

Händelseanalys

Patient med medfödd hjärtsjukdom avliden efter hjärtkirurgi

November 2017

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare VO Thorax
Område 6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdraget är att leda en händelseanalys av den inträffade händelsen i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Patient med medfödd hjärtsjukdom som opererats vårdas postoperativt på vårdavdelning. Det rör sig om ett hjärtfel som i vanliga fall opereras under första levnadsåret och därför är mycket ovanligt att träffa på hos vuxna individer. 4 dagar efter operationen genomgår patienten en planerad ultraljudsundersökning av hjärtat. I samband med undersökningen som utförs på annan enhet sätts patientens hjärtövervakning i standby-läge enligt gällande rutin. Efter transport tillbaka från undersökningen kopplas inte hjärtövervakningen åter. Ansvarig sjuksköterska meddelas inte om att patienten är tillbaka i samband med patientens ankomst till vårdavdelning. Undersköterska på vårdavdelningen upptäcker cirka en timma efter ankomst från undersökningen att hjärtövervakningen inte kopplats på. När hen går för att ansluta övervakningen blir hen avbruten av annan orolig patient och glömmer sedan bort det. Patientansvarig sjuksköterska får besked om att patienten är tillbaka på avdelningen ganska långt efter att det hänt, hen noterar då inte att hjärtövervakningen inte återanslutits. När kvällspersonalen går runt på avdelningen för att hälsa och ta kontroller, upptäcker de patienten livlös i sin säng. Återupplivning startas, patienten öppnas kirurgiskt på vårdavdelningen och tas till operation där cirkulation återställs. Patienten vårdas sedan på intensivvårdsavdelning där återhämtning bedöms som utsiktslös. Cirkulationsunderstödjande behandling avslutas och patienten avlider.

Analysen visar att tydlig rutin för kommunikation och ansvarsfördelning av anslutning av övervakningsutrustning av hjärtat saknas. Dagen för händelsen innefattade hög vårdtyngd med flera patienter med högt vårdbehov och patienter som skulle skrivas ut från sjukhuset av aktuellt vårdteam.

För att minimera risken för återupprepning föreslås bland annat nya rutiner gällande ansvarsfördelning av anslutning till hjärtövervakning, ökad patientsäkerhet genom att införa ny rutin för tidsbestämning av standby-läge av hjärtövervakning och individuella vårdplaner för patienter med medfödd hjärtsjukdom.

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	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
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

Syftet med händelseanalysen är att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
VO Thorax, Område 6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-01-29

Startdatum: 2018-01-29

1.3 Återföringsdatum

2018-04-23

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Vårdadministratör	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem/Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem/Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5
Vice analysledare/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal. 9 intervjuer har genomförts med thoraxkirurger, anestesiologer, kardiolog, sjuksköterskor och undersköterska.
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

Patienten opereras för ett medfött hjärtfel.

H1: Dag 5 postoperativt ca kl. 11.30 transporterades patienten från vårdavdelningen till en annan enhet för planerad ultraljudsundersökning av hjärtat. Hjärtövervakningen sattes då i standby-läge enligt rutin. Om hjärtövervakningen inte sätts i stand-by läge signaleras ett larm som upplevs som störande då det inte går att stänga av. Under tiden patienten är frånkopplad från hjärtövervakning visas ett meddelande på övervakningsskärmen på vårdavdelningen att patienten är på undersökning vilket också gjordes i aktuellt fall.

H2: Ungefär en timma senare hämtades patienten åter från ultraljudsundersökningen. Personal som transporterade patienten meddelade inte ansvarande vårdteam att patienten var åter från undersökningen och anslöt inte heller patienten till hjärtövervakningen. I utredningen av händelsen har det inte varit möjligt att identifiera den person som transporterat patienten tillbaka till vårdavdelning. Analysteamet har därför inte kunnat identifiera orsaken till varför det inte har kommunicerats att patienten är åter.

Det saknas specifika skriftliga rutiner kring hjärtövervakning i samband med transport till undersökning. Oskrivna regler vid aktuell vårdenhet är dock att den personal som transporterar patient från undersökning också är den som ansvarar för att hjärtövervakning åter kopplas upp eller rapporterar till ansvarig personal att patient är tillbaka.

H3: Cirka en timma efter att patienten var åter från undersökningen upptäckte undersköterska i vårdteamet att patienten inte blivit uppkopplad på hjärtövervakningen. Det var för dagen hög vårdtyngd och när hen skulle gå för koppla upp övervakningen igen blev hen avbruten av en annan patient som behövde hjälp och glömde sedan bort att göra det.

H4: En kort stund efter det fick patientansvarig sjuksköterska besked om att patienten var tillbaka från undersökningen. Hen noterade då inte att hjärtövervaket inte blivit uppkopplat utan förutsatte att det redan var gjort. Ansvarig sjuksköterska ansvarade för flera patienter som planerades för utskrivning under dagen.

H5: Kl. 14.25 När kvällsansvarig personal gick sin rond för att hälsa och ta kontroller upptäckte de patienten livlös i sängen. Återupplivning påbörjades omedelbart. Patienten öppnades kirurgiskt på vårdavdelningen. Intern hjärtmassage och defibrillering utfördes. Patienten transporterades till operation där cirkulationen återställdes. Patienten vårdades sedan på intensivvårdsavdelningen i 7 dagar.

Dag 11

Patientens återhämtning bedömdes som utsiktslös varvid cirkulationsstödande åtgärder avbröts. Patienten avled.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

Teknik, utrustning och apparatur

Hjärtövervakningen kopplas rutinmässigt bort vid undersökningar utanför avdelningen på grund av att larmet till hjärtövervakningen inte kan stängas av när patienten befinner sig utanför avdelningen.

Kommunikation och Information

Det finns en ej dokumenterad rutin på avdelningen att den som hämtar en patient från en undersökning är den som kopplar upp övervakning igen eller meddelar ansvarig personal att patienten kommit tillbaka. Det saknas dock en skriftlig rutin kring hur man kommunicerar att en patient är tillbaka eller vem det är som är ansvarig för att se till att uppkoppling sker igen efter undersökningar.

Utbildning och Kompetens

Otillräckliga kunskaper gällande vikten av arytmiovervakning. Under hög arbetsbelastning prioriterar nyanställd annan patient.

Omgivning och Organisation

Det ansvariga vårdteamet hade under den aktuella dagen hög vårdtyngd med flera patienter som skulle skrivas ut, oroliga patienter med stort vårdbehov och flera undersökningar att köra patienter till och hämta ifrån.

Procedurer och Riktlinjer

I verksamheten finns ett vårdprogram för patienter med medfödd hjärtsjukdom men specifika rutiner kring övervakning för denna patientgrupp saknas.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

- MedControl-avvikelsen gällande det aktuella fallet skrevs först ca 2 månader efter händelsen.
- Dåligt fungerande sug på avdelningen när anestesiolagen skulle intubera patienten under hjärtstilleståndet.
- Mycket ont om plats i korridoren på vårdavdelningen när man akut måste transportera patient därigenom.
- Avdelningsläkare vet inte hur ett hjärtlarm låter. Brister i introduktionen för vikarierande läkare.
- Pappersjournaler på avdelningen förvaras i pärmar där det finns flera patienters journalpapper i samma pärm. Stor risk för förväxling.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader är inte beräknade.

4.5 Åtgärdsförslag

Teknik, utrustning och apparatur

Omarbeta befintlig rutin kring att sätta hjärtövervakningen i standby till att använda funktionen med tidsgräns för standby-läge till att gälla 1 timma för alla patienter. De flesta patienter är tillbaka från undersökningar inom en timma och denna åtgärd skulle göra att om det missas att koppla upp övervakning igen efter undersökningar kommer det att ske automatiskt efter en timma. Om patienten inte kommit tillbaka inom en timma kommer det att larma igen, man får då utöka standby-tiden.

Kontakta företaget som tillhandahåller övervakningsutrustningen och undersöka möjligheten att systemet kan känna av om patienten är på avdelningen.

Kommunikation och information

Skapa rutin för hjärtövervakning av patienter med medfött hjärtfel. Tydliggöra i skriftlig rutin vem som är ansvarig för att koppla upp övervakning igen eller rapportera till ansvarig när patienter kommer tillbaka från undersökningar. Ökad säkerhet genom att utöka användandet av SBAR i rapportering, se över utbildningsbehovet i SBAR.

Utbildning och kompetens

Lägga till avsnitt om arytmiovervakning och vikten av densamma i introduktionsmaterialet för ny personal. Patientgruppen med medfödda hjärtfel ökar stadigt och det kräver att vi ser över rutiner men också kunskaper hos personalen kring dessa patienter. Likaså rekommenderas att vid introduktion för all personal bör särskilt fokus läggas på kunskaper kring larm och hur dessa hanteras.

Omgivning och organisation

Översyn av hur man på vårdavdelning fördelar resurser med hänsyn till vårdtyngd.

Procedurer/rutiner och riktlinjer

Förtydliga vårdprogrammet för patienter med medfött hjärtfel med skriftlig rutin gällande dessa patienters hjärtövervakning. Tydliggör vem som är ansvarig för att koppla upp övervakning igen efter undersökningar.

Skapa individuella behandlings/vårdplaner för patienter med medfödda hjärtfel. Nivåkraven på övervakning och vård är beroende av patientens diagnos och hälso-tillstånd. Genom att varje unik patient får en egen plan ökar man säkerheten kring just den patientens vård.

4.6 Åtgärdsförslag Bifynd

Det har tidigare saknats verksamhetsutvecklare i verksamheten. Den tjänsten är nu tillsatt och i positionen ingår ett övergripande ansvar för avvikelseprocessen. Tjänstens innehåll medför att samtliga avvikelser bevakas kontinuerligt.

Ny sug på akutvagnen till vårdavdelningen.

Informera personalgrupp vikten av fri väg i korridor med hänsyn till akuta händelser eller brandutrymning.

Rekommenderar att vid introduktion för alla läkare bör särskilt fokus läggas på kunskaper kring hjärtlarm och hur dessa hanteras.

Förordar att varje patients pappersjournal har en egen pärm.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

Ny sug på akutvagnen till vårdavdelningen	Tidigare sug undermålig	Sektionsledare på vårdavdelning	2018-01
Översyn av fördelning av resurser med hänsyn till vårdtyngd	Pågår redan, tre sektionsledare delar på uppdraget	VEC vårdavdelning	2017
Verksamhetsutvecklare har anställts	Bättre översyn av avvikelshanteringen i verksamheten	Verksamhetsutvecklare	2018-01

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	39
För analysteam	46
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	14
SUMMA	99

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Alla föreslagna åtgärder kommer att vidtas. Störst effekt bör följande åtgärder ha:

Omarbeta befintlig rutin kring att sätta hjärtövervakningen i standby till att använda funktionen med tidsgräns för standby-läge till att gälla 1 timma för alla patienter.

Skapa rutin för hjärtövervakning av patienter med medfött hjärtfel. Tydliggöra i skriftlig rutin vem som är ansvarig för att koppla upp övervakning igen eller rapportera till ansvarig när patienter kommer tillbaka från undersökningar. Ökad säkerhet genom att utöka användandet av SBAR i rapportering, se över utbildningsbehovet i SBAR. Denna rutin ska också föras in i vårdprogrammet för patienter med medfödda hjärtfel.

Lägga till avsnitt om arytmiovervakning och vikten av densamma i introduktionsmaterialet för ny personal. Patientgruppen med medfödda hjärtfel ökar stadigt och det kräver att vi ser över rutiner men också kunskaper hos personalen kring dessa patienter. Likaså rekommenderas att vid introduktion för all personal bör särskilt fokus läggas på kunskaper kring larm och hur dessa hanteras.

För detaljer avseende ansvarsfördelning, tid och metod för uppföljning etc, se bifogade Handlingsplaner gällande huvudhändelse och bifynd.

6.2 Återkoppling

Återkoppling kommer att ske till ledningsgrupp, verksamhetens Patientsäkerhets- och kvalitetsgrupp, berörda medarbetare vid APT och klinisk info på avd 12/25 samt vid Mortalitet och morbiditetskonferens för thoraxanestesiologer och thoraxkirurger.

Närstående kommer att informeras vid ett separat möte.

6.3 Uppföljning

Var god se bifogade handlingsplaner för detaljer. Sammanfattningsvis ska en övergripande uppföljning ske november 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
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan Huvudhändelse

Bilaga 3: Handlingsplan Bifynd