

Kunskapsbanksnummer: KB2780099

Datum: 2018-07-09

Händelseanalys

Hjärtstopp på röntgen

November 2017

Analysledare:

Förvaltningsledning och stab
Skånevård Kryh
Region Skåne

Sammanfattning

Analysen sker i syfte att i efterhand följa ett händelseförlopp och hitta bakomliggande faktorer som kan ha påverkat aktörernas val av handläggning som ledde till hjärtstopp på röntgen.

Patienten, en då 54 årig man i palliativt skede, vårdades i hemmet och hade sedan en tid tillbaka haft upprepade bekymmer med vad som tolkade vara infektion i hans gastrostomi. Mannen lades därför in på vårdavdelning. Det förelåg behov av en CT-undersökning och denna genomfördes komplikationsfritt. Efter undersökningen, medan patienten fortfarande befann sig på röntgenavdelningen, försämrades hans tillstånd avsevärt och personalen tillkallade ansvarig sjuksköterska från vårdavdelningen. Patienten avled innan sjuksköterskan anlände till röntgenavdelningen. När hon kom till det förberedelserum, där patienten placerats, såg hon att röntgenpersonalen inte hade påbörjat återupplivningsförsök. Hon fann att det förflutit för lång tid för att återupplivningsförsök skulle vara meningsfulla varför hon avstod.

Vårdavdelningens sjuksköterska försökte få läkare från ansvarigt verksamhetsområde att komma till röntgenavdelningen för att dödförklara mannen samt informera patientens närstående om dödsfallet. Det tog en timme innan någon läkare kom för att dödförklara patienten eftersom denna uppgift inte prioriterades.

De bakomliggande orsaker som identifierats är främst

- Bristande kunskap i klinisk bedömning
- Bristande följsamhet till riktlinjer för livsuppehållande åtgärder
- Bristande informationsåtkomst

I de åtgärdsförslag som analysgruppen tagit fram läggs fokus främst på

- utbildning avseende bedömning av kliniskt tillstånd, larmrutiner samt återupplivning
- vilka rutiner för informationsöverföring som behöver tas fram i de fall en verksamhet arbetar i olika journalsystem

Vidare föreslår analysteamet att hela händelsen blir genomlyst i förvaltningens vårdetiska råd.

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	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	9
5	Konklusion	10
6	Tidsåtgång	11
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
7.1	Åtgärder.....	11
7.2	Återkoppling	12
7.3	Uppföljning	12
8	Ordförklaringar	12
9	Bilagor.....	13

1 Uppdrag

Analysen sker i syfte att i efterhand följa ett händelseförlopp och hitta bakomliggande faktorer som kan ha påverkat aktörernas val av handläggning som ledde till hjärtstopp på röntgen.

1.1 Uppdragsgivare

Chefläkare, Skånevård Kryh, Region Skåne

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-01-23

Startdatum: 2018-02-12

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2018-07-09

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Läkare	Skånevård Kryh/Förvaltningsledning och stab
Vice analysledare / Sjuksköterska	Skånevård Kryh/Förvaltningsledning och stab

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Journalhandlingar
- Intervjuer med fem sjuksköterskor
- Intervjuer med fem undersköterskor
- Intervjuer med två överläkare
- Intervju med en AT-läkare
- Intervju med en ST-läkare
- Intervju med två verksamhetschefer
- Telefonintervju med närstående
- PM "Patientövervakning på Röntgen" giltig till 2018-10-31

4 Resultat

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer av direkt och indirekt involverade medarbetare och närstående, samt genomgång av journaler och andra handlingar. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovisas under *Metodik*.

4.1 Händelseförlopp

Patienten, en då 54 årig man som vårdades i hemmet, hade sedan en tid tillbaka haft upprepade bekymmer med vad som tolkades vara en infektion.

2017-11-03

Patient i palliativt skede som inkom akut till vårdavdelning med anledning av infektion i sin gastrostomi. Det förelåg diskussioner om patientens enterala nutritionskateter skulle avvecklas eller och den skulle ligga kvar.

1.

Det förelåg behov av CT-undersökning med kontrast. Patienten hade svårt att dricka den ordinerade hela litern kontrast men lyckades svälja mesta mängden.

2. Ca kl. 13:00

Patienten bedömdes av läkare och omvårdnadspersonal kunna åka till röntgen med transportör. Patienten hade lite jobbigt med andningen och var lite andfådd, men förbättrades med syrgas. Han var inte sämre än att han klarade av toalettbesök helt på egen hand.

3. Ca kl. 14:00

Patienten genomgick CT-undersökningen komplikationsfritt och placerades av ansvarig röntgen-sjuksköterska i sänghallen, utanför inre receptionen, i väntan på att undersköterskan skulle beställa transport till vårdavdelningen med transportör.

4.

Undersköterskorna i receptionen bedömde att patienten hastigt blev försämrad och ansåg att patienten skulle behöva transporteras av vårdpersonal, varför de ringde till vårdavdelningen för att be deras personal hämta patienten.

5. Ca kl. 14:40

Patienten försämrades ytterligare och en av undersköterskorna (usk 1) i receptionen körde patienten till ett förberedelserum och bad den sjuksköterskan (ssk 1), som varit ansvarig för undersökningen av patienten, om hjälp. Ansvarig sjuksköterska befann sig inne på CT-laboratoriet och hade påbörjat undersökningen av nästa patient. Hon ansåg sig inte behöva bistå undersköterskan. Varken sjuksköterskan eller undersköterskan förstod patientens kritiska tillstånd. Inget larm om livshotande tillstånd utlöstes.

6.

Ansvarig sjuksköterska (ssk 1) kom ut till förberedelserummet, öppnade syrgastillförseln och la syrgasslangen i patientens säng. Därefter gick hon tillbaka till CT-laboratoriet och överlät åt undersköterskan (usk 1) att ge patienten syrgas. Undersköterskan hade inte tidigare varit delaktig i den undersökning som patienten genomgått och hade därför ingen vetskap om vilken undersökning som genomförts.

7.

En undersköterska (usk 2) tillkallade hjälp av två läkare (läkare 1 och 2). Dessa båda kom till förberedelserummet och konstaterade att patienten inte visade några kliniska livstecken. Läkare 1 och 2 utlöste inget larm för hjärtstopp och påbörjade inte heller återupplivningsförsök med motiveringen att de sedan tidigare visste att patienten var i palliativt skede.

8.

Röntgenläkaren (läkare 1) ringde till kirurgjouren, som inte hade tid att komma till patienten.

9.

Ansvarig sjuksköterska (ssk 2) från vårdavdelningen kom till förberedelserummet och fann fem personer, som stod kring patientens säng. Patientens avlidit och inga återupplivningsförsök hade påbörjats. Hon valde att avstå att påbörja återupplivningsförsök, då det förflutit för lång tid och patienten redan var avliden.

10. Ca kl. 15:00

Sjuksköterskan (ssk 2) från vårdavdelningen ringde till klinikens läkare för att få patienten dödförklarad innan patienten kunde förflyttas till vårdavdelningen. Då ingen läkare från aktuell disciplin kunde konstatera dödsfallet, kunde patienten inte flyttas tillbaka till vårdavdelningen. Närstående som befann sig på vårdavdelningen fick inte information om dödsfallet förrän en timme efter att det inträffat.

11.

I röntgenavdelningens journalföring saknas helt information om vilka åtgärder som vidtagits och vilka överväganden som gjorts i samband med patientens hjärtstopp.

Ca kl. 16:00

Den avlidna patienten flyttades till vårdavdelningen.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Bristande lyhördhet för behovet av hjälp

Undersköterskan försökte uppmärksamma sjuksköterskan, som var ansvarig för patienten under undersökningen, på att patienten var försämrad och att undersköterskan behövde en sjuksköterskas hjälp i den fortsatta handläggningen av patienten. Sjuksköterskan förstod inte vilket kritiskt tillstånd patienten befann sig i.

Brister i informationsåtkomsten

Beslut som rör patienternas eventuella behandlingsbegränsningar finns inte tillgängliga i röntgenavdelningens egna journalsystem. Region Skånes journalsystem Melior används i mycket begränsad omfattning på röntgenavdelningens datorer. Det innebär att viktig information är svårtillgänglig.

Bristande följsamhet till författningens krav på dokumentation

I röntgenavdelningens journal finns ingen anteckning om att patienten drabbats av hjärtstopp på avdelningen, vilka åtgärder som vidtogs då patienten drabbades av hjärtstoppet och inte vilka överväganden som gjorts i samband med den uppkomna situationen.

Omgivning & organisation

Brister i prioriteringen av arbetsuppgifter

Av intervjuerna har det framkommit att flera olika läkare från kirurgkliniken förgäves har sökts för att dödförklara patienten. Patienten låg kvar på röntgenavdelningen under en timme eftersom när-

stående, som befann sig på vårdavdelningen för att vänta på sin make, inte fått någon information om dödsfallet. Patienten kunde inte flyttas till vårdavdelningen innan informationen givits.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande följsamhet till riktlinjer för livsuppehållande åtgärder

Omvårdnadspersonalen och de tillkallade läkarna påbörjade inga återupplivningsförsök. Det fanns inga dokumenterade begränsningar avseende livsuppehållande åtgärder. I de fall då inga begränsningar är rapporterade eller dokumenterade ska återupplivningsförsök påbörjas.

Utbildning & kompetens

Bristande kunskap i klinisk bedömning

Undersköterskan saknade kompetens för att bedöma patientens hälsotillstånd och gjorde ingen bedömning av patientens fysiologiska parametrar.

Bristande kunskap i klinisk bedömning

Sjuksköterskan, som varit ansvarig för patienten vid undersökningen, saknade kompetens att bedöma patientens hälsotillstånd och gjorde ingen bedömning av patientens fysiologiska parametrar. Inget larm om livshotande tillstånd utlöses.

Bristande kunskap avseende läkemedelshantering

Sjuksköterskan, som varit ansvarig för patienten vid undersökningen, kopplade syrgasen och la syrgasslangen i patientens säng. Ansvaret att ge patienten syrgas överlämnades till undersköterskan, som förväntades göra en arbetsuppgift som enligt då gällande läkemedelsförfattning inte var tillåtet för en undersköterska att utföra.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har framkommit under analysarbetet.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

I det aktuella fallet har inga direkta vårdskadekostnader tillkommit.

4.5 Åtgärdsförslag

Kommunikation & information

Tydliggöra det ansvar som vilar på sjuksköterskorna

Av intervjuerna har det framkommit att undersköterskan, som fanns hos patienten i förberedelse- rummet, försökte få hjälp av sjuksköterskorna som befann sig i angränsande undersökningsrum. Deras uppmärksamhet påkallades, men ingen tog ansvar för att bistå undersköterskan. Det är av yttersta vikt att legitimerad personal förstår sin uppgift och bistår i kritiska situationer och inte lämnar någon, som påkallar hjälpbehov, ensam med en så sjuk patient.

Arbeta fram rutin för hur viktig information ska göras tillgänglig när inte Melior utgör underlag

På röntgenavdelningen finns rutinen att endast arbeta i det egna journaldokumentationssystemet. Att inte ha tillgång till Region Skånes övergripande journalsystem innebär att viktig information faller bort. Verksamhetsområde diagnostik bör tillsammans med övriga verksamhetsområden ta fram rutin för hur övrig viktig information ska förmedlas och tydliggöras.

Ta fram rutin för vad som ska dokumenteras i journalen så att gällande lagstiftning följs

Vid granskning av journalerna framgår att det inte finns någon dokumentation i röntgenavdelningens journal om att patienten fått hjärtstopp, vilka åtgärder som vidtogs eller vilka överväganden som gjordes då man valde att avstå från återupplivningsförsök. Röntgenavdelningen bör ta fram rutin för och kommunicera med samtliga medarbetare om vad som ska dokumenteras i patientjournalen för att dokumentationen ska följa gällande lagstiftning.

Omgivning & organisation

Genomlysning av händelsen utifrån en etisk synvinkel tillsammans med Kryh:s vårdetiska råd

Sett utifrån att patientens maka befann sig på vårdavdelningen och var i tron att hennes make fortfarande var i livet, är det diskutabelt om inte uppgiften att dödförklara patienten och skyndsamt informera hans maka borde ha prioriterats. Sett helt ur ett produktionsperspektiv bromsades verksamheten på röntgen upp, då det var omöjligt att flytta patienten innan någon läkare från kirurgkliniken utfört sin arbetsuppgift.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Tydliggöra för samtliga medarbetare om riktlinjerna för larmrutiner och att livsuppehållande åtgärder alltid ska påbörjas om det inte finns begränsningar dokumenterade

I de fall det inte är beslutat om behandlingsbegränsningar för en patient, ska fulla åtgärder vidtas vid livshotande tillstånd och hjärtstopp. Det är viktigt att tydliggöra för medarbetarna att de ska larma om livshotande tillstånd, när en patient försämras så radikalt som skedde i detta fall. Det är vidare viktigt att tydliggöra att larma om hjärtstopp och påbörja återupplivningsförsök då patienten har ett konstaterat hjärtstopp.

Utbildning & kompetens

Kontinuerlig utbildning som utgår från fallbeskrivningar för bedömning av kliniskt tillstånd

Att utbilda medarbetarna i bedömning av kliniskt tillstånd med hjälp av fallbeskrivningar ökar sannolikt uppmärksamheten, när de har patienter som snabbt försämras under besök på röntgenavdelningen.

Scenarielaterad HLR-utbildning

Alla medarbetare, som arbetar i den direkta vården, ska kontinuerligt genomgå HLR-utbildning. För att ytterligare öka kompetensen är det lämpligt att denna utbildning förläggs inne på avdelningen i autentiska situationer inte bara i en utbildningssal, där allt är förberett.

Införande av NEWS-algoritmen som stöd för bedömning av patienters vitalstatus

På vårdavdelningarna tillämpas bedömning av patienternas vitalparametrar med hjälp av NEWS (National Early Warning Score, en bedömningsskala, bilaga 2). Det finns studier som visar att i de fall bedömningsskalor används uppmärksammas försämring i vitalstatus snabbare. NEWS kan vara ett stöd för att snabbt kunna bedöma patientens status och vilka åtgärder som ska vidtas.

Se över hur eventuella delegeringsrutiner ska hanteras

Vid den tidpunkt då händelsen inträffade var det lagstadgat att endast legitimerad personal fick ge patienter läkemedel. Eftersom syrgas är ett läkemedel, betyder det faktum att ansvarig sjuksköterska överlät arbetsuppgiften, att ge syrgas till patienten, till en undersköterska, att en icke-legitimerad personal utan lagstöd ålades att utföra arbetsuppgiften. Från årsskiftet har en ny lag avseende läkemedel trätt ikraft, vilken ger möjlighet att delegera vissa uppgifter till en undersköterska om det inte negativt påverkar patientsäkerheten. Det är viktigt att avdelningen ser över eventuella delegeringsrutiner så att den följer gällande lagstiftning och regionens ev. riktlinjer.

5 Konklusion

Det arbete som utförs på en röntgenavdelning har till stora delar fokus på tekniken. Det är viktigt att komma ihåg att det tekniska arbetet är till för patienten och att omvårdnadspersonal förväntas ha förmåga och kunskap att kunna avläsa patienters hälsotillstånd, samt vidta adekvata åtgärder om detta är påkallat. NEWS är en algoritm som ger stöd för att snabbt bilda sig en uppfattning om patientens vitala parametrar, samt få stöd för vilka åtgärder som bör vidtas. I de fall åtgärder blir nödvändiga, är det av yttersta vikt att all personal har kännedom om hur livshotande tillstånd och hjärtstopp larmas. Av intervjuerna har det framkommit att medarbetarna genomgår HLR-utbildning årligen, men att det är väldigt sällan, som patienter drabbas av livshotande tillstånd/hjärtstopp på röntgenavdelningen. I de fall det sker, drabbar det ofta svårt sjuka patienter, som har omvårdnadspersonal med sig varför röntgenpersonalen sällan är med om återupplivningssituationer. För att öka kunskapen kring hur dessa tillstånd hanteras kan det vara lämpligt att träna HLR i autentisk miljö.

I det aktuella fallet fattades beslut, om att patientens hälsotillstånd var så dåligt att det inte var aktuellt med återupplivningsförsök, i det akuta skedet. Beslut om behandlingsbegränsningar fanns inte dokumenterat och hade inte heller uttalats av patienten. Om röntgenavdelningen använt sig av

det elektroniska journalsystemet Melior, hade dessa uppgifter framgått där. Dock var denna information inte införd i den mall som de regionala riktlinjerna fastställt. Om röntgenavdelningen fortsättningsvis endast kommer att arbeta i det egna journalsystemet, är det av yttersta vikt att ha en fungerande rutin för hur information som ovanstående eller liknande viktig information ska förmedlas.

6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	24
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	16
SUMMA	65

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Tydliggöra det ansvar som vilar på sjuksköterskorna

Ansvar: diagnostik

Arbeta fram rutin för hur viktig information ska göras tillgänglig, när inte Melior utgör underlag

Ansvar: diagnostik

Ta fram rutin för vad som ska dokumenteras i journalen så att gällande lagstiftning följs

Ansvar: diagnostik

Genomlysning av händelsen utifrån en etisk synvinkel tillsammans med Kryh:s vårdetiska råd

Ansvar: kirurgi

Följa de regionala riktlinjerna gällande dokumentation om behandlingsbegränsningar i Melior

Ansvar: kirurgi

Tydliggöra för samtliga medarbetare om riktlinjerna för larmrutiner och att livsuppehållande åtgärder alltid ska påbörjas om det inte finns begränsningar dokumenterade

Ansvar: diagnostik

Genomföra utbildningsinsatser för berörda personalgrupper inom VO diagnostik med stöd av verksamhetens patientsäkerhetsombud. Bland möjliga utbildningsinsatser är följande lämpliga

- Införande av NEWS-algoritmen som stöd för bedömning av patienters vitalstatus
- Scenarielaterad HLR-utbildning
- Utbildning utgående från fallbeskrivningar för bedömning av kliniskt tillstånd

Ansvar: diagnostik

Se över hur eventuella delegeringsrutiner ska hanteras

Ansvar: diagnostik

7.2 Återkoppling

Verksamhetschefen för VO diagnostik ansvarar för att återföra händelseanalysen till den egna enheten och dess medarbetare. Detta skall göras senast i december 2018.

Verksamhetschefen för VO kirurgi ansvarar för att återföra händelseanalysen till den egna enheten och dess medarbetare samt till närstående. Detta skall göras senast i december 2018.

7.3 Uppföljning

Insatta åtgärder kommer att följas upp på ett gemensamt möte med representanter för de två berörda VO senast i maj 2019.

8 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
Algoritm	Väldefinierade instruktioner för att lösa en uppgift
CT-undersökning	Undersökning med computerized tomography (datortomografi)
Enteral nutritionskateter	Kateter för näringstillförsel via mag-tarmkanalen
Gastrostomi	Kirurgiskt anlagd förbindelse mellan magsäck och bukvägg eller annat organ
HLR	Hjärtlungräddning

NEWS	National Early Warning Score. Bedömningskala för övervakning och bedömning av vitalparametrar
Palliativ vård	Vård i livets slutskede
Vitala parametrar	Andningsfrekvens, syremättnad, tillförd syrgas, temperatur, systoliskt blodtryck, pulsfrekvens, medvetandegrad

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf (separat bilaga)

Bilaga 2: National Early Warning Score (NEWS)