

Datum: 2017-12-08

Händelseanalys

Dödsfall pga felaktig syrgas behandling

Analysledare:

Kvalitetssamordnare/Vårdutvecklare

Sammanfattning

Syftet med utredningen var att identifiera hur patient kunde felbehandlas med luft i stället för syrgas och säkra framtida arbetssätt för att förhindra att liknande händelse händer igen.

Patient med svårbehandlat förmaksflimmer, avancerad kranskärlssjukdom och hjärtsvikt, som blev inlagd på akutvårdsavdelning på grund av tilltagande andningsbesvär. Flyttades till hjärtavdelning där kranskärlsröntgen och ballongvidgning genomfördes. Trots detta fortsatta uttalade andningsbesvär med behov av stor syrgastillförsel. Fortsatt utredning påvisade lungfibros och misstänkt pneumoni, och patienten flyttades till medicinavdelning. Där fortsatta andningsbesvär och stort syrgasbehov. Beslut fattades att ej vidta återupplivningsåtgärder vid eventuellt hjärtstopp och att ej respirator behandla patienten, på grund av mycket dålig prognos. På eftermiddagen försämrades patienten ytterligare, och man kunde då konstatera att en förväxling skett mellan luft- och syrgasslangar. Efter att syrgastillförsel ånyo kopplades på förbättrades patienten kortvarigt men han försämrades därefter på nytt och avlider.

Bland bakomliggande orsak kan ses att det finns brister i märkningen av syrgas och luft på berörd vårdavdelning. Det framkommer också att det finns brister i introduktionen för medarbetare som hanterar syrgas och luft aggregat i sin yrkesutövning. Regionsövergripande bör det ses över innehåll i introduktionsprogram för alla medarbetare som hanterar detta i sin yrkesutövning

På berörd avdelning ska också arbetssätt ses över då medicinsk teknisk utrustning bör kontrolleras när patienten blir hastigt försämrad.

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	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
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

Identifiera hur patient kunde felbehandlas med luft i stället för syrgas. Säkra framtida arbetssätt för att förhindra att liknande händelse händer igen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-23

Startdatum: 2017-11-27

1.3 Återföringsdatum

2017-12-15

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Division Medicin/Internmedicin
Vice analysledare/ Sjuksköterska	Koncernstab

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Internutredning

Metodiken i analysen följer Socialstyrelsens handbok för Risk- och Händelseanalyser

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten är inläggande på vårdavdelning. Kräver över 15 l syrgas.

KI 13.28 dokumenterar undersköterska en saturation som visar på 91 % liggande. Patienten har då 15 liter syrgas.

1. Ca 13.30 läkare 2 går in till patienten pga. annat ärende. Patienten upplever att det blåser mycket från syrgas masken och läkare 2 sänker syrgasen till 15 l.

2. Ca kl 13.40 Patienten vill ha mer syrgas. USK går in och kallar därefter på läkare 2 igen. USK lämnar salen. Läkare 2 stannar kvar och höjer syrgasen och ber USK ta en saturation.

3. Kl ? Ringer patienten igen på ringklockan för att meddela för att det blåser för mycket. Läkare 2 har lämnat salen. Läkare 2 påkallas igen av undersköterska. Läkare 2 sänker syrgasen och lämnar rummet

4. Kl ? Läkare 2 kommer in igen. Patienten har 65-70% på mer än 15 l O2. Patienten är medvetandesänkt. USK blir uppmanad av läkare 2 att hämta patientansvarig sjuksköterska. Patientansvarig sjuksköterska hämtar läkare 1.

Ingen av medarbetarna kontrollerar slangar och manometer för att se att syrgas ges.

5. Kl 13.45 Läkare 1 och SSK kommer in på salen och upptäcker att det är felkopplat d.v.s. att patienten har luft på mask istället för syrgas. Saturationen är 60% men stiger snabbt till 80% när patienten åter får syrgas. Patienten blir piggare. Felhändelse Patienten fått luft istället för syrgas

Kl 14.30 Patienten avlider.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Arbetsätt saknas hos berörda medarbetare där medicinsk teknisk utrustning kontrolleras när patienten blir hastigt försämrad.

Teknik, utrustning & apparatur

Bland bakomliggande orsak kan ses att det finns brister i märkningen av syrgas och luft på berörd vårdavdelning samt att både luftaggregat och syrgasaggregat var inkopplade i uttagen i samband med händelsen trots att patienten endast hade behov av syrgas.

Utbildning och kompetens

I introduktionsprogrammet för medarbetare saknas tydlig information gällande hur material och hanteringen för syrgas och luft ser ut.

4.3 Bifynd

ICD blev ej avstängd i samband med att OHLR sattes på berörd patient.

Syrgas finns ej ordinerat i läkemedelsmodulen.

4.4 Åtgärdsförslag

Regions-övergripande se över introduktionsprogram för medarbetare som i sin yrkesutövning hanterar av syrgas och luft. Regions-övergripande -Tydligare märkning vad som är luftflödesmätare och syrgas flödesmätare. Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Tydliggöra märkning av syrgas och luft		VEC inom Internmedicin	171205

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	40

6 Uppdragsgivarens kommentarer

Det framgår utifrån händelseanalysen att arbetssätt saknas hos berörda medarbetare där medicinsk teknisk utrustning kontrolleras när patienten blir hastigt försämrad. Det framkommer också att märkning av syrgas och luftflödes mätare inte är tillräckligt tydlig. Händelsen kommer att lyftas till flera verksamheter inom slutenvården inom Region Gävleborg i syfte att förhindra framtida brister. Återkoppling sker också direkt till berörd avdelning av vårdenhetschef.

6.1 Åtgärder

	Vad	Ansvarig	Klart
1	Regions-övergripande. Tydligare märkning vad som är luftflödesmätare och syrgas flödesmätare	Respektive VO	Mars 2018
2	Diskussion i arbetsgrupp på berörd vårdavdelning gällande arbetssätt där medicinsk utrustning kontrolleras när patienter blir hastigt försämrade	VEC	Januari 2018
3	Regions-övergripande se över introduktionsprogram för medarbetare som omfattar hantering av syrgas och luft	Respektive VO	Juni 2018
4	Regions-övergripande se över ny rutin att alltid ta ur kopplingarna från gasuttagen när dessa inte används i behandling.	Respektive VO	Juni 2018

6.2 Återkoppling

Händelsen återförs i verksamhetens ledningsgrupp, till berörda medarbetare samt på arbetsplatsträffar i verksamheten av analysledare. Återföring till anhöriga görs av chefläkare.

Patientsäkerhetsenheten ansvarar för återkoppling till övriga verksamheter inom slutenvården i Regionen.

6.3 Uppföljning

Uppföljning kommer att göras av Regionens Patientsäkerhetsavdelning under år 2018

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

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf