

Kunskapsbanksnummer: KB1024375

Datum: 2019-07-03

## Händelseanalys

**Fel patient blodgrupperades av undersköterska**

Mars 2019

Analysledare:

Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB  
Stockholms läns landsting

## Sammanfattning

### Uppdrag och syfte:

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till misstaget uppdagades.

### Händelseförlopp:

En patient (PAT1) kommer med till akutmottagningen med yrsel sedan några dagar. På en annan plats finns en annan patient (PAT2) som skall provtagas med rutinprover. Undersköterskan (USK) på det vårdlaget skall ta proverna och väljer att, på eget initiativ, komplettera med att ta blodgruppering och bastest. Ingen ID-kontroll görs vid provtagningen varvid PAT2 provtas med PAT1:s personnummer.

Sjuksköterska med ledningsansvar (SLA) blir uppmärksam på detta då blodcentralen har uppmärksammat att den nya blodgrupperingen inte stämde med den som fanns tidigare i systemet. SLA och blodcentralen makulerade den felaktigt tagna blodgrupperingen samt blodgrupperade PAT1 och denna blodgruppering stämde med den tidigare.

USK blir även väl informerad att blodgruppering och bastest omgärdas av ett regelverk (SOSFS 2009:29) och det inte är en arbetsuppgift för undersköterskor på akuten.

### Resultat:

Bedömningen är att detta inte hade inträffat om gällande riktlinjer följts. Patienten har varit utsatt för risk för vårdskada pga. felaktig utförd provtagning. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall, då den uppmärksammades kvickt. Patienten var ej heller kandidat för blodtransfusion vid det aktuella vårdtillfället.

### Bakomliggande orsaker/åtgärdsförslag:

De bakomliggande orsakerna som identifierades återfanns inom grupperna "*Procedurer/rutiner & riktlinjer*". Två åtgärdsförslag är att kommunicera och diskutera denna händelse i medarbetargruppen samt att förtydliga att alltid arbeta efter gällande riktlinjer.

### Bifynd:

Positivt bifynd att kontrollfunktionen hos blodcentralen fungerade. Denna patient var dock aldrig påtänkt för blodtransfusion vid detta vårdtillfälle, men utan blodcentralens agerande hade fel blodgrupp legat kvar i patientjournalen och kunnat utgöra fara framledes.

## Innehållsförteckning

|  |   |
|--|---|
| .....  | 2 |
| 1 Uppdrag.....                                       | 4 |
| 1.1 Uppdragsgivare.....                              | 4 |
| 1.2 Uppdrags- och startdatum .....                   | 4 |
| 1.3 Återföringsdatum .....                           | 4 |
| 2 Deltagare i analysteam .....                       | 4 |
| 3 Metodik .....                                      | 4 |
| 4 Resultat.....                                      | 5 |
| 4.1 Händelseförlopp .....                            | 5 |
| 4.2 Bakomliggande orsaker .....                      | 5 |
| 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker.....           | 6 |
| 4.4 Riskbedömning .....                              | 6 |
| 4.5 Händelser av liknande art i verksamheten .....   | 6 |
| 4.6 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader ..... | 6 |
| 4.7 Åtgärdsförslag.....                              | 6 |
| 5 Tidsåtgång .....                                   | 6 |
| 6 Uppdragsgivarens kommentarer.....                  | 7 |
| 6.1 Åtgärder.....                                    | 7 |
| 6.2 Återkoppling .....                               | 7 |
| 6.3 Uppföljning .....                                | 7 |
| 7 Ordförklaringar .....                              | 8 |
| 8 Bilagor.....                                       | 9 |

## 1 Uppdrag

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till misstaget uppdagades.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB  
Stockholms läns landsting

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-07-03

Startdatum: 2019-07-03

### 1.3 Återföringsdatum

2019-07-09

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

#### Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska  
Analysteammedlem / Läkare  
Vice analysledare / Sjuksköterska  
Dok.ansvarig / Läkare + LANS-läkare  
Analysteammedlem / Sjuksköterska

#### Enhet

Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB/Medicinkliniken  
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

- Kunskapsbanken
- Internutredning eller motsvarande

## 4 Resultat

Patienten har varit utsatt för risk för vårdskada pga. felaktig utförd provtagning. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall, då den uppmärksammades kvickt. Patienten var ej heller kandidat för blodtransfusion vid det aktuella vårdtillfället.

### 4.1 Händelseförlopp

Torsdag kl. 10.42

Patienten (PAT1) skrivs in pga yrsel. På ett annat ställe på akutmottagningen finns en annan patient (PAT2) som skall provtas. USK ämnar ta blodprover på PAT2 men använder provtagningsetiketter på PAT1 och kontrollerar inte identiteten på patienter.

1.

ca 11–13

SLA blev kontaktad av blodcentralen att ny blodgruppering ej stämde med gammal dito.

#### Felhändelse

Förväxling av patient, då identitetskontroll ej utfördes.

2.

ca 11–13

Blodtagningscentralen och SLA styrde upp att prover makulerades och nya togs.

3.

ca 11–13

SLA kontaktade USK och påtalade att blodgruppering och bastestprovtagning är sjuksköterskeuppgifter på akutkliniken, samt att identitetskontroll alltid skall göras på samtliga provtagningar.

### 4.2 Bakomliggande orsaker

#### Omgivning & organisation

Kontrollfunktion hos blodcentralen fungerade bra, vilket ledde till att blodgrupperingsfelet upptäcktes.

#### Procedurer/rutiner & riktlinjer

Gällande rutin har ej följts avseende ID-kontroll.

#### Utbildning & kompetens

Bristande kunskap/inskolning gällande arbetsuppgifter relaterade till yrkesroll.

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Positivt bifynd att kontrollfunktionen hos blodcentralen fungerade. Denna patient var dock aldrig påtänkt för blodtransfusion vid detta vårdtillfälle, men utan blodcentralens agerande hade fel blodgrupp legat kvar i patientjournalen och kunnat utgöra fara framledes.

### 4.4 Riskbedömning

Patienten har varit utsatt för risk för vårdskada pga. felaktig utförd provtagning. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall, då den uppmärksammades kvickt. Patienten var ej heller kandidat för blodtransfusion vid det aktuella vårdtillfället.

### 4.5 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har identifierat flera läkemedelshändelser och provtagningshändelser där man brustit i kontroll av identitet. Akutkliniken analyserar alla dessa för att belysa vikten av att alltid följa aktuella riktlinjer.

### 4.6 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga andra extra kostnader annat än den extra provtagningen.

### 4.7 Åtgärdsförslag

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Blodcentralen uppmärksammade misstaget varvid de felaktiga uppgifterna makulerades ur journalen.

| Vad  | Detaljer                         | Ansvarig | Klart |
|--|----------------------------------|----------|-------|
| Informera om händelsen   | På personalmöte samt på intranät | PSC AKM  | 3Q19  |
| Aktualisera riktlinje om kontroll av identitet samt provtagning. | På personalmöte samt på check-in | SAS AKM  | 3Q19  |

## 5 Tidsåtgång

| Tidsåtgång                                      | Tid i timmar |
|---|--------------|
| För analysledare                                | 3            |
| För analysteam                                  | 4            |
| För involverade (intervjuer, återkoppling etc.) | 1            |
| SUMMA   | 8            |

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Samtliga åtgärdsförslag är relevanta. Åtgärdsförslagen berör akutkliniken och dessa ansvarar vi för själva. En ansvarsfördelning och tidplan är gjord och denna tycker jag är relevant.

### **6.2 Återkoppling**

Analysen lämnas till chefläkare på sjukhuset tar ställning till om en anmälan enligt Lex Maria ska göras. Utredningen kommer att återföras till medarbetarna på APT eller liknande samt därefter kommuniceras ut på akutkliniken egen hemsida.

### **6.3 Uppföljning**

Tidpunkterna för införandet av åtgärder framkommer i analysen. Uppföljning att så har skett och vad de gett kommer att ske i samband med bokslut 4Q19 av patientsäkerhetscontroller och verksamhetschef på akutkliniken.

## 7 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

|                     |   |
|---------------------|---|
| Vårdskada           | Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659) |
| Allvarlig vårdskada | Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som<br>1. är bestående och inte ringa, eller<br>2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)          |
| Negativ händelse    | Händelse som medfört skada/vårdskada  |
| Tillbud             | Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada  |
| Risk                | Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)  |
| Bakomliggande orsak | Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk   |
| Händelseanalys      | Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud   |
| Felhändelse         | Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse  |
| Vårdskadekostnader  | De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå   |
| LANS-läkare         | Läkemedelsansvarig läkare   |



## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf