

Kunskapsbanksnummer: KB6111793

Datum: 2018-04-30

Händelseanalys

Succesivt stegrande njurvärde upptäcks ej på patient med ACE-hämmare.

Februari 2018

Analysledare:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

I samband med vården efter en hjärtinfarkt blir patienten insatt på följande läkemedel; ACE-hämmare. Patienten följs upp på vid mottagningsbesök och läkemedelsdosen höjs enligt riktlinjerna. Patienten utvecklar succesivt ett stigande njurvärde som inte uppmärksammas på mottagningen förrän patienten inkommer akut med oklar infektion. Patientens njurvärde är då kraftigt förhöjt och behandlingen med ACE-hämmare kan ha bidragit till denna förhöjning. Syftet med utredningen är att identifiera orsaker som har kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Utredningen visar på svagheter i uppföljning och signering av blodprovssvar som tas på mottagningen. Åtgärder som ska vidtas innebär en strukturförändring och reviderad rutin gällande signering och uppföljning av de provsvar som ordinerats via mottagningen, så att risken minskar för att avvikande provsvar inte uppmärksammas.

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	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

I samband med vården efter en hjärtinfarkt sätts patienten in på följande läkemedel; ACE-hämmare. Patienten får senare succesivt stigande njurvärde som inte uppmärksammas förrän patienten inkommer akut med oklar infektion. Patientens njurvärde är då kraftigt förhöjt och behandlingen med ACE-hämmare kan ha bidragit till denna förhöjning. Syftet är att identifiera orsaker som har kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brutit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

1.1 Uppdragsgivare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-02-23

Startdatum: 2018-03-05

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 180518

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Kardiologi Sahlgrenska
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Kardiologi Sahlgrenska
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Kardiologi Sahlgrenska

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

Avvikelse rapport

Intervju med direkt/indirekt involverad personal

Journalhandlingar

Riktlinjer/rutiner

Samtal med patient

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Följande händelsebeskrivning bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling i ärendet.

Patienten kommer till sjuksköterskemottagning för uppföljning efter en hjärtinfarkt. Under vårdtillfället i samband med hjärtinfarkten har patienten blivit insatt på ACE-hämmare enligt gällande riktlinjer. Patienten är välmående. Prover visar ett något förhöjt njurvärde men enligt gällande riktlinjer kan ACE-hämmardosen ökas under det första besöket. Ett nytt besök planeras in två veckor senare för uppföljning.

I samband med mottagningsbesöket 14 dagar senare så noteras att patienten har ett något lågt blodtryck (100/60) och har de senaste nätterna haft lite ont i magen. Patienten har provat med Novalucol med god effekt. Eftersom patientens blodtryck är lite lågt så avvaktar sjuksköterskan ytterligare dos-ökning av ACE-hämmaren. Nya prover tas och ett uppföljande besök till mottagningen planeras in fyra veckor senare. Sjuksköterskan bedömer patientens allmäntillstånd som mycket gott och patienten går hem. Av oklar anledning missar sjuksköterskan att kontrollera svaren på blodproverna. Patientens blodprover visar ytterligare förhöjning av njurvärdet. I händelse av att provsvar inte uppmärksammas eller signeras så finns en signeringsfunktion på aktuell mottagning där läkare går igenom de provsvar som inte är signerade. Dagen efter att patienten tagit blodprover som visar förhöjt njurvärde så signeras blodprovsvaren av signeringsansvarig läkare på mottagningen utan att det förhöjda blodprovsvaret uppmärksammas. Signeringskorgen är full med osignerade blodprovsvvar från många olika läkar- och sjuksköterskemottagningar på kliniken, samt prover som är tagna inom slutenvården och läkaren upplever listan överskådlig och svår hanterlig.

Ungefär tio dagar efter mottagningsbesöket söker patienten akut pga nedsatt allmäntillstånd och andnöd. Patienten uttrycker att han mådde väl fram tills han blev förvirrad och närstående fick honom att söka akut. Han hade då inte kunnat äta och dricka på några dagar. Akut njursvikt med ett njurvärde på >2000 upptäcks på akutmottagningen tillsammans med misstänkt blodförgiftning. Patienten vårdas initialt på IVA med dialys för sin akuta njursvikt och blir succesivt bättre. Opereras även akut pga inklämt ljumskbråck.

4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information

Omgivning & organisation

Otillräcklig rutin för uppföljning av provsvar på ssk-mottagning.

Teknik, utrustning & apparatur

Koppling mellan Melior och CR saknas.

Utbildning & kompetens

Bristande följsamhet till lokal rutin gällande signering och ansvarsfördelning inom slutenvård och öppenvård.

Procedurer/Rutiner & riktlinjer

Otydlig rutin kring hantering av osignerade provsvar på mottagningen.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Under utredningen av aktuell händelse upptäcktes att en tidigare riskanalys genomförts på uppdrag av chefläkare i samband med breddinförandet av signeringsfunktionen i centralregistret. Vg se bilaga, där vi har markerat viktiga delar. Riskanalysen identifierade två stora risker: a) bevakning av svar och b) läsa/signera. Riskanalysen gav förslag på åtgärder som behövde göras i verksamheterna utifrån de risker som identifierats, vilket också gjordes i aktuell verksamhet. Som bifynd vill vi uppmärksamma att en åtgärdsplan i riskanalysen var att systemförvaltning i Melior/Elvis skulle ta fram ett system som ger signal och visar att ett mycket avvikande provsvar finns. Plan för detta var under 2011. Vi anser att riskanalysen bör aktualiseras centralt för att utreda och återkoppla arbetet med just denna punkt.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patientens behandling med ACE-hämmare och bristen av kontroll av blodprover har bidragit till att patienten i ett senare skede utvecklar akut njursvikt med behov av IVA och dialysvård. Det akuta insjuknandet har medfört ett onödigt lidande för patienten. Inga kostnadsberäkningar är gjorda i denna analys.

4.5 Åtgärdsförslag

Information i läkargruppen om vikten av att signera provsvar på aktuella patienter och uppmärksamma avvikelser.

Starta verksamhetsövergripande projekt för att identifiera följsamhet till befintlig rutin för ev. revidering.

Se över struktur kring provtagningsuppföljning på sjuksköterske-mottagning så som:

Sjuksköterskorna kommer inte signera sina anteckningar i Melior förrän de har tittat på provsvaren för aktuell patient.

Utreda om möjligheten till koppling mellan systemen går att genomföra.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	27

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Vår lådfunktion i labbest är tyvärr inte säker i alla fall. Vid flera fall har prover etiketteras fel och inte hamnat rätt och därför inte blivit signerade eller blivit signerade av fel person. Rutinen för signering av sjuksköterskornas signering i labbest håller på att ses över. För läkargruppen lyfts vikten av att signera av provsvar som är aktuella för patienten vid besöket. Som del i ett större arbete har vi inlett ett övergripande projekt i verksamheten under ledning av vårdenhetschef på aktuell mottagning för att se över hur vi arbetar med labbest på kliniken. Påminnelse av osignerade prover i melior tror jag inte kommer vara en framkomlig väg i nuläget utan kräver en större förändring av ITsystemen.

6.2 Återkoppling

Återföring av händelseanalysen kommer ske på VLG, interna APT för läkargruppen och övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

6.3 Uppföljning

Vi kommer följa upp åtgärder på VLG och APT samt som rapportredovisning av det övergripande arbetet med labbestfunktionen på kliniken som nämns ovan. Efter eventuell revidering av rutin kommer stickprov att utföras för att värdera följsamheten av förändrat arbetssätt.

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
Melior	Elektronisk patientjournal

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf