

Kunskapsbanksnummer: KB4764169

Datum: 2018-09-07

Händelseanalys

Pacemakerinfektion

Sammanfattning

Patient med pacemaker som under ett års tid haft återkommande infektion i pacemakerfickan. Patienten har flera gånger avböjt operativ åtgärd. Då infektionen återigen uppstår går patienten med på att byta pacemakersystem. Pacemaker tas bort på annat sjukhus, odlingar tas i samband med detta. Patienten flyttas tillbaks till hemsjukhuset i väntan på nytt pacemakersystem kan opereras in. Har under vårdtiden antibiotika för att behandla infektionen och sjunkande infektionsparametrar. Efter två veckor får patienten en ny pacemaker. Dagen efter operationen uppdagas odlingssvar tagna vid borttagandet av ursprungliga pacemakersystemet. Dessa odlingar visar att patienten fått fel antibiotika.

Odlingssvar har faxats från opererande sjukhus dagen innan implantation av det nya systemet på hemortssjukhuset men detta har inte uppmärksammats av hemortssjukhuset pga. bristande rutiner för faxade provsvar. Det opererande sjukhuset har heller inte skickat odlingssvaren i tid beroende på att rutinen för hur man hanterar provsvar för patienter som redan skrivits ut inte följts. Den rutin som finns är utdaterad och heller inte tillräckligt känd. Båda sjukhusen bör se över sina rutiner gällande hur man hanterar att provsvar kan komma både elektroniskt och på papper.

Annan viktig orsak till händelsen är IT-system som delvis inte är kompatibla med varandra och provsvaren på ett sjukhus kan inte läsas av det andra sjukhuset. En viktig händelse för regionen blir när vi infört ett enhetligt kärnsystem för journaler. Då kan dessa rutinmissar undvikas helt.

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.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling	9
6.3	Uppföljning	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Patient som tidigare vårdats pga. infektion i pacemakerdos-ficka. Har opererats på annat sjukhus pga. detta och fått tillfälligt system. Vårdas inneliggande och får nytt pacemakersystem. Dagen efter operation kommer provsvar från mikrobiologen som visar växt av bakterie som var resistens mot antibiotikan som patienten haft under hela vårdtillfället. Odlingar tagna från tidigare dragna pacemaker Elektroder.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef på medicinklinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-04-25

Startdatum: 2018-04-25

1.3 Återföringsdatum

2018-11-12

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel

Analysledare/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Vårdadministratör
Vice analysledare/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Vårdadministratör

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar

- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Kunskapsbanken

Analysen är gjord i samarbete mellan hemortssjukhuset och opererande sjukhus.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patient som gör pacemakerbyte sept. 2016. Under kommande år har patienten infektion i pacemaker-dosfickan som behandlas med såromläggningar och antibiotika i omgångar av hemsjukvård i samråd med sjukhus. Patienten vill inte bli inlagd på sjukhus. Patienten har blivit rekommenderad att byta pacemakersystem, men har avböjt detta. Patienten genomgår en sårrevision i juli månad och såret ser ut att läka.

Dag 1

Hemsjukvården kontaktar sjukhus då sårkanterna läker var för sig, dvs. det går inte att ta bort stygnen.

Dag 9

Poliklinisk undersökning. Pacemaker synlig i såret. Beslut om att extrahera pacemakersystem och lägga nytt på motsatt sida.

Dag 23

Opereras på annat sjukhus, vårdas därefter inneliggande på hemsjukhuset i väntan på nytt system. Har då ett temporärt externt system.

Svar på odlingar tagna under operationen kommer inte till kännedom för hemsjukhuset.

Dag 36

Odlingssvar från opererande sjukhus faxas till hemsjukhuset

Svaret uppmärksammas inte innan morgondagens operation och eftersöks heller inte aktivt.

Dag 37

Får en ny pacemaker

Dag 38

Odlingssvaret uppmärksammas och man ser då att den givna antibiotikan är fel.

Dag 39

Patienten överflyttas till infektionsklinik på annat sjukhus.

4.2 Bakomliggande orsaker

Följande orsaksområden har beaktats men togs inte upp i utredningen för det ansågs inte relevant: *Omgivning och organisation* samt *Kommunikation och information*.

Procedurer, rutiner och riktlinjer

Under operationen där det infekterade pacemakersystemet extraherades togs odlingar på de elektroder som togs ut. Svaren på dessa odlingar skickades inte i tid till hemortssjukhuset då den befintliga skriftliga rutin som finns på kliniken gällande hantering av provsvar för patienter som skrivits ut inte har följts. Det har framkommit under utredningen att rutinen inte varit uppdaterad och att den innehållit information som inte längre är giltig.

Utbildning och kompetens

På kliniken där pacemakern extraherades har utredningen funnit att det finns brister i kunskapen om bevakning av provsvar i elektronisk provvars-inkorg. Provsvar kan komma både elektroniskt och i pappersform och för de patienter som skrivits ut skall en elektronisk inkorg med provsvar kontrolleras och signeras av avdelningsläkare en gång per vecka. Kunskapen om detta är inte tillräckligt känd på avdelningen och det är en del av orsaken till att provsvaren inte skickats i tid till hemortssjukhuset.

Teknik, utrustning & apparatur

Provsvaren finns i ett annat system än patientjournalen. Systemen "pratar" inte med varandra. De provsvar som finns i journalen på det sjukhus där pacemakern extraherades kan inte ses av hemortssjukhuset utan måste aktivt eftersökas. Det ska, enligt laboratoriet, finnas sätt att markera på remisser om svar på odlingar skall gå till annan enhet än den där odlingarna tas. Eftersom man på det sjukhus där odlingen tas vill ha svaret in i journalen för det vårdtillfället så är detta sätt dock inte praktiskt tillämpligt.

Procedurer, rutiner och riktlinjer

Det odlings svar som faxas från det opererande sjukhuset till hemortssjukhuset dagen innan patienten får ett nytt pacemakersystem inopererat uppmärksammas inte av hemortssjukhuset och eftersöks heller inte aktivt. På hemortssjukhuset finns befintlig rutin för inkommande provsvar där en koordinator skall ta emot faxade svar och lämna till ansvarig sjuksköterska eller fästa på patientens journal. Utredningen har inte kunnat visa varför det inte skedde i just detta fall. Denna rutin har funnits sedan alla provsvar kom per papper. Nuförtiden kommer det provsvar både elektroniskt och per papper via fax eller brev, detta gör att det finns fler ställen att söka provsvar på vilket kan vara en orsak till brister i befintlig rutin.

Utbildning och kompetens

Innan patienten fick nytt pacemaker-system inopererat eftersöktes inte odlings svar från det sjukhus där pacemakern extraherats. En förklaring till detta är att under vårdtiden hade patienten inga tecken till förvärrad infektion. Hen hade ingen feber och laboratoriemässigt sjunkande infektionsparametrar. Ingen anledning att aktivt söka provsvar fanns.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra risker har identifierats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskadekostnader har beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag opererande sjukhus

Utbildning och kompetens:

- Utbildning för läkarna i hantering av provsvar i elektronisk inkorg

Procedurer/rutiner och riktlinjer

- Befintlig skriftlig rutin uppdateras med korrekt information och anpassas till rådande arbetsstruktur för ökad säkerhet. Kontroll och signering av provsvar i elektronisk inkorg av ansvarig avdelningsläkare en gång per vecka.

Åtgärdsförslag hemortssjukhus

Procedurer/rutiner och riktlinjer:

- Skapa kompletterande rutin för att alla provsvar som kommer, oavsett om det är elektroniskt eller per papper, tas om hand på ett sätt som eliminerar risk för att provsvar inte kommer in i journal.

Regionens satsning på Framtidens Vårdinformationsmiljö passar väl ihop med detta ärende. Tills dess att vi inom regionen har ett enhetligt kärnsystem där alla kan läsa samma saker om patienterna, även när de flyttas mellan vårdinrättningar, behöver vi hitta rutiner och kontrollsystem som gör att dessa risker för patientsäkerheten undviks. I detta fall har det brustit hos det opererande sjukhuset med befintlig rutin som inte varit tillräckligt känd eller uppdaterad med korrekt information. På patientens hemortssjukhus har man funnit rutiner där risken för upprepning av misstag av samma karaktär är stor. I båda fallen handlar misstagen om att provsvar kan komma till vårdgivaren på flera olika sätt. Ett enhetligt system skulle minska risken för misstag.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	6
För analysteam	17
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	24

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Som uppdragsgivare accepterar jag föreslagna åtgärdsförslag. Åtgärden ska följas upp senast 2019-05-31

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen kommer att presenteras i verksamhetschefsrådet samt på händelseanalyslunchmöte för ökad kunskap kring händelsen. Anhöriga kommer att få händelseanalysen.

6.3 Uppföljning

Senast 2019-05-31 kommer uppföljning att ske. Verksamhetschef och analysledare kommer att träffas för att kontrollera att åtgärden 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf