

Kunskapsbanksnummer: KB6636794

Datum: 2019-05-22

Händelseanalys

Otydlig ordination - bristande rimlighetsbedömning

Mars 2019

Analysledare:

Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Uppdrag och syfte:

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen.

Händelseförlopp:

En patient kommer in på medicinakuten. Patienten är förvirrad, ter sig psykotisk och har synhallucinationer. Har en anamnes på etylöverkonsumtion, men har ej druckit alkohol på några dagar. Patienten erhåller 2 st. T Stesolid 5 mg. Patientansvarig läkare (PAL) ordinerar Inj Stesolid 5 mg/ml 2 ml. Därtill, på en plats längre ner i journalens läkemedelsmodul skriver läkaren instruktioner: 2.5 mg initialt, ytterligare 2.5 mg inför DT hjärna, därefter ytterligare vid behov. Patientansvarig sjuksköterska (PAS) administrerar 2 ml Inj Stesolid 5 mg/ml (10mg) relativt kvickt, lämnar salen. Patienten "kollapsar" och sjuksköterska hos patienten bredvid skyndar dit, PAS och PAL kommer dit. Initialt misstolkas situationen som en anafylaxi då patienten uppvisar röda märken över bröstet. Dessa förstår man kvickt är märken efter manuell smärtstimulering och adekvat behandling sätts in och patienten kvicknar till.

Resultat:

Bedömningen är att administreringen av läkemedlet ej hade inträffat om gällande riktlinjer för läkemedelsadministrering hade följts. Dock vill analysteamet tillägga att PAL använt sig av en blandning av ml och mg i sin ordination, varvid denna får anses som otydlig. PAS bör dock ha kontrollerat denna med PAL. En rimlighetsbedömning bör ha gjorts.

Patienten har fått en två gånger så hög dos av intravenöst läkemedel än vad som avsetts och därigenom utsatts för onödig extra behandling i form av antidot. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

Bakomliggande orsaker/åtgärdsförslag:

De bakomliggande orsakerna som identifierades återfanns inom grupperna "Procedurer/rutiner & riktlinjer" samt "Utbildning & Kompetens". Två åtgärdsförslag är att kommunicera och diskutera denna händelse i medarbetargruppen, att förtydliga vikten av att alltid arbeta efter gällande riktlinjer. Vidare bör akutkliniken erbjuda sjuksköterskorna föreläsningar om journalsystemets läkemedelsmodul och de riktlinjer som omfattar ordination och administrering av läkemedel. Detta kan göras av chefsapotekare eller i den nya workshopsform som medicinkliniken initierat.

Innehållsförteckning

2		
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	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1	5
4 kap.	Ordningställande och administrering av läkemedel.....	5
5	Resultat.....	5
5.1	Händelseförlopp	5
5.2	Bakomliggande orsaker	6
5.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
5.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	6
5.5	Riskbedömning	6
5.6	Händelser av liknande art i verksamheten	6
5.7	Åtgärdsförslag.....	6
6	Tidsåtgång	7
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
7.1	Åtgärder.....	8
7.2	Återkoppling	8
7.3	Uppföljning	8
8	Ordförklaringar	9
9	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Att undersöka händelsen och om möjligt finna åtgärdsförslag som hindrar en upprepning. Händelsen begränsas till att enbart gälla administrationen på akuten.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-27

Startdatum: 2019-05-22

Prioritering av analyser fördröjde starten.

1.3 Återföringsdatum

2019-06-05

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Analysteammedlem / Läkare	Danderyds sjukhus AB/Medicinkliniken
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Vice analysledare / Läkare samt LANS-läkare	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Journalhandlingar

- Riktlinjer/rutiner
- Internutredning eller motsvarande

4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1

4 kap. Iordningställande och administrering av läkemedel

1 § Läkemedel ska iordningställas av en sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En sjuksköterska, läkare eller tandläkare som iordningställt ett läkemedel har själv ansvaret för administreringen av läkemedlet till patienten.

5 § Den som iordningställer ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedelsform samt dosen och doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen. Den som administrerar ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet och ge patienten det ordinerade läkemedlet vid avsedd tidpunkt.

5 Resultat

5.1 Händelseförlopp

Lördag 12:01

Pat skrivs in med förvirring, hallucinationer, ostadig gång. Misstanke om etylöverkonsumtion

1.

12:27

Ankommer till vårdlag, PAS tar över

2.

14:27

PAS administrerar T Stesolid 2 x 5 mg (=10mg)

3.

14:42

PAS administrerar

Inj Stesolid 5 mg/ml 2 ml (=10mg)

Felhändelse:

1) Administration sker enligt skriftlig ordination. Dock saknas en rimlighetsbedömning.

2) Läkaren ordinerar i ml i ordinationen och i mg i instruktioner. Detta ses förvilla vid administration.

4.

14:4X

Pat "kollapsar" kort efter administrationen, team kommer in och börjar behandla patienten

Felhändelse:

Initialt misstolkas det som anafylaxi, men inom kort identifieras orsaken, pat behandlas och kvicknar till.

Pat skrivs ut till beroendeakuten efter att ha försökt att avvika x flera

5.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Läkaren har ej följt riktlinjer gällande administrering. Detta leder till en otydlig ordination.

Utbildning & kompetens

PAS ej hunnit skaffa erfarenhet varvid sjuksköterskan ej kan rimlighetsbedöma.

Utbildning & kompetens

Missuppfattning av akut situation initialt. Detta bedöms dock ha påverkat förloppet och de involverade förefaller ha lärt sig av händelsen.

5.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga funna.

5.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat

5.5 Riskbedömning

Bedömningen är att patienten har riskerat undvikbar vårdskada, men den bedöms vara ringa.

5.6 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har analyserat flera händelser där läkemedel är involverat. Kontakt är tagen med chefsapotekare angående föreläsning för sjuksköterskor. Sjukhuset har även startat en workshop för nyanställda sjuksköterskor med fokus på läkemedel där bl.a. rimlighetsbedömningar diskuteras.

Denna har akutkliniken önskat delta i.

5.7 Åtgärdsförslag

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Händelsen uppfattades kvickt. Läkare och sjuksköterska gick genast till patienten och startade behandling. Initialt uppfattades händelsen som en anafylaxi då patienten uppvisade röda märken på bröstet. Dessa hade uppkommit vid manuell smärtstimulering. Detta uppmärksammades dock kvickt varvid adekvat behandling inleddes och patienten kvicknade till.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Information om händelsen till samtliga medarbetare på akuten	På personalmöte samt lägges upp på intranätet.	PSC + PSL AKM	2Q19
Läkemedelsföreläsning av chefsapotekare	På sjuksköterskemöte	Chefssk + SAS med ansvar för läkemedel	2Q19
Kommunicera ut riktlinje	I veckobrev samt på personalmöte	SAS med ansvar för läkemedel + KVU AKM	2Q19
Deltagande i workshop om läkemedel	För samtliga ssk på akuten	Chefssk	4Q19 (start)

6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	5
För analysteam	3
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	10

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är relevanta. Åtgärdsförslagen berör akutkliniken och dessa ansvarar vi för själva. En ansvarsfördelning och tidplan är gjord och denna tycker jag är relevant. Den workshop som medicinkliniken tagit fram bör snarast skjutas ut på hela sjukhuset för samtliga sjuksköterskor.

7.2 Återkoppling

Analysen lämnas till chefläkaren som får ta ställning till om en Lex Mariaanmälan ska göras. Utredningen kommer att återföras till medarbetarna på APT eller liknande samt därefter kommuniceras ut på akutkliniken egen hemsida.

7.3 Uppföljning

Tidpunkterna för införandet av åtgärder framkommer under 5.7. Uppföljning att så har skett och vad de gett kommer att ske i samband med bokslut 4Q19 av patientsäkerhetscontroller och verksamhetschef på akutkliniken.

8 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
PAS och PAL	Patientansvarig sjuksköterska respektive läkare
Anafylaxi	Anafylaxi är en akut, svår, snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organsystem och är potentiellt livshotande.
Stesolid	Kramplösande läkemedel
LANS-läkare	Läkemedelsansvarig läkare

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf