

Kunskapsbanksnummer: KB5005340

Datum: 2019-04-08

Händelseanalys

Organsvikt efter självmordsförsök

Sammanfattning

Syfte med uppdraget är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

Patienten inkommer till akutpsykiatriska mottagningen för livsleda och gjort ett suicidförsök sedan tre dagar tillbaka i form av tablett intox. Bedömning är att patient ska få sluten psykiatrisk vård relaterat till nedstämdhet, sömnsvårighet och tidigare Suicidförsök. Här finns det en okunskap kring specifikt läkemedel. Rutinprovet tas inte här relaterat till den tidigare intoxen. Patienten Blodtryck tas på kvällen och det är mycket avvikande. Felhändelse är att ingen utredning om det avvikande blodtrycket eller undersökning av läkare kliniskt görs i direkt anslutning vid rapportering av det avvikande blodtrycket. Sjuksköterskan tar blodprover på patienten några timmar senare och upptäcker mycket avvikande värden. Patienten blir förflyttad till medicinsk avdelning och får antidot. Transporteras till större sjukhus för eventuellt en levertransplantation.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	3
1.1	Uppdragsgivare.....	3
1.2	Uppdrags- och startdatum	3
1.3	Återföringsdatum	3
2	Deltagare i analysteam.....	3
3	Metodik	3
4	Resultat.....	4
4.1	Händelseförlopp	4
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling	10
6.3	Uppföljning	10
7	Ordförklaringar	11
8	Bilagor.....	12

1 Uppdrag

Syfte med uppdraget är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

Uppdragsbeskrivning

Att genomföra en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen.

1.1 Analysledare

Uppdragsgivarens är verksamhetschef på en vuxen psykiatrisk klinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-01-02

Startdatum: 2019-03-06

Brist på analysledare har varit orsaken till sen uppstart av händelsen. Vidare har det varit svårt fr analyssteamet att få till stånd de intervjuer som krävts för analysen.

1.3 Återföringsdatum

15 april

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska/Utvecklingsledare	Administrativ enhet
Vice analysledare/ Sjuksköterska	vuxen psykiatri kliniken
Sakkunnig Psykiatri Läkare	vuxen psykiatri kliniken
Sakkunnig Medicinsk läkare	Utvecklingsenhet
Sakkunnig Sjuksköterska	vuxen psykiatri kliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal

- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Patient är en person med långvarig nedstämdhet och suicidtankar som inte tidigare haft kontakt med psykiatri. Inkommer till psykiatriska akutmottagningen för livsleda och gjort ett suicidförsök sedan tre dagar tillbaka i form av tablett intox. Högt intag av alkohol en vecka tidigare. Framkommer i intervjuerna från patient att hen inte uttrycker för andra hur hon mår utan försöker utåt sett hålla en fasad av ett bättre mående.

4.1 Händelseförlopp

1.

kl. 12.30

Patienten upplevs somatisk stabil enligt intervju och patienten uppger att hon ofta håller sig ihop sig och ofta uttrycker att hon mår bättre än hon gör. Medicinsk undersökning blodtryck, puls och saturation. Patienten informerar vid intervjun att hen uppgav till läkaren vid inskrivningen att hen hade haft kräkningar med blod, blod i avföring samt mycket mörk urin tidigare samma dag. Det finns dokumenterat kräkningar dagen före men inte att det skulle skett samma dag. Bedömning av läkare i samråd med en annan läkare via telefon är att patient ska få sluten psykiatrisk vård relaterat till nedstämdhet, sömnsvårighet och tidigare Suicidförsök.

Felhändelse: Inga medicinska undersökningar relaterat till tablettintox och tidigare symptom.

2.

kl 13.20

Patienten skrivs in på avdelning av Sjuksköterska och dokumenterar i plan att prover ska tas senare.

Felhändelse: Rutinproven tas inte i direkt anslutning till akutbesöket relaterat till tidigare intox.

3.

20.40

Kunskapsbanksnummer: KB5005340

Sjuksköterska tar blodtryck som visar avvikande värden. Patienten uppger att hen är illamående och ont i buk. Sjuksköterska kontaktar läkare.

Felhändelse: Rutinproven tidigareläggs inte.

4.

20.40

Läkare ordinerar intravenös vätska om blodtrycket fortfarande är avvikande om en timme.

Felhändelse: Ingen utredning om det avvikande blodtrycket. Ingen läkare undersöker patienten kliniskt. Ingen inläsning av journal innan beslut om dropp.

5.

21.30

Blodtrycket tas av sjuksköterska och visar ytterligare avvikelse.

6.

22.05

En läkare samtalar med patient och medicinjour läkare 4. Medicinjour läkare 4 ordinerar intravenös vätska nytt puls och blodtryck

Inga prover ordineras. Ingen kännedom om intoxen svårt att minnas exakta tidpunkten när detta blir känt för läkare 3. Samt se ruta 4

7.

00.30

Sjuksköterska 3. Sätter intravenös vätska då blodtryck fortsatt avvikande.

Ingen felhändelse r/t händelsen.

8.

1.03

Kunskapsbanksnummer: KB5005340

Sjuksköterska 3. Efter kontakt med primärjour läkare 2 ordineras ytterligare intravenös vätska samt provtagning ordineras. Intravenös vätska sätts av sjuksköterska 3 då mätvärdena inte förbättrats.

Felhändelse: Ingen utredning om det avvikande blodtrycket. Ingen läkare undersöker patienten kliniskt.

9.

2.00

Primärjour läkare 3 Konsulterar medicinjouren och ordinerar prover.

Oklart i dokumentationen när proverna ordineras första gången

10.

03.30

De ordinerade proverna tas av sjuksköterska 3 och det visar på mycket avvikande värden.

Felhändelse: Lång tid mellan provtagning och ordination. Orsak Stickhjälp tillkallas som inte kan komma direkt.

11.

Okänd tid

Patienten får intravenös medicin

Ingen felhändelse som påverkar förloppet.

12.

Tiden är okänd

Medicinjour kommer och ordinerar specifik provtagning samt utför detta och EKG tas.

Ingen Felhändelse

13.

6.52

Skrivs in av läkare 5 på medicinsk avdelning på grund av akut leversvikt och njursvikt. Prover tas. Samtal med leverjouren på större sjukhus för övertag och eventuell levertransplantation.

Ingen felhändelse

14.

7.23

Patienten överflyttas på Medicinsk avdelning. Får medicinskt dropp enligt PM

Ingen Felhändelse

Okänt

Patienten åker akut till större sjukhus för ev. levertransplantation.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information, Teknik, utrustning & apparatur

Utbildning och kompetens. Bristande kunskap i att ta blodprov på svårstuckna patienter.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Brister i att dokumentera journal. Vid utredning konstateras det svårigheter med att få fram information då man valt att föra journalanteckningar under samma sökord. Vilket gör att det är svårt att utläsa vem som utfört vad och när.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Brister i arbetssätt vid sviktande vitalparametrar. Då det dröjer innan det avvikande blodtrycket utreds anses det att prioriteringsordningen skulle varit annorlunda.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Tidigarelägga rutinprovstagningar r/t att det är akut omhändertagande. Då patienten inkommer akut skulle även den somatiska parametrarna omhändertas akut.

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak. Okunskap på specifikt läkemedel även konstateras hos AT-kollegor

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Vid granskning av journalen så återfinns inga fullständiga suicidbedömningar samt att de är dokumenterade under fel sökord. I utredningen framkommer det att det saknas rutiner kring inskrivningsmomentet. Saknas flertal ordinationer i läkemedelsmodulen som framkommer i löpande text från sjuksköterskan. Vid intervju av medarbetare så är de inte informerade vad det innebär att delta i en händelseanalys.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patienten har fått förlängd vårdtid, förhöjd vårdnivå samt transport till annat sjukhus och efterföljande vård. Svårbedömt hur händelseförloppet hade utvecklats om patienten fått adekvata åtgärder direkt vid inkommande. Det bedöms att det var ett fördröjt förlopp på ca 12 timmar. Patienten var utsatt för intoxen ca 3 dygn innan uppsökande av vård. Sammanlagda kostnader uppskattas som mest till 231127kr. Nedan tabell beskriver de följande kostnader för den vård patienten fått i efterförloppet som står i relation till eventuella kvalitetsbristkostnader samt efterföljande kommentarer.

Psykiatrisk avdelning	Dag 23/11	Kostnad i kronor 9 175	Patienten skulle inte vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning då patientens allvarligaste symptom var somatisk.
Medicinsk avdelning	24/11	2 012	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
Ambulans till specialistsjukhus	24/11	9000	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
Specialist sjukhus	24- 25/11	85859,28	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
Ambulans från specialistsjukhus till hemsjukhus	25/11	18900	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
Medicinsk avdelning	4/12	66 096	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
Medicinsk avdelning	18/12 - 25/12	40 085	Svårt att avgöra om patienten hade vårdats här i första hand eller hade behövt åka till specialistsjukhus omgående om hans somatiska tillstånd upptäckts direkt.
SUMMA		231 127	

4.5 Åtgärdsförslag

Alla rutin-prover bör tas direkt på psykiatriska akuten istället för att invänta till nästkommande morgon och utföras på avdelningen. Då patienter som inkommer på den psykiatriska akutmottagningen akut bör den somatiska utredningen ha samma höga prioritet som på en somatisk akutmottagning då bakomliggande orsaker till uppsökande av psykiatrisk akutvård kan vara somatiskt akutillstånd. Hade detta skett så hade patientens tillstånd uppmärksammats tidigare.

I intervjun med läkare framkommer det att dennes kollegor inte heller var kända med att intoxens symtom av aktuellt läkemedel kan dröja. Därav anses det att detta ska undervisas till berörd yrkesgrupp samt vara fallbeskrivning sjukhusövergripande för att öka kunskapen av allvarlighetsgraden.

Om News hade använts av sjuksköterskor och läkare på den psykiatriska avdelningen hade det avvikande blodtrycket åtgärdats mer skyndsamt och därmed hade komplikationerna kunnat minskas.

Det hade varit lättare för all berörd personal att få en snabb överblick av patientens aktuella tillstånd om dokumentationen hade varit tydligare. Det är viktigt att snabbt kunna få kännedom av vem och när situationer, ordinationer samt tillstånd av patienten i dokumentationen. Därav behövs det uppdatera kunskaper i att dokumentera i journal samt om det krävs, ytterligare utbildning i dokumentation.

Då det framkommer att provtagningen försenats ytterligare pga. att patienten var svårstucken och specifik stickhjälp behövde påkallas så behövs det ökad kunskap i den egna kliniken på att kunna utföra provtagning på svårstuckna patienter. Åtgärdsförslag är därav ökad kompetens på blodprovstagning på egen klinik.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Beskriv här om några åtgärder i direkt eller snar anslutning till händelsen utfördes. Detta är inte handlingsplanen.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	56
För analysteam	2
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	64

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Nya rutiner gällande rutinprover på akutmottagningen ska tas fram. Ansvarig för detta är Verksamhetschefen vid den Vuxenpsykiatriska slutenvårdskliniken. Åtgärden kommer att vara utförd 190930.

Samtliga medarbetare går ProAct-utbildning, en utbildning som numera är obligatorisk. I denna ingår kunskap och kompetens att i tidigt skede uppmärksamma somatiska instabila tecken hos patienten, samt NEWS-skattning. Rutin finns även på NU-nivå vilka åtgärder som utförs utifrån vilka poäng som fås vid aktuell NEWS-poäng. Denna utbildningsinsats var påbörjad redan innan aktuell händelse.

Kompetensen kring intoxikation av paracetamol och vad man specifikt kan förvänta sig gällande fördröjda förändringar av blodprover och symtom, är höjd genom återföring och händelseanalys i både läkargrupp och verksamhetsledning samt information i ämnet. Ansvarig Läkarchef och Verksamhetschef. Åtgärd redan utförd och kommer att kontinuerligt ske i form av utbildning av nya medarbetare samt till AT-läkare.

I läkargrupp och enhetsnivå ska genomgång av dokumentation ges gällande innehåll, tydlighet och var någonstans i journalen det dokumenteras. Detta för att alla ska dokumentera på likvärdigt vis och att man snabbt kan få en överblick över patientens aktuella tillstånd och ordinationer. Ansvarig Läkarchef och Avdelningschefer. Åtgärd kommer att vara utförd under höstens arbetsplatsträffar eller utvecklingsdagar.

Vi har sedan flera år tillbaka en rutin att be om stickhjälp vid svårstuckna patienter, något som vi bör fortsätta med. Anser annars att kunskapen kring att ta venprov är tillräcklig.

6.2 Återkoppling

Återföring till Verksamhetsledning, läkargrupp, samt berörda Avdelningschefer är given 190612.

Återföring till patient kommer att ges i Augusti-19

Återföring till aktuella personalgrupper kommer att ges under augusti-september -19

6.3 Uppföljning

Se under åtgärder

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