

Kunskapsbanksnummer: KB3187869

Datum: 2018-11-12

AL 2017-00327

Händelseanalys

Återinsatt Trombyl, blödande magsår

Sammanfattning

Patient som vårdats på grund av blodförgiftning. Vid inskrivningen återinsatt på blodförtunnande läkemedel Trombyl, vilket sattes ut vid tidigare vårdepisod p.g.a. blödning. Detta noterades inte i samband med inskrivning. Patienten drabbas nu av svår transfusionskrävande blödning i matstrupen/magtarmkanalen som kräver intensivvård.

Patienten råkar även ut för allvarligt fall på vårdavdelningen. Ingen riskbedömning är gjord vid inskrivningen. Anhöriga missnöjda med given information under vårdtiden.

Åtgärdsförslag:

- Införande av förenklad läkemedelsgenomgång i samband med inskrivning från akutmottagning. Vid tveksamhet på akutmottagningen angående läkemedelslista, noteras i journal att tveksamhet råder för att uppmärksamma problemet inför morgonrond dagen därpå.
- Läkare på akuten bör aktivt efterfråga och kontrollera om patient vårdats på andra sjukhus sedan sista vårdtillfället på detta sjukhus. Utbilda läkargrupp om vikten av att ange korrekt orsak vid utsättning av läkemedel, inklusive exempel på problem om denna inte anges. Informationen skall skrivas in i "Patientbakgrundsfältet"
- Regelbunden diskussion bland personal om patienters- och anhörigas behov och rätt till korrekt information och bemötande.
- Förbättra efterlevnaden till gällande rutiner angående fallförebyggande arbete. Öka antalet riskbedömningar för fallolyckor i samband med inskrivning på avdelning. Ett fokusmål på Alingsås lasarett 2019 är att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition i samband med inskrivning på vårdavdelning
- Sprida information om händelsen/händelseanalysen via verksamhetschefsrådet
- Presentera händelseanalysen på så kallad "händelseanalyslunch" i föreläsningssal för att öka och sprida kunskapen kring vårdskadan

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	7
4.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.4	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Ordförklaringar	9
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Patient läggs in efter misslyckat kateterbyte med komplikationer i form av blödning från urinvägar och sepsis. I samband med inläggning på sjukhus återinsätts patienten av misstag på Trombyl, som satts ut sedan ett par månader tidigare på grund av magsår. Efter en vecka drabbas patienten av blödningar från sår i matstrupen och som kräver stort antal blodtransfusioner och intensivvård.

Jag önskar en händelseanalys av detta vårdförlopp, för att undvika liknande händelser framöver.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Kirurgklinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-23

Startdatum: 2017-12-21

1.3 Återföringsdatum

181113

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Apotekare

Analysteammedlem / Läkare

Analysteammedlem / Sjuksköterska

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från journalanteckningar, intervjuer med berörd personal, samt med anhöriga till patient.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

Äldre patient inkommer till akutmottagning efter misslyckat kateterbyte med komplikationer i form av blödningar i urinvägar och feber.

Dag 1 kväll

Patient tappas på resurin och drabbas av frossa och blodtrycksfall. Kräks och aspirerar. Läkemedel sätts in utifrån vårdtillfälle ett halvår tidigare.

Läkemedel sätts in utifrån vårdtillfälle fem månader tidigare, inte utifrån aktuell läkemedelslista. Patient blir därför återinsatt på Trombyl som satts ut av annan vårdgivare på grund av blödningsrisk två-tre månader tidigare. Patienten har vid inskrivning med sig läkemedelslista daterad två månader tidigare där Trombyl inte fanns med.

Dag 1 natt

Läggs in på intensivvårdsavdelning för blodförgiftning. Får Trombyl enligt ordination från och med följande morgon.

Dag 2 lunch

Flyttas till vårdavdelning.

Dag 2-8

Patienten vårdas på avdelning.

Brister i omvårdnad under denna tid enligt patientens dotter. Patienten faller bl.a. på vårdavdelningen under vårdtiden.

Dag 4

Blododling visar på växt av bakterier från hud och urinvägar. Antibiotikabehandling sätts in.

Dag 8

Sjunkande blodvärde noteras i journal.

Lågt blodvärde uppmärksammas inte förrän efter tre dagar.

Dag 8 kväll – dag 9 morgon

Fortsatt sjunkande blodvärde. Kräks färskt blod. Ordinerar blodtransfusion, får två påsar, kräks mer blod. Flyttas till intensivvårdsavdelning vid midnatt, får därefter fyra påsar blod och en påse blodplasma under natten och ytterligare på morgonen/förmiddagen. Hb stiger svagt. (Sammanlagt åtta påsar blod och tre påsar blodplasma på 15 timmar).

Dag 9

- Trombyl sätts ut på morgonrond. Sjuksköterska har valt att avvakta utdelning på morgonen. Har behandlats med Trombyl i sju dagar, trots att läkemedlet tidigare varit utsatt. Ingen anteckning om utsättning från rond. Utsättning av Trombyl dokumenteras inte i läkemedelsmodul.
- Genomgår akut gastroskopi som visar sår i esofagus som har blött.
- Klinikansvarig läkare har samtal med patientens dotter. I denna anteckning noteras att Trombyl har satts ut till följd av att patienten aldrig borde haft den insatt.

Dag 10-15

Patienten erhåller ytterligare en påse blod och flyttas till från intensivvården till vårdavdelning. Patienten är nu stabil cirkulatoriskt och infektionsmässigt.

Dag 15

Kontrollgastroskopi visar på läkning av sår i matstrupe/övre magmun.

Dag 20

Patient har tillfrisknat från blodförgiftning och mår bättre. Blodvärdet är på relativt normal nivå. Skrivs ut till hemmet.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Olika syn på patients behov vid omvårdnad. Bristfällig information till patient/anhöriga.

Omgivning & organisation

Brister att reflektera över avvikande labvärden vid undersökning av patient.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Det saknades vid tillfället rutin för att säkerställa patienters läkemedelslista vid inskrivning från akuten.

Riskbedömning för fall genomfördes inte i samband med inskrivning på vårdavdelning. Vårdtillfällen på andra sjukhus kontrolleras inte systematiskt. Tidigare reaktion på Trombyl var ej införd under patientbakgrund.

Teknik, utrustning & apparatur

Bristande förståelse av vikten att ange korrekt orsak till utsättning i läkemedelsmodul.

4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Då det inte är möjligt att utreda i vilken grad patientens tillstånd försämrades av felbehandlingen, så är vårdskadekostnadsberäkningen svår.

4.4 Åtgärdsförslag

- Införande av förenklad läkemedelsgenomgång i samband med inskrivning från akutmottagning. Vid tveksamhet på akutmottagningen angående läkemedelslista, noteras i journal att tveksamhet råder för att uppmärksamma problemet inför morgonrond dagen därpå.
- Läkare på akuten bör aktivt efterfråga och kontrollera om patient vårdats på andra sjukhus sedan sista vårdtillfället på detta sjukhus.
- Utbilda läkargrupp om vikten av att ange korrekt orsak vid utsättning av läkemedel, inklusive exempel på problem om denna inte anges. Informationen skall skrivas in i "Patientbakgrundsfältet"
- Regelbunden diskussion bland personal om patienters- och anhörigas behov och rätt till korrekt information och bemötande.
- Förbättra efterlevnaden till gällande rutiner angående fallförebyggande arbete. Öka antalet riskbedömningar för fallolyckor i samband med inskrivning på avdelning. Ett fokusmål på sjukhuset 2019 är att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition i samband med inskrivning på vårdavdelning
- Sprida information om händelsen/händelseanalysen via verksamhetschefsrådet. Presentera händelseanalysen på så kallad "händelseanalyslunch" i föreläsningssal för att öka- och sprida kunskapen kring vårdskadan.

Vem eller vilka ansvarar för att åtgärderna vidtas?

Verksamhetschef på kirurgkliniken

När skall åtgärderna enligt tidsplan vara vidtagna?

190531

Vem eller vilka ansvarar för uppföljning av åtgärderna?

Verksamhetschef och analysledare

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	15
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	35

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Som uppdragsgivare accepterar jag föreslagna åtgärdsförslag. Åtgärderna skall följas upp senast 190531.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen kommer att presenteras i verksamhetschefsrådet samt på händelseanalyslunchmöte för att öka kunskapen kring händelsen.

Anhöriga kommer att få händelseanalysen.

6.3 Uppföljning

Senast 190531 kommer uppföljning att ske. Verksamhetschef och analysledare kommer att träffas för att kontrollera att åtgärderna har införts i verksamheten.

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
Aspiration	Nedsväljning av uppkräkt maginnehåll i luftvägarna.
Trombolyt	Proppförebyggande läkemedel med ökad blödningsrisk.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf