsekvenser ved forkert mærkning af prøver er ofte at patienten skal have taget en ny prøve, hvilket forlænger svartiden og eventuel behandling af positive fund.

### Forslag til forebyggelse

- Bede patienten om cpr-nr. i forbindelse med udskrivelse af WebReq
- Påsæt mærkater på prøveglas før prøvetagning

### Case 3

En blodprøve som var taget på besøg blev mærket med forkert CPR nummer.

Blodprøven var meget skæv med dårlige nyretal, og fejlen blev opdaget nogle timer senere og patienten blev indlagt, men senere samme dag end han ellers ville være blevet.

### Forslag til forebyggelse

Der er udarbejdet en ændret arbejdsgang i klinikken, hvor der ved alle besøg, hvor man ikke på forhånd ved, at der skal tages blodprøver, indskrives CPR-nummer (som patienten siger højt) på en label som påhæftes blodprøveglasset.

Når man kommer retur til klinikken og prøven skal rekvireres i Webreq, kontrolleres overensstemmelse mellem disse 2 CRP numre inden Webreq sedlen påhæftes, og prøven sendes.

## Fiksering af vævsprøver til Patologisk Institut

### Case 1

Prøvematerialet modtages uden formalin. Manglende fiksering medføre forrådnelse af vævet, hvilket vil gøre materialet uegnet til diagnostik.

### Case 2

Rekvirenten har brugt en beholder, hvor vævsprøve er presset ned i, og der er ikke tilstrækkelig mængde formalin heri. Vævet skal være dækket af formalin. Hvis vævet ikke er dækket af formalin, vil vævet ikke blive fikseret tilstrækkeligt. Konsekvens af dårlig fiksering er at det ikke vil være muligt at stille en diagnose på prøven.

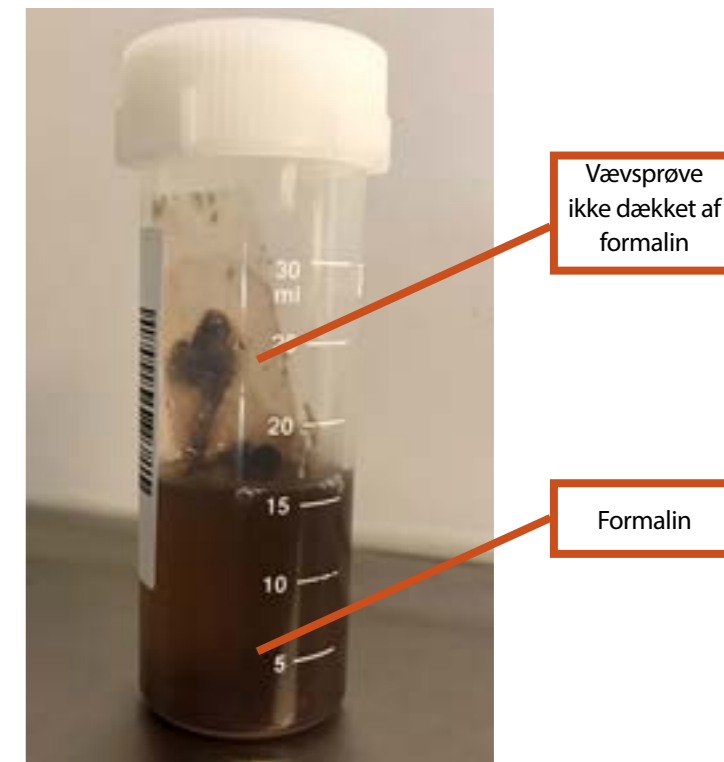
### Case 3

Der modtages formalinglas, hvor låget ikke er tilslutningstæt. Formalin er sundhedsskadelig og kræftfremkaldende. Konsekvens ved at låget ikke er tæt er, at formalin siver ud og vævsprøven ikke får fiksering.

### Læring

På baggrund af mange rapporterede hændelser omhandlende forkert forsendelse af vævsprøver har Patologisk Institut ændret teksten i laboratorievejledningen vedrørende forsendelse, så det nu er klart beskrevet, at:

- Materialet lægges hurtigst muligt i 10 % neutral buffet formalin.



- Beholderen skal være så stor, at vævet ikke tager form efter den.
- Materialet skal være dækket af formalin.
- Beholderen mærkes på siden – ikke på låget.
- Beholderen skal lukkes omhyggeligt.

## Patientidentifikation ved bestilling af prøver

Der rapporteres hver uge hændelser, hvor der i forbindelse med prøver og undersøgelser er sket forveksling af patienter.

### Case 1

"Der er bestilt analyse af øjenpodning i WebReq på forkert patient. Det indløbne prøvesvar bliver derfor registreret i forkert patients laboratorieskema. Modsat mangler vi podesvar på den podede patient. Denne patient blev podet igen".

Den involverede læge giver følgende forslag til forebyggelse:

- At man får lukket ned i patientsystemet for irrelevante patienter, når man bestiller i WebReq.
- Dobbelttjekke, når klistermærke sættes på præparat, at det er korrekt patient.

### Case 2

"Udleveret WebReq seddel med forkert navn til patienten".

Den involverede læge giver følgende forslag til forebyggelse:

- Opmærksomhed på kun at have en patient aktiv på skærmen.
- Tjekke cpr-nummer ved udlevering af WebReq seddel.

### Case 3

Hændelsen er opdaget og rapporteret af Klinisk Biokemisk Afdeling.

"Hos læge er der blevet udført venepunktur på en patient, men WebReq rekvisitionen tilhørte en anden patient. Klinik Biokemisk Afdeling opdager fejlen, idet der er indsendt to gange Li-heparin rør og to gange EDTA rør med samme stregkode (dvs. WebReq er blevet udskrevet to gange i praksis). Ved analysering kan vi se ud fra resultaterne, at det ikke stammer fra samme patient. Almen praksis orienteres og der skal foretages en ny venepunktur på den rette patient".

Klinisk Biokemisk Afdeling giver følgende forslag til forebyggelse:

- Husk altid at udføre identifikation ud fra WebReq rekvisitionen.
- Anvend korrekt procedure ved patientidentifikation.

## Patientidentifikation ved afgivelse af svar

### Case 1

"Der blev taget to podninger ved undersøgelse. Efterfølgende viste det sig, at den ene var med det forkerte cpr-nummer. Fejlen blev opdaget ved tilbagemeldingen til patienten hvor der kun var svar på den ene prøve.

Svaret på den anden prøve tilgik en forkert patient.

### Case 2

Urin fra ældre dame skal sendes til D+R. WebReq rekvisitionen laves i anden patients navn (barn). Forvekslingen sker i forbindelse med valg af patient ved oprettelse af WebReq. Svar på D+R gives til barnets mor, som fortæller at der ikke er indleveret urinprøve. Barnets forældre bliver unødigt forstyrret med svar, som ikke angik deres søn.

Afgivelse af forkert svar til patient hænger ofte sammen med fejl ved bestilling og mærkning af prøver.

### Forslag til forebyggelse

- Kontrol af navn og CPR nr. på både prøvesvar og patient før afgivelse af svar.

Der er rapporteret 60 uth i 2018 i forbindelse med prøver og undersøgelser hvor der sket forveksling af patienter.



# Tilbud om gennemførelse af hændelsesanalyse ved UTH

Når der opstår en utilsigtet hændelse er det en oplagt mulighed for at arbejde med patientsikkerhed og kvalitet i almen praksis. Alle praksis i Region Nordjylland kan få hjælp fra den regionale risikomanager for praksisområdet og praksiskonsulenten for UTH til at foretage en hændelsesanalyse af utilsigtede hændelser – dette uanset alvorlighedsgraden af hændelsen. Formålet med at lave en hændelsesanalyse er at arbejde konstruktivt med den opfølgende indsats for at sikre, at lignende hændelser ikke gentager sig. Analysen gennemføres ved hjælp af følgende fire spørgsmål, som medvirker til at afdække hændelsen:

1. Hvad sket der?
2. Hvordan kunne det ske?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi?

En hændelsesanalyse vil således munde ud i forandringer til det bedre – eksempelvis i form af justeringer af eksisterende rutiner eller indførelse af nye arbejdsgange. Hvis praksis ønsker at benytte sig af tilbuddet, kontaktes den regionale risikomanager – kontaktoplysningerne fremgår af bagsiden.

Ved dødelige utilsigtede hændelser vil UTH koordinatoren og den regionale risikomanager for praksisområdet i fællesskab - og meget gerne med deltagelse af den involverede læge - altid gennemføre en dybdegående hændelsesanalyse. I de tilfælde, hvor der er tale om en utilsigtet hændelse, der går på tværs af sektorer, vil alle involverede aktører/partner blive inviteret til at deltage ved et fælles analysemøde.

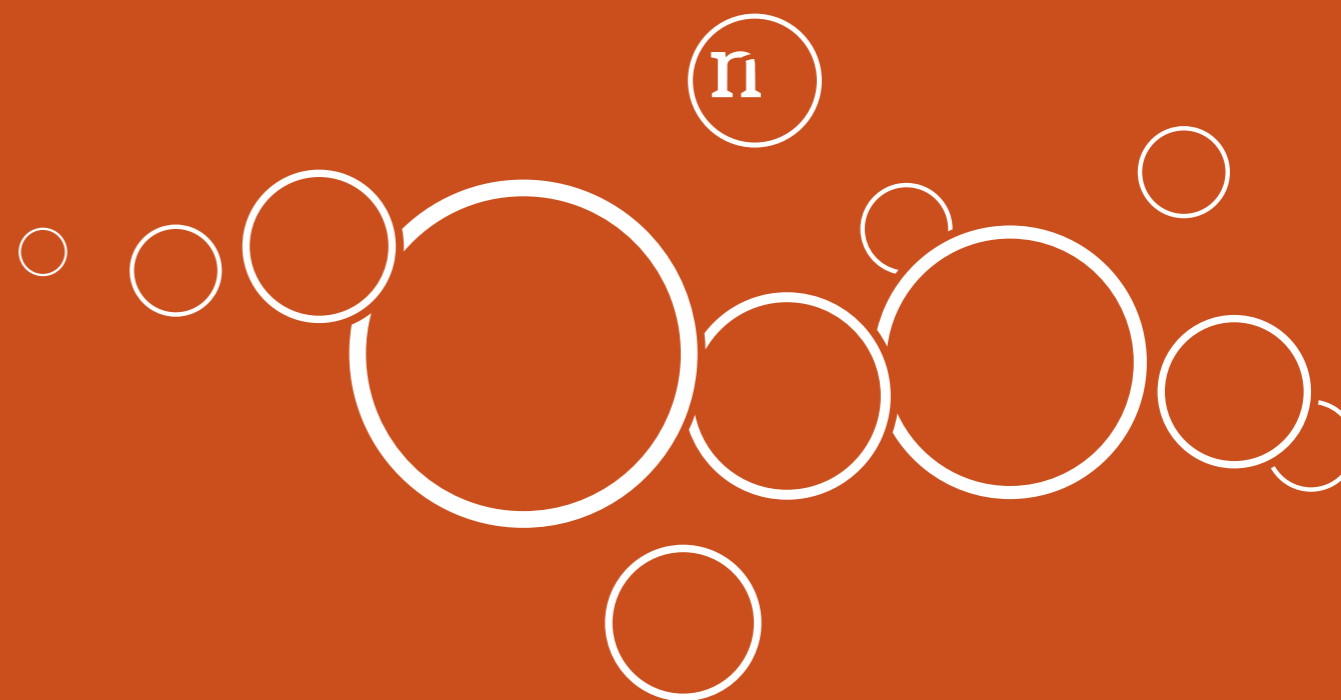
# Rapporteringer fra patienter og pårørende

Det er vigtigt, at patienter og de pårørende rapporterer utilsigtede hændelser, idet de oplever hele patientens forløb og derfor kan hjælpe almen praksis til at se tingene mere sammenhængende og fra nye vinkler.

Patienter og pårørende kan rapportere utilsigtede hændelser, der er sket hos den praktiserende læge, på hospitaler, i plejebolig, i hjemmeplejen eller et helt andet sted inden for sundhedsvæsenet.

Styrelsen for Patientsikkerhed lancerede den 1. november 2018 kampagnen Hjælp os med at blive endnu bedre!, der informerer patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

Når patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser, får vi med andre ord ny viden, der anvendes til læring og forbedring af patientsikkerheden i almen praksis.



# Folkene bag hæftet



Mette Dyrholm Hundsholt  
- regional risikomanager for Praksisområdet,  
Region Nordjylland,  
m.hundsholt@rn.dk



Camilla Hoff Dahl  
- specialkonsulent for Praksisområdet,  
Region Nordjylland,  
cahd@rn.dk



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



Karen Margrete Bjerre  
- alment praktiserende læge og Nord-KAP  
praksiskonsulent for UTH,



Claus Bendtsen  
- administrativ UTH sagsbehandler for  
Praksisområdet, Region Nordjylland,  
claus.bendtsen@rn.dk



Anne Sofie Mørk Puggaard  
- udviklingskonsulent,  
Nord-KAP,  
annpug@rn.dk



REGION NORDJYLLAND  
- i gode hænder



UTH  
Patientsikkerhed