

Kunskapsbanksnummer: KB20861

Datum: 2019-07-02

Händelseanalys

Sjuksköterska ger blodtransfusion efter undersköterskeordination

Analysledare:

Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Uppdrag och syfte:

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelser ej skall inträffa igen. Händelseförloppet avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

Händelseförlopp:

En patient kommer med ambulans till akutmottagningen pga. spontanblödning i bröstkorgen. Efter läkarundersökning på ortopedakuten förflyttas patienten från ortopedsektionen till medicinsektionen av ortopedundersköterska (USK). Patientansvarig sjuksköterska (PAS) ser i aktiviteter på akutuppgifterna, där USK skrivit in "2 Ekonc beställt" och startar blodtransfusionen med den första av blodpåsarna. Sjuksköterska med ledningsansvar (SLA) ser detta och informerar PAS att det inte finns någon läkarordination på blodet utan det är en USK som skrivit in detta. PAS svarar då att det är "ju en van USK:a" som skrivit detta. I efterhand kontakter PAS ortopedläkaren som efter 30 minuter lägger in ordinationen i journalsystemets läkemedelsmodul. PAS korrigerar i efterhand uppgifterna i aktiviteterna.

Resultat:

Analysen visar att PAS ej följt gällande rutin vid administrering av blodtransfusion eller läkemedel generellt. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

PAS är anställd av ett externt bemanningsföretag. Dock menar analysteamet att administrera läkemedel i allmänhet och blodtransfusion i synnerhet är sjuksköterskeuppgifter som är allmän kunskap och inget som är specifikt för akutkliniken, varför PAS skall kunna detta oavsett var PAS arbetar.

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. Vidare bör den pilot-workshop om läkemedel för nya sjuksköterskor breddinföras på sjukhuset då alla sjuksköterskor får ta del av den. Akutkliniken har även observerat problemen med muntliga ordinationer som ofta ligger till grund för felaktig hantering/administrering och påtalat vikten av att arbeta med skriftliga ordinationer.

Innehållsförteckning

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	6
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	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelser ej skall inträffa igen. Händelseförloppet avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-07-01

Startdatum: 2019-07-01

1.3 Återföringsdatum

2019-07-09

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Analysteammedlem / Läkare	Danderyds sjukhus AB/Medicinkliniken
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Vice analysledare / Läkare + LANS-läkare	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Dok.ansvarig / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Manualer/bruksanvisningar
- Riktlinjer/rutiner

- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

Analysen PAS ej följt gällande rutin vid administrering av blodtransfusion eller läkemedel generellt. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

PAS är anställd av ett externt bemanningsföretag. Dock menar analysteamet att administrera läkemedel i allmänhet och blodtransfusion i synnerhet är sjuksköterskeuppgifter som är allmän kunskap och inget som är specifikt för akutkliniken, varför PAS skall kunna detta oavsett var PAS arbetar.

4.1 Händelseförlopp

Onsdag kl. 21:30

Patienten skrivs in på ortopedakuten pga spontanblödning i bröstkorgen. Flyttas över till medicinakuten.

1.

Torsdag Kl. 05:44

Patient anländer till medicinakuten. Under aktiviteter i akutuppgifter har USK skrivit "2 Ekonc beställt" (kl. 05:29)

2.

kl. 06:01

PAS skriver i aktiviteter "Påse 1 pågår"

Felhändelse

PAS sätter blodet fast det inte finns en läkarordination på blodet.

3.

Kl. 06:05

SLA informerar PAS att det inte finns någon ordination. Skriver även detta i aktiviteter i akutuppgifterna. PAS svarar att USK som skrivit in detta är ju en "van" undersköterska.

4.

Kl. 06:22

Ortopedläkare skriver in ordinationen efter att ha blivit påmind av PAS.

Kl. 13:06

Patienten skrivs ut till vårdavdelning och mår bra.

4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

PAS har inte följt gällande regler och riktlinjer angående blodtransfusion (eller läkemedel generellt).

Utbildning & kompetens

PAS har ringa kunskaper om blodtransfusion och dess regler. PAS är anställd av ett externt bemanningsföretag vilket betydligt försvårar för akuten att se individens kunskapsbehov. Detta åligger förvisso den egna organisationen.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga funna.

4.4 Riskbedömning

Analysen visar att patienten har fått ett icke ordinerat läkemedel då SSK ej följt gällande rutin vid administrering av blodtransfusion eller läkemedel generellt. Patientens har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

4.5 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har identifierat flera läkemedelshändelser där man tagit fel läkemedel, administrerat läkemedel till fel patient samt administrerat fel dos. Akutkliniken analyserar samtliga avvikelser gällande läkemedel för att belysa vikten av att alltid följa riktlinjer vid hantering av läkemedel. Akutkliniken har även observerat problemen med muntliga ordinationer som ofta ligger till grund för felaktig hantering/administrering och påtalat vikten av att arbeta med skriftliga ordinationer. Akutkliniken ser även ett flertal avvikelser där sjuksköterskor anställda av externa bemanningsföretag varit involverade. Detta försvårar den interna kontrollen över individuellt utbildningsbehov likväl som att det försvårar analysarbetet då medarbetarna ej är tillgängliga för dylik process.

4.6 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat.

4.7 Åtgärdsförslag

- Breddinföra workshop angående läkemedel för alla sjuksköterskor på akuten.
- Generell uppdatering av akutens medarbetare angående riktlinjer samt dess betydelse.
- Externt bemanningsföretag bör utbilda personalen på bred front.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Informera om händelsen	På personalmöte samt på intranät	PSC AKM	3Q19
Aktualisera riktlinje om läkemedel och kommunikation enligt SBAR.	På personalmöte samt på check-in	SAS AKM	Redan genomfört

Workshop angående LM	Breddinföra den pilot som genomförts på medicinkliniken	VC AKM eskalerar önskan till DSLG	Redan genomfört
----------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

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. Förslaget om workshops för sjuksköterskor kommer att, ånyo, aktualiseras för sjukhusledningen. 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 1. är bestående och inte ringa, eller 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