

Datum: 2018-12-17

Händelseanalys

Oväntat dödsfall två dygn efter för hög dos lugnande läkemedel

November 2018

Analysledare:

Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling
Södersjukhuset AB
Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Uppdrag: Att utreda en händelse där en somatiskt svårt sjuk patient fått tilltagande psykiska besvär och oväntat avlider två dygn efter felaktig läkemedelsordination. Akutsjukhuset är ifrågasatt av psykiatrin för att det missköter patienter på LPT och önskar att patienter skall få läkemedel ordinerade och administrerade av psykiatriutbildad personal på plats. Det existerar ett organisatoriskt glapp, då psykiatrisk konsult är anställda av sjukhuset, men det saknas annan psykiatrisk verksamhet eller psykiatriutbildad vårdpersonal anställd på sjukhuset.

Patienten vårdades på infektionsavdelning, vägrade nödvändig somatisk vård och flyttades till enkelrum för att de andra patienterna blev oroliga. Kontakt togs med sjukhusets psykiatriska konsult, med beslut om vård enligt LPT och ordination av lugnande läkemedel. En mycket stressande situation, i kombination med flera samverkande faktorer, ledde till förlorad situationsmedvetenhet och felaktig läkemedelsordination (för hög dos). Anhöriga eftersöktes hos Skatteverket och med hjälp av polis utan resultat. Patienten andningsövervakades under ett dygn på medicinsk intensivvårdsavdelning och återkom lugn, med bra syremättnad, för fortsatt somatisk behandling. Två dygn senare avled patienten oväntat. Rättsmedicinsk obduktion utfördes.

Kommunikation och Information. En fysiskt och psykiskt stressande och kaotisk situation har i kombination med utformning av tekniskt system lett till tunnelseende och förlorat situationsmedvetande.

Ingen tydlig riktlinje finns för hur eller när kontaktuppgifter till anhöriga ska registreras. Om en patient har begärt sekretess sker ingen kontroll. Det finns rutiner för att eftersöka anhöriga via Skatteverket, eller med hjälp av polis, men detta har inte fungerat.

Omgivning & organisation. Psykiatrin och den akuta somatiska sjukvården har olika organisation, olika huvudmän och olika uppdrag. Önskemål om hur vissa delar ska skötas finns men det saknas gemensamma överenskommelser och riktlinjer.

Procedurer/rutiner & riktlinjer. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) styr vilken vård som får ges i samband med denna.

Teknik, utrustning & apparatur. I läkemedelsmodulen i journalsystemet sker ordination i ml, inte i mg (~~antal ml av en dos innehållande x mg/ml~~). När ordination ges i ml kommer det upp en ruta på raden under med ml-angivelse som anger motsvarande mg-dos. Kontrollfrågor ställs inte.

Utbildning & kompetens. Erfarenhet och vana att ge Stesolid, gör att en äldre erfaren sjuksköterska reagerar på volym och halverar denna på eget bevåg i syfte att dubbelkontrollera med ordinerande läkare i efterhand. En annan erfaren sjuksköterska, som är ovan att ge ordinerat läkemedel Haldol, reagerar på volymen (tre ampuller) och ifrågasätter dosen och dubbelkontrollerar med läkaren.

Åtgärdsförslag:

Ordinationer ska i möjligaste mån ske i lugn och ro utanför patientsal

Ny utbildningsgenomgång av läkemedelsmodulen för läkarchefer och vidare genomgång i verksamheterna.

Att de somatiska och psykiatriska vårdgivarna gör en gemensam riskanalys, för att få underlag till styrande riktlinjer.

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
	Händelseförlopp	5
4.1	Bakomliggande orsaker	9
4.2	Bifynd och andra upptäckta risker.....	9
4.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	10
4.4	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
6.3	Uppföljning	11
7	Ordförklaringar	12
8	Bilagor.....	13

1 Uppdrag

Att utreda händelse där en somatiskt sjuk patient får tilltagande psykiska besvär och oväntat avlider två dygn efter felaktig läkemedelsordination. Patienten bedöms av psykiatriker och vårdintyg enligt LPT utfärdas. Ordination av lugnade medel ordineras av behandlande läkare i samråd med psykiatrisk konsult. Utredningen ska delges psykiatrin för att uppmärksamma eventuella systemfel och komma med förslag för att förbättra vården för patienter som vårdas på akutsjukhus under LPT

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Vo Specialistvård/Infektion
Södersjukhuset AB
Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-12-10

Startdatum: 2018-12-14

1.3 Återföringsdatum

2019-04-01

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Södersjukhuset AB/Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling
Vice analysledare / Vårdadministratör	Södersjukhuset AB/Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling
Analysteammedlem/Läkare	Södersjukhuset AB/Specialistvård
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Södersjukhuset AB/Specialistvård

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Journalhandlingar
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig

4 Resultat

Akutsjukhuset är ifrågasatt av psykiatrin för att det missköter patienter som vårdas under LPT och att dessa patienter skall få ordinerade läkemedel administrerade av psykiatriskt utbildad personal på plats. Om en patient inte vill ta emot nödvändig vård på frivillig bas så stöttar den psykiatriska konsultverksamheten den somatiska (kroppsliga) vården med psykiatriska bedömningar. Sjukhusets psykiatriska konsult är anställda på sjukhusets verksamhetsområde Akut. Tjänstgörande konsult går under kontorstid skyndsammast till berörd avdelning från akuten. Behandlande avdelningsläkare skriver enligt praxis vårdintyget (LPT) och konsulterna ger råd om patienten uppfyller kriterierna enligt lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128). Om kriterierna uppfylls tar den psykiatriska konsulten kvarhållningsbeslut enligt §6 som gäller 24 timmar. Vård som ges under LPT, när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, benämns slutna psykiatrisk tvångsvård. Den somatiska vårdgivaren har då inte huvudansvaret för patienten utan istället är det den psykiatriska vårdgiven som har helhetsansvar, dvs både det psykiatriska- och det medicinska ansvaret. Det förs diskussioner inom regionen om vem som ansvarar för vilka delar av vården och hur ska detta skall skötas praktiskt. All vård är frivillig med undantag för vård under tvångslagarna. En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig somatisk behandling. Här uppstår situationer i gråzonen där livsnödvändig somatisk åtgärd kan vara nödvändig att ge. Den psykiatriska tvångsvården syftar till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. [Lag \(2008:415\)](#). I det aktuella fallet gick det inte att resonera med patienten som var mycket förvirrad och väldigt utåtagerande. Patienten var farlig både för sig själv, för personal och för andra patienter.

Sjukhusets psykiatriska konsult kontaktades med beslut om vård enligt LPT och ordination av lugnande läkemedel. En mycket stressande situation i kombination med flera andra samverkande faktorer ledde till förlorad situationsmedvetenhet och en felaktig (för hög dos) läkemedelsordination.

Sett utifrån akutverksamheten, så måste vårdgivaren vara pragmatisk och snabbt agera och bemöta psykotiska patienter som utgör en fara för både sig själv, personal eller andra på akuten eller på avdelning, d.v.s. inte vänta till dess att psykiatriskt utbildad personal är på plats. På sjukhuset finns det inget hinder för konsulterna att själva ordinera direkt i TakeCare men ordination görs istället oftast per telefon då många situationer inträffar på jourtid. Det finns således en etablerad rutin och vana att avdelningsläkare skriver in ordinationer i journalsystemets läkemedelsmodul. Vanligtvis ges inte höga doser läkemedel till äldre patienter, men svaret på given dos är mycket individuell.

Om akutsjukhuset skall kunna efterleva direktiv med att ordinerad dos skall ges av psykiatriskt utbildad sjuksköterska, måste denna kategori av personal finnas kontinuerligt på plats på akuten. Det dröjer för länge innan personal från psykiatrin är på plats på akutmottagningen eller på avdelningar.

Patienten andningsövervakades under ett dygn på en medicinsk intensivvårdsavdelning och återkom lugn, med bra syremättning, för fortsatt somatisk behandling. Två dygn senare avled patienten oväntat. Rättsmedicinsk obduktion har utförts.

Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Patient som legat på sjukhusets akutmottagning och sedan flyttats till geriatrisk avdelning på annat sjukhus pga. intorkning och lågt blodtryck Där konstaterades en icke tidigare diagnostiserad hypothyreos (låg hormonfunktion i sköldkörteln) samt låg kroppstemperatur. Efter några dagar blir patienten snabbt förvirrad och får ökade psykiska symtom. Patienten flyttades åter till akutsjukhuset och läggs in på infektionsavdelning. Lungröntgen visar pneumoni (lunginflammation) och patienten sätts in på antibiotika intravenöst.

1.

Söndag kväll

Uppgifter om anhöriga saknas. En nattsjuksköterska uppger att patientens lillasyster varit på besök på avdelningen på kvällen och gör en anteckning om detta, men vederbörande noterar inte namn och kontaktuppgifter till anhöriga. Patienten kan inte heller uppge vare sig namn eller telefonnummer. Då uppgifter om anhöriga och kontaktuppgifter saknas, ber personalen kurator att eftersöka anhöriga i Skatteverkets databas, med besked *att patienten är ogift, utan egna barn och att anhöriga saknas.*

Natten mot måndag blir patienten än mer förvirrad och paranoid (vanföreställningar) samt utåtagerande mot personalen. Patienten är våldsam, tar stryppgrepp och sliter bort infartsnålar, droppslangar och kateterpåsar.

2.

Måndag morgon

Kaotisk och ohanterlig situation, med en paranoid och desorienterad patient som ligger i korridoren med en personal bredvid sig. Avdelningens övriga patienter blir oroliga och undrade vad som händer. Patienten flyttas till enkelsal, då det inte går att ge patienten nödvändig vård (vägrar medicinering och omvårdnad) samt svårt att få patienten att ligga kvar i sängen. Sjukhusets psykiatriska konsult kontaktas.

3.

Måndag förmiddag

Psykiatrisk konsult samtalar med behandlande infektionsläkare som är ensam avdelningsläkare i en mycket rörig miljö. Haldol samt Stesolid ordinerar av den psykiatriska konsulten i samråd med ansvarig infektionsläkare. Konsulten vill ge patienten 5 mg Haldol, men infektionsläkaren föreslår 2,5 mg och skriver detta i journalsystemets läkemedelsmodul, dvs "2,5"; övertygad om att det är mg som ordinerats och inte ml. Följden blir att Haldol oavsiktligt ordinerar som 2,5 ml (lösningen är på 5 mg/ml) d.v.s. en dos på 12,5 mg. Den psykiatriska konsulten dokumenterar besluten i journalsystemet. Infektionsläkaren ordinerar även Stesolid i ml, men i detta fall blir "rätt dos" administrerad då ledningssköterskan på eget bevåg "rättar" dosen i syfte att kontrollera med läkaren i efterhand.

4.

Måndag förmiddag

Hur och vem ska skriva in ordinationer? Detta är en organisatorisk fråga då konsulterna på jourtid, inte har datorer och uppkoppling mot journalsystemet utanför sjukhuset. Det finns inte heller någon annan psykiatrisk verksamhet eller psykiatriskt utbildad vårdpersonal anställd på sjukhuset. Det finns inga tydliga gemensamma riktlinjer mellan den somatiska och den psykiatriska vården om detta.

Det finns enligt uppgift synpunkter och önskemål från chefsöverläkaren inom psykiatrin att psykiatriska konsulter på akutsjukhuset själva ska ordinaera i journalsystemet och att ordinerade läkemedel ska ges av psykiatriskt utbildad personal på plats och ej av somatisk personal. Detta fungerar dock inte på jourtid när konsulten utgår från hemmet och inte kan ta del av journaler, eller när det inte finns övrig psykiatriskt utbildad vårdpersonal anställd på sjukhuset.

5.

Måndag förmiddag till tisdag eftermiddag

Infektionsläkaren kommer inte ihåg situationen i detalj, men uppger att det var en "multitask" situation. Läkaren skriver LPT och ordinerar samtidigt vilket leder till att han sannolikt då inte är uppmärksam på själva läkemedelsmodulen utan istället fokuserad på just "2,5". I journalsystemets läkemedelsmodul sker ordination av flytande läkemedel i ml, inte i mg. Dvs *antal ml av en dos innehållande x mg/ml*. När ordination ges i ml, kommer det upp en ruta på raden under med summerad ml-angivelse som anger motsvarande mg-dos. Detta observeras inte! Läkaren säger: *Det är ju mg dvs en viss mängd av en substans man ger en människa. Jag brukar ange i mg och jag var helt inne på det. Sköterskan hade rätt som såg i dokumentet där det faktiskt stod ml. Jag skulle ha frågat innan injektionen, vad har du i sprutan eftersom vi missuppfattade varandra.* Man ordinerar alltid i den beredningsform läkemedlet ges, dvs ml för flytande läkemedel. (Jmf. Antal tabletter á x mg).

Eftersom de är ovana att ge Haldol på avdelningen, uppger sjuksköterskan att hon frågat läkaren om hon skall ge både Haldol och Stesolid, samt ber om att få en skriftlig ordination. Stesolid är däremot vanligt förekommande. Infektionsläkaren uppfattar att de är överens om den ordinerade dosen 2,5 mg Haldol och inte heller att sköterskan diskuterat ordinationen. Dvs läkaren uppfattar inte att ordinationen ifrågasätts. Sköterskan å sin sida uppger att hon reagerat på mängden Haldol (tre ampuller) och påtalat detta genom att fråga om skulle vara 2.5 ml och får svar "Ja 2,5". Samtidigt visar sjuksköterskan sprutan för läkaren. På sprutan står det Haldol 5mg/ml och det är uppdraget 2,5ml. Sköterskan säger att hon frågade: - är du medveten om att detta? Läkaren bekräftade ordinationen och Haldol dosen ges i sin helhet. Arbetsituationen är mycket stressad och infektionsläkaren håller i patientens armar så att sjuksköterskan kan administrera läkemedlet. När det gällde Stesolid så är det en annan erfaren ledningssjuksköterska som följer med in och administrerar Stesolid. Av egen erfarenhet väljer hon att halvera ordinerad dos och ger 10 mg i syfte att fråga läkaren senare. På frågan om sjuksköterskorna använder FASS för att förvissa sig om hur "sällanläkemedel" ska ges, eller för att ta reda på hur mycket en normaldos är, går det inte att få ett klart besked om.

Den ansvarige infektionsläkaren inser tämligen omgående misstaget och gör direkt en avvikelseanmälan på sig själv och går därefter till sjuksköterskan och säger: - "det har hänt något, vi måste prata". Patienten andningsövervakas och man följer blodtryck och syremättnad under dagen. På eftermiddagen vid 15-tiden har patienten ett lågt blodtryck och får vätska intravenöst. Blodtrycket stiger och patienten sover. Kontakt tas med MIVA-jour för diskussion om övervakning på intermediärvårdplats under natten. Patienten överförs till den medicinska intensivvårdsavdelningen (MIVA) för bättre andningsövervakning och vårdas där ett dygn mellan måndag och tisdag eftermiddag. På tisdagsmorgonen har patienten återhämtat sig, efter att ha varit motoriskt orolig av och till under natten. Puls och blodtryck har varierat men syremättnad har varit fullgod på luftandning. Då patienten är vaken, adekvat och utan andningsbesvär, bedöms att den akuta psykosen och Haldol-effekten hade klingat av, varför patienten återförs till infektionsavdelningen vid 13.30 tiden på tisdagen. Under eftermiddagen- kvällen är patienten vaken och pratade lite. Patienten får en halv liter vätska när blodtrycket sjunker och stabiliserades därefter. Man noterar samtidigt en låg urinproduktion. På onsdagsmorgonen är patienten ytterligare förbättrad, pratar med personalen och andades lugnt. Av oklar anledning sker sedan en snabb försämring i andningen under eftermiddagen. Patienten flyttas åter till MIVA, där de på grund av patientens dåliga hälsoläge eftersökte anhöriga med hjälp av polis, utan att någon anhörig påträffas.

6.

Onsdagskväll

Patienten avlider. Pga av tidigare läkemedelsöverdos, anmäls patienten för rättsmedicinsk obduktion. Resultat av den rättsmedicinska obduktionen visar: *"en makroskopisk lunginflammation, halten Haldol var av terapeutisk nivå. Sammanfattningsvis undersökningsfynd och omständigheter talande för att dödsfallet orsakades naturligt till följd av sjukdom med underliggande onaturlig komponent olycksfall, dvs överdosering av Haldol som möjlig bidragande orsak"*.

På fredagen ringer en person till MIVA och uppgav sig vara patientens syster.

4.1 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

- Inga tydliga riktlinjer finns för hur eller när kontaktuppgifter ska registreras. Om patienten har begärt sekretess, sker ingen kontroll. Det finns rutiner för att eftersöka anhöriga via Skatteverket eller med hjälp av polis men detta har inte fungerat i detta fall.
- En fysiskt och psykiskt stressande och kaotisk situation har i kombination med utformning av tekniskt system lett till tunnelseende och förlorat situationsmedvetande

Omgivning & organisation

- Psykiatri och den akuta somatiska sjukvården har olika organisation, olika huvudmän och olika uppdrag. Önskemål om hur vissa delar ska skötas finns, men det saknas tydliga gemensamma riktlinjer.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) styr vilken vård som får ges i samband med denna.

Teknik, utrustning & apparatur

- I läkemedelsmodulen i journalsystemet sker ordination av flytande läkemedel i ml, inte i mg. *Dvs antal ml av en dos innehållande x mg/ml.* När ordination ges i ml kommer det upp en ruta på raden under, med summerad ml-angivelse som anger motsvarande mg-dos. Kontrollfrågor ställs inte.

Utbildning & kompetens

- Erfarenhet och vana att ge Stesolid, gör att en van sjuksköterska reagerar på volym och halverar denna på eget bevåg i syfte att dubbelkolla med ordinerande läkare i efterhand.
- En annan erfaren sjuksköterska, som är ovan att ge ordinerat läkemedel Haldol, reagerar på volymen (tre ampuller) och ifrågasätter och dubbelkontrollerar med läkaren.

4.2 Bifynd och andra upptäckta risker

Det gick inte att spåra anhöriga. Varken Skatteverkets databas eller kontakt och eftersökning med hjälp av polis, kunde få fram några uppgifter. Senare framkommer att patienten hade en syster och syskonbarn.

4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Organisatoriskt glapp mellan den somatisk vården och den psykiatriska. Svårt att överblicka kostnader. En jourlinje på plats 24/7 är inte realistisk i kort perspektiv. Att förflytta patienter är osäkert, ont om vårdplatser.

4.4 Åtgärdsförslag

Teknik, utrustning & apparatur

Läkemedelsmodulen i journalsystemet är skapad som den är. Det är orealistiskt och kanske farligt att få till stånd en förändring i systemet, så att det ordinerar och skrivs in i mg i stället för ml.

Det finns en möjlig teknisk lösning som redan används på bl.a. barnkliniken, där ordinerad dos utanför normalintervallet flaggar/varnar för den som ordinerar.

Analysteamet föreslår: en förnyad utbildningsgenomgång av läkemedelsmodulen för läkarchefer och på läkarträffar för att uppmärksamma riskerna på nytt. Att lösningen på barnkliniken utvärderas och, om den innebär en förbättring, införs generellt.

Kommunikation & information

Den stressade situationen där det ordinerades inne på salen.

Analysteamet föreslår: att avdelningen genomför en ny arbetsrutin där ordinationer i möjligaste mån ska ske utanför patientsal och i lugn och ro så att det kan ställas motfrågor.

Omgivning & organisation

Psykiatrin och den akuta somatiska sjukvården har olika organisation, olika huvudmän och olika uppdrag.

Analysteamet föreslår: att de somatiska och psykiatriska vårdgivarna gör en gemensam riskanalys av gällande rutiner, så att chefläkare och chefsöverläkare får underlag till styrande riktlinjer.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	5
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	33

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Vi avser att gå vidare och genomföra de åtgärder som analysteamet föreslår:

Förnyad utbildningsgenomgång av läkemedelsmodulen för läkarchefer på läkarträffar för att uppmärksamma riskerna på nytt.

TakeCare- lösningen på barnkliniken utvärderas och, om den innebär en förbättring, och det är tekniskt och ekonomiskt genomförbart, införs generellt på vo.

Förslag om att ordinationer i möjligaste mån ska ges i lugn och ro, anser vi redan är genomfört och påminner vid förnyad utbildningsgenomgång av läkemedelsmodulen.

Gällande förslag att de somatiska och psykiatriska vårdgivarna gör en gemensam riskanalys av gällande rutiner överlåter verksamhetschef till chefläkare på sjukhuset att ta ställning till och vilka som ska delta.

6.2 Återkoppling

Till medarbetargruppen på avd 66 och till läkargruppen.

6.3 Uppföljning

Läkarchef återkopplar till verksamhetschef att åtgärder inom Infektionskliniken/Venhälsan är genomförda.

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
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
Tunnelseende	– en kognitiv situation där fokus på uppgiften gör att det perifera synfältet/medvetandet, smalnar av och man sällar bort, missar information vid sidan av fokusområdet.

