

Datum: 2015-02-10

## **Händelseanalys**

**Oväntat dödsfall på vårdavdelning**

November 2014

## Sammanfattning

Patient som inkom den 11/11 2014 efter att ha fallit i hemmet av oklar anledning och legat under 3-4 dygn. Kraftigt nedsatt allmäntillstånd, enstaka decubitussår, dehydrerad. Behandlas med antibiotika och vätska. Patient ordineras täta kontroller av vitalparametrar. Dagen efter inkomst tas senaste kontrollen kl 08. Lågt blodtryck, hög puls, ingen urinproduktion sedan senaste RIKning under natten trots >2000 ml per os samt 1500 ml vätska iv. Kontroller är inte utförda under fm trots ordination. I samband med att lunchbrickan tas ut hittas patient avliden i sängen.

### Bakomliggande orsaker

#### Kommunikation & information

- Bristande informationsöverföring
- Otydlig arbetsfördelning

#### Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Bristande tillämpning av rutiner gällande byte av ESS
- Bristande rutin/praxis att överväga EKG vid förhöjt CK och myoglobin

#### Åtgärdsförslag

- Införa arbetssätt där patienter bedömda utifrån ESS 53 ska byta ESS om annat tillstånd verifieras på akuten
- överväga EKG och Tropinserie när det finns en patient med dåligt allmäntillstånd och samtidigt tecken på rabdomyolys
- Säkerställa att informationsöverföring sker systematiskt och tydligt ex SBAR, visualisera på tavla
- Säkerställa att rutin följs gällande efterrondsrapport
- Säkerställa kommunikationen, så att alla vet vem som gör vad

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Initierings- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam .....	4
3	Metodik .....	4
4	Resultat.....	4
4.1	Händelseförlopp .....	4
4.2	Bakomliggande orsaker .....	6
4.3	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång .....	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling .....	7
6.3	Uppföljning .....	7
7	Förklaringar på termer och begrepp .....	7
8	Bilagor.....	7

## 1 Uppdrag

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörda enhetschefer och involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras. Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla dessa till berörda. Chefer vid områden berörda av detta ärende beslutar själva om eventuella åtgärder.

Analysen genomförs i IT-stödet Nitha, Nationellt it-stöd för händelseanalys och efter återföring till mig som uppdragsgivare läggs analysen i avidentifierad form till Nithas kunskapsbank.

Jag ger samtidigt medlemmar i analysteamet tillfälligt tillstånd att gå in i datajournalen VAS och läsa journalanteckningar. Analysledare meddelar uppdragsgivare vilka som ingår i analysteamet.

### 1.1 Uppdragsgivare

Område Hud Infektion och Medicin

### 1.2 Initierings- och startdatum

Initieringsdatum: 2015-01-12

Startdatum: 2015-01-19

### 1.3 Återföringsdatum

2015

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Centrum för Medicinska Specialiteter

## 3 Metodik

Journalanteckningar

Yttrande från berörd personal

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

141111

Inkommer till akuten med ambulans efter oklart fall i hemmet. Legat på golvet flera dygn. Kraftigt nedsatt allmäntillstånd, vaken. Sparsam sjukhistoria

1.

11/11 kl 10.20

Hög prio. Undersöks av läkare 1 inom 10 min. Prover + odlingar tas. Resurin 800ml. Rtg pulm samt kontroller av vitala parametrar x4 ordinerar. Oklar diagnos - sepsis? EKG-undersökning uteblir

2.

kl 13 - 21

Kommer till avd. Läkare 2 ordinerar kompl av prover (CK) samt kontroller av VP varannan timme. Dropp och antibiotika. Ssk 1 i kontakt med jouren ang frekvens av kontroller. Utebliven åtgärd efter provsvar (CK, myoglobin)

3.

12/11 kl 2.52

Patienten har lågt blodtryck och kissar inte. Ssk 2 kontaktar jouren. Läkare undersöker inte patient. Ordinerar ökad dropptakt samt fortsatta täta kontroller av VP. Nya prover på morgonen

4.

kl 7-12

Överrapportering från natt till dag. "Morgonsysslor" hos patient. Rond - patienten som är vaken och medverkar, undersöks av läkare 2 och 3, ordination på dropp, fortsatta kontroller samt väteskebalansräkning. Kontroller av vitala parametrar uteblir efter kl 8

5.

7.30

Patienten får hjälp med hygien och munvård

6.

7.45

Kontroller av vitala parametrar tas, ingen förändring

7.

ca 9.30

Rond (läkare 2 och 3) hos patient. Är vaken och medverkar. Ordination av fortsatt dropp och kontroller. Patologiska provsvar, CK och myoglobin diskuteras ej.

8.

ca 10.15

Patienten serveras extra dryck. Kontroll av vitala parametrar uteblir

9.

ca 11

Patienten får en KAD. Samt omläggning av sår utförs

10.

11.30

Patienten får in en bricka med flytkost

11.

12.30

Patienten hittas död i sängen

Avlider till följd av hjärtinfarkt och cirkulationssvikt med vätska i lungsäckarna

## 4.2 Bakomliggande orsaker

### *Kommunikation & information*

- Bristande informationsöverföring
- Otydlig arbetsfördelning

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

- Bristande tillämpning av rutiner gällande byte av ESS
- Bristande rutin/praxis att överväga EKG vid förhöjt CK och myoglobin

## 4.3 Åtgärdsförslag

- Införa arbetsätt där patienter bedömda utifrån ESS 53 ska byta ESS om annat tillstånd verifieras på akuten
- överväga EKG och Tropinserie när det finns en patient med dåligt allmäntillstånd och samtidigt tecken på rabdomyolys
- Säkerställa att informationsöverföring sker systematiskt och tydligt ex SBAR, visualisera på tavla
- Säkerställa att rutin följs gällande efterrondsrapport
- Säkerställa kommunikationen, så att alla vet vem som gör vad

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	4
För analysteam	0
För involverade medarbetare (intervjuer, återkoppling etc)	4
SUMMA	8

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

De åtgärdsförslag som föreslås bedöms vara realistiska och välgrundade och kommer därför att genomföras. Se bilaga 2, handlingsplan

### 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen kommer att återges till berörda personer.

### 6.3 Uppföljning

Se handlingsplan bilaga 2

## 7 Förklaringar på termer och begrepp

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)
Orsak	Tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till en negativ händelse eller tillbud
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till negativ händelse och tillbud
Felhändelse	En beskrivning av något, som man först i efterhand kan konstatera, gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Förkortning/begrepp	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf