

Kunskapsbanksnummer: KB655774

Datum: 2019-04-23

Händelseanalys

Ej påbörjat HLR

Februari 2019

Analysledare:
Länssjukhuset i Kalmar
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Region Kalmar Län

Sammanfattning

62-årig kvinna med KOL i anamnesen inkommer med ambulans till akuten med ökande andningsbesvär som tilltagit de senaste dagarna. Triageras röd och har en NEWS på 13. Akutläkaren bedömer det som kol exacerbation i behov av NIV behandling, differential diagnos lungemboli. Efter lungröntgen, som visar på misstänkt infiltrat, blir kvinnan inlagd på IVA över natten. Blir enligt IVA-läkaren bättre andningsmässigt och lungkonsult kontaktas för övertag till medicinavdelning för vidare vård och utredning av lungförändringen. IVA-läkaren rekommenderar att vidare utreda de förhöjda levervärdena samt ultraljud på hjärtat. Väl på avdelningen beskrivs kvinnan som väldigt andningspåverkad och obstruktiv. Orkar inte äta trots hungrig. Vid eftermiddagsronden sätts lugnande medicin in för att patienten stressar upp sig vilket påverkar andningen. Nya prover ordinerades till dagen efter. Under kvällen är kvinnan mycket trött och andningspåverkad även i vila och är i behov av mycket stöttning. Får till natten lugnande och noterades sovit till och från klockan 02. Vid klockan 04 hittas patienten kall och blå (död) i sin säng. Ansvarig sjuksköterska väljer att ej påbörja HLR.

Sammanfattningsvis har händelsekedjan visat på fler sidospår där olika systemfel identifierats. Dokumentation från alla professioner saknas så som; NEWS, läkaranteckningar, sjuksköterskeanteckningar och läkemedelssigtering samt bristande diagnostiska planer. Bristen på dokumentation har försvårat analysen av händelsen.

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

Utreda händelseförloppet

1.1 Analysledare

Medicinklinikens verksamhetschef
Länssjukhuset i Kalmar
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Region Kalmar Län

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-02-19
Startdatum: 2019-03-12

1.3 Återföringsdatum

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska

Vice analysledare / Sjuksköterska

Enhet

Hälso- och
sjukvårdsförvaltningen/Länssjukhuset i
Kalmar/Medicinkliniken Kalmar

Hälso- och
sjukvårdsförvaltningen/Länssjukhuset i
Kalmar/Medicinkliniken Kalmar

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

190210

62-årig kvinna inkommer med ambulans till akuten med ökade andningsbesvär, som tilltagit de senaste dagarna Anamnes: KOL

1.

190210 kl 1701

Inkomstparametrar

AF 36

SpO2 91 % med 3 L syrgas, BT 145/68, Cor. oregelbunden puls 166 slag/min, RLS 1, Temp 36,9.

Retts Röd

2.

190210 kl 1702

Får Betapred per os, seloken iv och inh-ventolin

Standard prover tas.

ABG samt EKG tas

ABG:

PH 7,19

PCO 7,0

PO2 11,3

Basöverskott -7,3

syrgasmättnad 93

standardbikarbonat 17

EKG:

Sinustakyrkardi 165 slag/min

3.

190210 kl 1717

Nya parametrar

AF 30

SpO2 94% med 3 L O2

BT 139/98

Puls 133

Temp 36,9

RLS 1

Retts orange

4.

190210 kl 1741

D-dimer tas

D-dimer svar: 1,9

Differentialdiagnos lungemboli?

5.

190210 kl 1758

Ny ABG tas

ABG:

PH 7,20

PCo2 6,9

PO2 11,9

Basöverskott -7

syrgasmättnad 94

standardbikarbonat 18

6.

190210 kl 1857

Inläggs IVA för NIV behandling. NEWS 13.

7.

190210 kl 1910

Läkaranteckning:

Bedömning: Anmäkningsvärt med takykardi och även ett positivt D-Dimer. Betraktas som en KOL-exacerbation i behov av NIV. Lungröntgen innan IVA. Vid utebliven effekt av NIV får man fundera på lungemboli och kontakta jouren för ställningstagande till CT-lungemboli.

Lungröntgensvar:

Jmf med 12-02-22.

ingen pneumothorax ses

Jmf med föregående undersökningar det tillkommit 26 x 10 mm stor förtätning i ovanloben av hö lungan av oklar genes. Vidare utredning med CT rekommenderas.

I övrigt ses en generellt ökad interstitiell lungteckning där en ospecifik pneumoni ej kan uteslutas.

Inga konfluerande alveolära infiltrat. Ingen pleuravätska. Hjärtat är inte förstorat.

8.

190210 kl 2037

IVA-läkare inskrivning

KOLexc. Inga akutbesök tidigare. planerade åtgärder: andningsvård och uppvätskning

9.

190211 kl 1009

Läkaranteckning:

Fortsatt ansträngd andning men bättre än vid ankomst. Förändring på lungröntgen ska utredas vidare enligt lungdoktor. Uttalade förhöjda leverprover. Rekommenderas UKG via klinfys. Planeras till avdelning för vidare behandling och utredning

Vänsterkammarmfunktion u.a.

Högerkammare möjligen lätt dilaterad

CT-thorax?

förhöjda leverprover, varför?

Utskrivande IVA läkare skriver i sin skriftliga redogörelse att patienten var vid bättre skick på morgonen, med endast ett par lite syrgas på grimma och att lungmedicinare konsulterades vid övertag.

Lungskonsult bedömde övertagandet som rimligt utefter vad IVA-läkarna informerat om. Dock så skrev han ingen anteckning om detta.

10.

190211 kl 1213

Rapportblad:

Kommer till avdelningen. Våldigt andningspåverkad och obstruktiv. Är hungrig men orkar inte äta pga. andningssvårigheter.

Plan? Läkarkontakt?

Enligt muntlig information från dag sjuksköterskan var anhöriga mycket oroliga, önskade journal utskrift.

11.

190211 kl 1526

Fysioterapeut anteckning

Följer upp andningsträning. Tränar flitigt men har dock ej kunnat komma ur sängen r/t andfåddhet.

12.

190211 kl?

Enligt muntlig information från dag sjuksköterskan, tittade läkaren till patienten innan eftermiddagsronden.

13.

190211 kl 1616

Eftermiddagsrond

Målsaturation 92 %

nya prover 12/2

Lugnande sätts in v.b. r/t att patienten lätt stressar upp sig vilket påverkar andningen.

Ingen läkaranteckning från medicinläkare

Inte heller här, differentialdiagnos? utredningsplan?

Skriftlig information från avdelningsläkaren, där denna påtalar att hon inte kommer ihåg exakt. Patienten måste ha kommit efter rondan. Avdelningsläkaren hade inte haft kontakt med IVA.

Enligt muntlig information från kvällssjuksköterskan frågade hon på eftermiddagsronden angående blodet i urinen och det kraftigt förhöjda leverstatuset. Rondande läkare sa att det skulle tas beslut om detta under morgon dagen.

NEWS skulle tas kl 21 enl. läkaren.

Patienten fick 1 tablett Sobril 10 mg enl. narkotikajournalen, dock ej signerat i läkemedelslistan eller dokumenterat.

14.

190211 kl 1910

Omvårdnadsstatus:

Andningspåverkad även i vila. Vanligtvis uppegående och sköter sig själv. nu mycket trött och tagen, behöver stöttning. Hematuri.

Varför hematuri?

15.

190211 kl 2031

Rapportbladet:

Erbjudit hjälp med kvällshygien flera gånger. Vill inte ha hjälp pga andningen.

NEWS har ej tagits eller dokumenterats.

Enligt muntlig information från undersköterska så kontrollerades SpO2 frekvent under kvällen. Detta har dock inte dokumenterats i mätvärden.

16.

190211 kl 2200

Vill ha sömntablett, får T. Sobril

T.Sobril 10 mg ej signerat i läkemedelslistan. Dock ser vi att 2 st tabl Sobril 10 mg är utskrivna i narkotikajournalen.

17.

190212 kl 0200

Nattundersköterskan renbäddar i sängen. Patienten sovit till och från.

190212 kl 0413

Patienten hittas död i sängen. Är blå i ansiktet. Startar ej HLR

HLR ej påbörjad trots att det inte fanns några behandlingsbegränsningar

Redogörelser av nattpersonal:

Enligt skriftlig redogörelse från ansvarig sjuksköterska så startades ej HLR på grund av att "patienten var då redan kall och blå och därför påbörjades det ej någon HLR"

Enligt intervju samt skriftlig redogörelse från Undersköterska:

Jag satt på expeditionen ansvarig ssk på lungan kom och sa att hon hittat 7:3, död i sängen. Jag tog upp mina papper och sa att men hon är ju inte "nollad". Nej men hon är blå i ansiktet och stel sa sjuksköterskan. Vi gick dit och jag såg ju också att det var som hon sa. Jag frågade dock igen om vi inte skulle starta HLR, att vi måste det men ssk var säker, att det ska vi inte. Enda anledningen att jag ifrågasatte hennes beslut var ju just det att det inte var sagt O-HLR.

Enligt skriftlig redogörelse från sjuksköterska i andra vårdlaget

Jag jobbade på hematologiska sidan och på lungmedicinska sidan jobbade en ssk samt vår gemensamma undersköterska.

Vi är uppdelade och har ansvar för våra specialiteter och därav ingen större koll på varandras patienter då vi inte får rapport tillsammans. Dock hjälps vi åt med ringningar under natten då vi inte alltid är tillgängliga när vi står upptagna på annat håll. Jag var inne på en ringning tidigare under natten på samma sal där patienten låg och då uppfattade jag inget anmärkningsvärt med denne. Under resterande delen av natten hade jag inga ärenden in på salen.

Anledningen till att jag gick bort mot 6 och 7 salen vid 4 tiden på morgonen, var att jag hörde massa oljud därifrån i form av bord och stolar eller liknande som flyttades. När jag kommer in på sal 6 står USK där inne med pat. som jag då inte visste vem det var eller vad som hänt. USK berättar att hon är död och att lungssk. hittat henne och att hon då var kall och blåmelerad, sjuksköterskan hade därför tagit beslutet att inte starta HLR. Då jag inte vet något om pat. frågade jag bara om det inte var aktuellt med HLR r/t till kvinnans ålder, men ansvarig ssk. Tyckte att det gått för lång tid för att starta framförallt utifrån kvinnans fysiska tecken på lång tid av syrebrist. Jag upplever att sjuksköterskan är en fullt kompetent och ansvarstagande sjuksköterska och kan till viss del förstå hennes beslut utifrån hennes bedömning av pat. kroppsliga tecken på lång tid av syrebrist.

4.2 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Flera av kvällspersonalen påtalar HÖG arbetsbelastning på avdelningen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande dokumentation

Utbildning & kompetens

Riktlinjer för HLR

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

Självpupplevd tidspress – åtgärdsförslag i form av ökad bemanning eller förändrad kompetens.

Brister i agerande utanför eget kompetensområde – åtgärdsförslag, utbildning.

Brister i rutiner vid inskrivning/utskrivning – åtgärdsförslag, utbildning kring rutiner samt påminnelse till samtlig personal.

Avsteg från rutiner/instruktioner – åtgärdsförslag, individuell information samt utbildning kring lagar och förordningar.

Brister i rutiner diagnostik – åtgärdsförslag, utbildning.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	5
För analysteam	5
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	10

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Förnyad genomgång för personalen kring rutiner avseende HLR. Ta upp med personal att relevant dokumentation är central.

6.2 Återkoppling

APT på avd. samt info till läkare på onsdagsmöte.

6.3 Uppföljning

Avstämning i patientsäkerhetsgrupp att dessa åtgärder genomförts 200401.

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
NIV	Non invasiv ventilation
HLR	Hjärt- och lungräddning

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf