

Kunskapsbanksnummer: KB9373814

Datum: 2019-06-25

Händelseanalys

Paracetamolförgiftning på akuten

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. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

Händelseförlopp:

En patient kommer med ambulanslarm till akutmottagningen efter att ha, medvetet, intagit stor mängd paracetamol i suicidsyfte. SSK1 administrerar Inf Ringer Acetat 1000ml enligt ordination. Efter sedvanliga kontroller tas serumkoncentration av paracetamol, (390 mikromol/L). Läkaren ordinerade ytterligare koncentration några timmar senare. Detta skedde på sedvanligt sätt, som aktivitet i akutuppgifter. Denna tros ha misstolkats av SSK2 då denna har signerat administration av T Alvedon 500 mg x 2. När läkaren vid ett senare tillfälle var inne hos patienten syntes hängandes infusion paracetamol 1g. SSK2 tros ha bytt ut tabletter mot infusion. Ytterligare serumkoncentrationer tas, men inget tyder på att patienten tagit skada av denna administration. Den felaktiga infusionen är inte dokumenterat i läkemedelsjournalen av SSK2.

Resultat:

Bedömningen är att administreringen av läkemedlet ej hade inträffat om gällande riktlinjer för läkemedelsadministration hade följts. SSK2 är anställd av ett externt bemanningsföretag och arbetar inte kvar på sjukhuset och kan därför inte höras.

Patienten har fått en infusion av ett icke ordinerat läkemedel. 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*". Två åtgärdsförslag är att kommunicera och diskutera denna händelse i medarbetargruppen samt att förtydliga att alltid arbeta efter gällande riktlinjer. Vidare bör den pilot-workshop om läkemedel för nya sjuksköterskor breddinföras på sjukhuset då alla sjuksköterskor får ta del av den.

Bifynd:

Medicinska kunskapsbrister hos omvårdnadspersonalen då patienten erhållit det preparat som patienten överkonsumerat i suicidsyfte.

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	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1.....	5
4:e kap.	lördningställande och administrering av läkemedel.....	5
5.2	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
5.3	Riskbedömning	7
5.4	Händelser av liknande art i verksamheten	7
5.5	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
5.6	Åtgärdsförslag.....	7
6	Tidsåtgång	8
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
7.1	Åtgärder.....	9
7.2	Återkoppling	9
7.3	Uppföljning	9
8	Ordförklaringar	10
9	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Startdatum: 2019-06-25

Prioritering av händelseanalyser

1.3 Återföringsdatum

2019-06-27

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare
Vice analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare samt LANS-
läkare

Enhet

Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB/Medicinkliniken
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
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
- Riktlinjer/rutiner

- Kunskapsbanken
- Internutredning eller motsvarande

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

4:e 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.

6§ 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

Analysen visar att patienten har fått ett icke ordinerat läkemedel då SSK ej följt gällande riktlinje för läkemedel. Analysen visar även på bristande kunskap kring patientens sökorsak.

Lördag kl. 16:46

Patienten skrivs in för paracetamolförgiftning

1.

Kl. 16:46

Det framkommer att patienten tagit 40 st. T. Paracetamol 1h tidigare

Ingen felhändelse

2.

Kl. 19:00

SSK1 startar administration av Inf Ringer-Acetate 1000ml.

Ingen felhändelse

3.

Kl. 20:22

S-paracetamol tas, visar 390 mikromol/L

Ingen felhändelse

4.

Kl. 22:43

Läkaren ordinerar S-paracetamol i akutuppgifter.

SSK2 Administrerar 2 st. T Alvedon 500mg pga smärta.

5.

ca 23-01

Det upptäcks att patienten fått 1g paracetamol intravenöst.

Ingen dokumentation finns i läkemedelsjournalen att man administrerat detta läkemedel och av vem. SSK2 är anställd av externt bemanningsföretag och arbetar inte längre på sjukhuset, och har därför inte hörts.

Söndag kl. 07:55

Patienten skrivs hem efter att man har följt S-paracetamol. Patienten drabbas ej, behöver ingen antidotbehandling efter avstämning med GIC.

5.1 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Hög belastning på akuten kan ha bidragit till en stressig arbetsmiljö.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Gällande riktlinjer angående läkemedel har ej följts.

Utbildning & kompetens

Bristande kompetens angående sökorsak då patienten har erhållit det preparat som patienten överdoserat sig med i suicidsyfte.

5.2 Bifynd och andra upptäckta risker

Medicinska kunskapsbrister hos omvårdnadspersonalen då patienten erhållit det preparat som patienten överkonsumerat i suicidsyfte.

5.3 Riskbedömning

Patienten har fått en injektion av ett icke ordinerat läkemedel. Patientens har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

5.4 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har identifierat flera läkemedelshändelser där man tagit fel läkemedel, administrerat läkemedel till fel patient samt administrerat fel dos. Akutkliniken analyserar samtliga avvikelser gällande läkemedel för att belysa vikten av att alltid följa riktlinjer vid hantering av läkemedel. Akutkliniken har även observerat problemen med muntliga ordinationer som ofta ligger till grund för felaktig hantering/administrering och påtalat vikten av att arbeta med skriftliga ordinationer.

5.5 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Extra provtagningar R/T det inträffade.

5.6 Åtgärdsförslag

- Breddinföra workshop angående läkemedel för alla sjuksköterskor på akuten.
- Internutbildning på bred front angående förgiftningar
- Säkerställa bemanning, även då bemanningen denna dag var enligt fastställt plan.
- Uppdatera samtliga medarbetare om riktlinjernas betydelse.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Läkaren som kom in och fann infusionen, stoppade denna och vidtog nödvändiga åtgärder.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Informera om händelsen	På personalmöte samt på intranät	PSC AKM	3Q19
Internutbildning ang. förgiftningar	Föreläsning	UTB +PSL AKM	4Q19
Aktualisera riktlinje om läkemedel och kommunikation enligt SBAR.	På personalmöte samt på check-in	SAS AKM	Redan genomfört
Workshop angående LM	Breddinföra den pilot som genomförts på medicinkliniken	VC AKM eskalerar önskan till DSLG	Redan genomfört

6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	4
För analysteam	16
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	21

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är relevanta. Åtgärdsförslagen berör akutkliniken och dessa ansvarar vi för själva. Förslaget om workshops för sjuksköterskor kommer att, ånyo, aktualiseras för sjukhusledningen. En ansvarsfördelning och tidplan är gjord och denna tycker jag är relevant.

7.2 Återkoppling

Analysen lämnas till chefläkare på sjukhuset tar ställning till om en anmälan enligt Lex Maria 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 i analysen. 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf