

Feil pasient ble behandlet

Oktober 2016

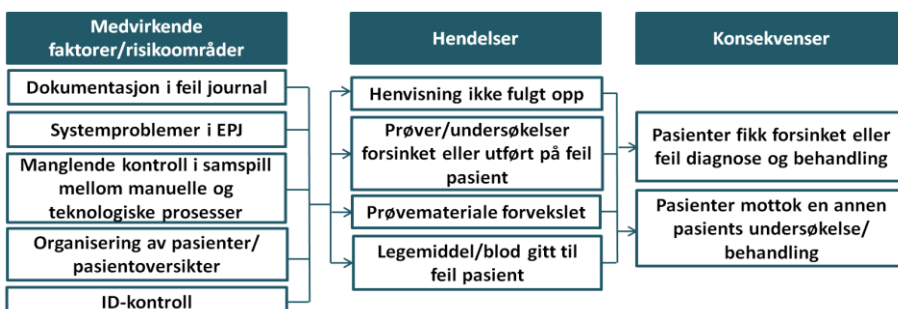
Pasienter på sykehus ble forvekslet på grunn av feil ved journalføring og/eller manglende eller feil ved identitetskontroll. Dette medførte at pasienter fikk feil diagnose, forsinket behandling eller at undersøkelse, observasjon og behandling ble utført på feil pasient. Utvikling av velfungerende interaksjon mellom manuelle oppgaver, teknologiske systemer og en organisering som støtter disse prosessene, kan bedre pasientsikkerheten.

Fra 2012 har Meldeordningen mottatt rundt 35 meldinger månedlig om at pasienter ble forvekslet slik at feil pasient ble behandlet. Vi peker her på noen fellestrekk i de 631 meldingene som omhandlet dette og som ble meldt i perioden januar 2015 – juni 2016.

Forveksling skjedde på ulike måter, i ulike prosesser og rammet pasienter på forskjellig vis. Hendelser som forekom ofte var:

- Henvisninger ikke fulgt opp
- Prøver, undersøkelser og behandling forsinket, ikke utført eller gjort på feil pasient
- Prøvemateriale forvekslet og feil prøvesvar utgitt
- Legemiddel/blod til feil pasient

Problemer og avvik knyttet til dokumentasjon og ID-kontroll var områder som hyppig medvirket til disse hendelsene. Sammenhengen mellom disse faktorene er vist i figuren under og risikoområdene beskrives nærmere i det følgende.



DOKUMENTASJON

Forveksling knyttet til dokumentasjon omhandlet disse områdene:

- Dokumentasjon i feil journal
- Systemproblemer i elektronisk pasientjournal (EPJ)
- Manuelle prosesser ved prøvetaking og dokumentasjon
- Organisering av pasientoversikter

DOKUMENTASJON I FEIL JOURNAL

Mange meldinger beskrev at dokumenter ble skrevet inn på feil pasient, enten fordi datasystemet «hang» og/eller det var forrige pasients journal som var oppe.

FEIL JOURNAL OPPE

” Korrekt pasient ble tatt ned til artroskopisk skylling av infisert kne. Det ble da ikke oppdaget at pasientjournalen som var oppe og pasienten som ble operert var forskjellige til tross for at det ble tatt timeout (i datasystemet). Time out har ikke fungert tilfredsstillende.

FORSINKET OPPFØLGING AV MALIGNT MELANOM

” Det skal gjøres CT-undersøkelse som et ledd i oppfølging av malignt melanom. Undersøkelsen ble bestilt på pasienten som var før på pasientlisten. Det ble ikke sjekket tilstrekkelig at man stod på riktig pasient når man bestilte. Oppfølgingen av pasienten med malignt melanom ble forsinket.

SYSTEMPROBLEMER I EPJ

Et hyppig beskrevet problem var manglende integrasjon mellom ulike datasystemer. Diktater må ofte manuelt klippes/limes inn fra verktøyet for talegjenkjenning og inn i journalen. Dette innebærer risiko for sammenblanding av pasienter og prøvenummer. Forveksling av prøvesvar og bildediagnostiske undersøkelser kan få alvorlige konsekvenser.

PRØVE TIL HISTOLOGISK UNDERSØKELSE PÅ FEIL PASIENT

” Prøve fra fibroadenom fra bryst ble rekvirert og besvart på feil pasient. Patologilab får månedlig feil pasient-ID på elektronisk rekvirerte prøver. Dette tyder på at systemet for elektronisk rekvirering ikke godt nok ivaretar sikring av pasient-ID.

BESLUTNING OM LIVREDDENDE BEHANDLING PÅ FEIL GRUNNLAG

På dagens vurderingsmøte blir tilsendte undersøkelser demonstrert. Det gjøres dyptgripende avgjørelser om pasientens videre behandling. Undersøkelsen til en annen pasient ble koblet til ovennevnte pasient, det ble tilfeldigvis avdekket fordi en annen pasient på samme møte var koblet med sine korrekte bilder. Hadde ikke dette tilfeldigvis blitt oppdaget, kunne pasienten blitt avslått fra livreddende behandling. Det bør ikke være mulig å koble bildediagnostiske undersøkelser til andre pasienter enn den undersøkelsen er utført på.

MANGLENDE KONTROLL I SAMSPILL MELLOM MANUELLE OG TEKNOLOGISKE PROSESSER

Henvisninger, prøvesvar og forordninger som mottas på papir må skannes inn i EPJ. Sammenblanding av papirdokumenter tilhørende ulike pasienter medførte at henvisninger ble oversett, prøvesvar ble ikke vurdert og beslutninger om behandling ble tatt på feil grunnlag.

SKANNING TIL FEIL JOURNAL

Pasienten ligger klar til MR av lumbalcolumna med kontrast. Jeg forklarer til pasienten at vi skal gi kontrast pga operasjonen han har hatt i ryggen. Han sier at han aldri er operert i ryggen. Det viser seg at henvisningsopplysningene er lagt inn på feil pasient. Henvisningen er skannet inn, og på denne henvisningen er det et annet navn og fødselsnummer.

Manuelle prosesser ved prøvetaking bidro også til forveksling. Feil diagnose ble satt og behandling ble iverksatt på grunn av at prøvesvar var gitt ut på feil pasient.

HJERTEOPERERT BASERT PÅ FEIL PRØVESVAR

En hjertepasient har fått en alvorlig postoperativ infeksjon, tidligere reoperert. Nå innlagt for antibiotikabehandling og observasjon eller reoperasjon med tanke på om infeksjonen blusser opp igjen. Infeksjonsprøvene hadde de siste dagene vært tilnærmet normale. Da blodprøvesvarene kom, viste disse at infeksjonsprøvene var kraftig stigende. Pasienten ble reoperert. Om kvelden ringer de fra laben og informerer om at dagens blodprøver dessverre er forvekslet og kommer fra en annen pasient. Blodprøvene på hjertepasienten viste normale blodprøver.

Manuelle prosesser ved merking av prøver bidro til mange feilmerkede prøver.

FEIL DIAGNOSE

Skriftlig svar på frysesnittundersøkelse ble skrevet inn på en annen pasient og svar sendt ut elektronisk med feil diagnose uten anbefaling om histologisk prøve. Når man skal skrive inn svaret i laboratoriesystemet brukes vanligvis strekkodeleser for å hente opp riktig prøve. Dette er ikke mulig på frysesnitt. Jeg foreslår maskinell avlesning og automatisk overføring av pasient-ID mellom instrument og laboratoriesystem.

ORGANISERING VED TELEMETRI-OVERVÅKNING

Tjueto hendelser omhandlet at feil pasient ble overvåket eller at to pasienters hjerterytmeregistrering ble forvekslet når overvåkingen skjedde ved en annen avdeling enn der pasienten lå. Livreddende behandling ble forsinket.

HJERTESTANS – MEN HVOR ER PASIENTEN?

Asystolialarm på telemetriovervåkingen. Stansteam løper til avdelingen og det rommet som var oppført på telemetriskopet, men denne pasienten ligger og leser avisen. (...) Det var ingen som hadde kontroll over hvilken pasient som har telemetri, og ingen hadde callingen på seg. Vi måtte lete etter riktig pasient. Han fikk forsinket behandling.

IDENTITETSKONTROLL

Mange hendelser omhandlet at ID-bånd ikke var påsatt eller ikke ble benyttet til identifikasjon. Fordi pasientens ID ikke ble sjekket, ble blodprøver og vevsundersøkelser tatt av feil pasient, feil pasient fikk gjennomført bildediagnostiske undersøkelser eller legemiddel/blod ble gitt til feil pasient. Forveksling av pasienter, legemidler og prøvesvar er beskrevet i tidligere læringsnotater fra meldeordningen*.

FORBEDRING PÅ SYSTEMNIVÅ

Standardisering av ID-kontroll og utvikling av kontrollmekanismer ved prøvetaking, analyse og dokumentasjon er viktige satsningsområder for å bedre pasientsikkerheten. Å sikre at korrekt pasient behandles, er avhengig av velfungerende interaksjon mellom manuelle oppgaver, teknologiske systemer og en organisering som støtter disse prosessene.

*https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1187/Identitetsforveksling_legemidler_blod-mai-2016.pdf
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forveksling-av-legemidler>
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/uonskede-pasienthendelser-knyttet-til-manglende-oppfolging-av-prover-og-undersokelser>