

Datum: 2018-01-17

Händelseanalys

Misstänkt sepsis

Oktober 2017

Analysledare:

Område 6 Sahlgrenska Universitetssjukhuset Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att identifiera orsaker till beskriven händelse, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning.

Patienten söker akutmottagningen efter några dagars feber i hemmet. Medicinläkare på akuten misstänker att patienten drabbats av sepsis och patienten läggs in på vårdavdelning för fortsatt behandling och övervakning. Patienten uppvisar ett gott allmäntillstånd under natten och är uppegående trots svikt i flera mätbara vitalparametrar. Patientens låga blodtryck behandlas under natten med flertalet liter intravenös vätska. Under natten råder brister i utvärdering på given behandling samt uppföljning av patientens sjukdomsförlopp. På morgonen är patienten försämrad i andning, blodprover och en mycket dålig urinproduktion uppdagas. Patienten flyttas till avdelning med högre vårdnivå. Det sviktande tillståndet utvecklas dock åt fel håll och patienten avlider på intensivvården tre dygn efter ankomst till akuten.

Bakomliggande orsaker och felhändelser i förloppet har identifierats:

- Bristande kommunikation mellan och inom personalgrupper
- Bristande följsamhet till rutiner
- Bristande skriftlig arbetsbeskrivning för husjournrollen
- Bristande dokumenterad övervakning av vitala parametrar
- Bristande uppföljning av given behandling

Åtgärdsförslag

- Översyn av rutin gällande rapportering mellan inläggningsläkare på akuten och ansvarig vårdavdelningsläkare/husjour.
- Fortsatt arbete med att utforma beslutsstöd för medarbetarna på vårdavdelningen gällande vanligt förekommande sjukdomstillstånd.
- Information och utbildning till medarbetare om vikten av att följa rutin för att strukturerat och standardiserat mäta vitalparametrar samt att följa dess kopplade åtgärder (NEWS).
- Säkerställa informationsspridning och kontinuerlig utbildning i patientsäkerhetsfrågor genom fortsatt arbete i verksamhetens patientsäkerhetsgrupp.
- Införa teknisk stödfunktion via en app, vilket möjliggör för medarbetarna att

journalföra vitalparametrar "bedside" på vårdrummet.

- Strukturerade utbildningsinsatser/workshops för medarbetarna i kommunikation enligt SBAR.
- Upprätta en arbetsbeskrivning för husjours-funktionen.

- **Innehållsförteckning**

<u>1</u>	<u>Uppdrag</u>	4
<u>1.1</u>	<u>Uppdragsgivare</u>	4
<u>1.2</u>	<u>Uppdrags- och startdatum</u>	4
<u>1.3</u>	<u>Återföringsdatum</u>	4
<u>2</u>	<u>Deltagare i analysteam</u>	4
<u>3</u>	<u>Metodik</u>	5
<u>4</u>	<u>Resultat</u>	5
<u>4.1</u>	<u>Händelseförlopp</u>	5
<u>4.2</u>	<u>Bakomliggande orsaker</u>	6
<u>4.5</u>	<u>Åtgärdsförslag</u>	7
<u>5</u>	<u>Tidsåtgång</u>	7
<u>6</u>	<u>Uppdragsgivarens kommentarer</u>	8
<u>6.1</u>	<u>Åtgärder</u>	8
<u>6.2</u>	<u>Återkoppling</u>	8
<u>6.3</u>	<u>Uppföljning</u>	8
<u>7</u>	<u>Ordförklaringar</u>	9
<u>8</u>	<u>Bilagor</u>	10

1 Uppdrag

Analysledaren ges i uppdrag att leda en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen. Analysledaren föreslår lämpliga medarbetare för deltagande i händelseanalysen.

1.1 Uppdragsgivare

Bitr. Verksamhetschef
Medicinkliniken, Område 6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-07

Startdatum: 2017-12-12

1.3 Återföringsdatum

180327

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin Sahlgrenska
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin
Teammedlem/Sjuksköterska	Sahlgrenska Sahlgrenska
Teammedlem/Specialistläkare	Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin Sahlgrenska Sahlgrenska Universitetssjukhus/Område 6/Medicin Sahlgrenska

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport - Intervju med direkt/indirekt involverad personal -
Journalhandlingar - Riktlinjer/rutiner - Internutredning eller motsvarande

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Patienten söker akuten i början av oktober månad efter fem dagars feber och frossa i hemmet.

1. Patienten ankommer akuten på eftermiddagen med ambulans. Erhåller vid triagering den högsta medicinska prioritet (röd) på grund av sviktande vitalparametrar.

2. Undersöks i det närmaste omgående av medicinläkare. Läkaren misstänker sepsis baserat på symtombild, vitalparametrar samt blodprovssvar och sätter in behandling i form av antibiotika och vätska. Beslut om inläggning på vårdavdelning.

Felhändelse: Ansvarig vårdavdelningsläkare får ej kännedom om patienten eftersom inläggningsläkare ej ringer och rapporterar patienten. Läkarna rapporterar inte rutinmässigt patienter till varandra.

3. Patienten kommer till vårdavdelning efter två timmar på akuten. Patienten är smärtfri, uppegående men sepsismisstanken kvarstår. Patienten kopplas upp på hjärtrytms-övervakning samt erhåller mer dropp.

4. Patienten övervakas under natten via hjärtövervakning. Hjärtfrekvens runt 100 utan arytmier och patienten har en hög andningsfrekvens. Blodtryck är runt 80-100. Inget blodtryck finns dock dokumenterat förrän efter kl 06.

Felhändelse: Bristfällig dokumenterad övervakning och uppföljning av patientens vitalparametrar.

5. Under natten erhåller patienten fyra till fem liter intravenös vätska. Telefonkontakt mellan husjourläkare och nattsjuksköterska angående vätskebehandling sker men dokumenteras inte. Utvärdering av given behandling dokumenteras inte i patientjournalen.

Felhändelse: Ingen dokumenterad uppföljning på given behandling under natten.

6. Vid kontroll på morgonen upplever patienten sig ha sämre andning. Sjuksköterskan uppmärksammar att patienten under natten haft mycket dålig urinproduktion samt är försämrad i vissa blodprover. Sjuksköterskan lyssnar på patientens lungor och hen hör orena andningsljud så kallade rassel. Jour informeras men samtalet leder inte till

någon åtgärd.

Felhändelse: Patienten rapporteras som försämrad till jouren som inte gör en ny bedömning av patienten.

7. Vid skiftbyte på morgonen uppmärksammas att patienten är försämrad och flyttas då till avdelning med högre vårdnivå och fåtalet timmar senare till intensivvården.

8. Patienten avlider två dygn senare på intensivvårdsavdelning.

4.2 Bakomliggande orsaker

Identifierade bakomliggande orsaker till händelsens utveckling.

Kommunikation & information

Ansvarig vårdenhetsläkare på natten är husjouren. Patienten har inte rapporterats från inläggande läkare på akuten. Potentiellt dåliga patienter bör rapporteras direkt från akutens läkare till husjour.

Bristande kommunikation mellan sjuksköterskan på vårdavdelningen och husjour. Jouren har inte uppfattat att patienten vårdas för sepsismissstanke.

Omgivning & organisation

Husjouren ansvarar på jourtid över många patienter på flertalet avdelningar utspridda på fysiskt olika platser på sjukhuset. En tydlig skriftlig arbetsbeskrivning för husjour saknas.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutin för att följa, utvärdera och åtgärda patienters vitala parametrar har inte följts enligt standardiserat och strukturerat arbetssätt, NEWS (national early warning score).

Bristande dokumentation i patientjournal avseende den kommunikation som skett mellan husjour och sjuksköterska på vårdavdelning.

Teknik, utrustning & apparatur

Otillräckligt digitalt stöd. Uppmätta vitalparametrar måste manuellt skrivas in i journalen vid arbetsstationen på sköterskeexpeditionen. Dokumentation i journalen kan inte ske på vårdrummet på ett smidigt sätt.

Utbildning & kompetens

Otillräcklig erfarenhet hos sjuksköterska för att identifiera risker trots en initialt stabil patient. Sepsismissstanke är ett allvarligt sjukdomstillstånd. Avdelningen har haft en

hög personalomsättning och har en hög andel oerfarna sjuksköterskor i tjänst.

4.3 Åtgärdsförslag

Översyn av rutin gällande rapportering mellan inläggningsläkare på akuten och ansvarig vårdavdelningsläkare/husjour.

Fortsatt arbete med att utforma beslutsstöd för medarbetarna på vårdavdelningen gällande vanligt förekommande sjukdomstillstånd.

Information och utbildning till medarbetare om vikten av att följa rutin för att strukturerat och standardiserat mäta vitalparametrar samt att följa dess kopplade åtgärder (NEWS).

Säkerställa informationsspridning och kontinuerlig utbildning i patientsäkerhetsfrågor genom fortsatt arbete i verksamhetens patientsäkerhetsgrupp.

Införa teknisk stödfunktion via en app, vilket möjliggör för medarbetarna att journalföra vitalparametrar "bedside" på vådrummet.

Strukturerade utbildningsinsatser/workshops för medarbetarna i kommunikation enligt SBAR.

Upprätta en arbetsbeskrivning för husjours-funktionen.

5 Tidsåtgång

Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	75
För analysteam	6
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	82

6 Uppdragsgivarens kommentarer

1. 6.1 Åtgärder

Föreslagna åtgärder är konkreta och ska genomföras. För vissa åtgärder pågår redan ett implementeringsarbete. Stor vikt kommer att läggas vid att utbilda medarbetarna i att använda NEWS. På så sätt finns ett objektiva beslutsstöd som hjälper medarbetarna att tidigt kunna identifiera risker i patientens tillstånd. Åtgärderna ska vara genomförda senast 181231.

1. 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen och dess åtgärdsförslag kommer att återkopplas till berörda medarbetare på verksamhetsområdet i ett lärande syfte. Närstående kommer att informeras om utredningen.

1. 6.3 Uppföljning

Uppföljning av åtgärder kommer att ske i verksamhetsområdes ledningsgrupp senast 181231.

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
Vitalparameterar	Patients vitala funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande. Puls- hjärtfrekvens, blodtryck, andningsfrekvens, temperatur och medvetandegrad mäts

1. 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf