

Datum: 2017-10-06

Händelseanalys

Kranskärllsjuk patient avliden i väntan på operation

Juli 2017

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare

Område 6

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Ärendet avser patient som avled i väntan på hjärtkirurgiskt ingrepp. Vid inskrivningssamtalet på vårdavdelning togs inte kontaktuppgifter till patientens anhöriga. När patienten flyttades mellan sjukhus för undersökning fanns inte det som rutin att dokumentera uppgifter på anhöriga på det mottagande sjukhuset.

Patienten genomgick röntgenundersökning och det konstaterades att patienten behövde genomgå kranskärlskirurgi. Patienten fick ett operationsdatum som ligger inom ramen för klinikens riktlinjer och skulle vårdas på sjukhus under väntan. Då det var platsbrist på sjukhus A fick patienten vårdas på sjukhus B i väntan på operation. Försök gjordes under helgen att tidigarelägga operationen men planeringen avbröts eftersom patientens tillstånd var stabilt och operationsresurserna behövdes för akuta fall. På morgonen dagen efter får patienten cirkulationsstillestånd och avlider trots intensiva återupplivningsinsatser. Då upptäcks att kontaktuppgifter till patientens anhöriga saknas i journalen. Ansvarig sjuksköterska kontaktar polis och erhåller ett telefonnummer till en anhörig. Sjuksköterskan ringer vid upprepade tillfällen utan att lyckas komma i kontakt med anhörig. I efterhand har det visat sig att den anhörige väljer att inte svara då det endast visar "dolt nummer" på telefonens display. Senare under dagen för dödsfallet ringer anhöriga för att fråga hur det är med patienten och först då kan anhöriga meddelas att patienten avlidit.

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

Uppdraget är att utreda händelse där en patient med instabil kranskärlssjukdom avled ineliggande i väntan på kranskärlskirurgi och att hans anhöriga inte kontaktades vid dödsfallet. Syftet är att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra en upprepning av händelsen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Thoraxkliniken, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-08-24

Startdatum: 2017-08-25

Slutdatum för händelsen har fått skjutas en månad från planerat slutdatum. Bakomliggande orsak till detta är flera. Händelsen inträffade under sommartid och de som ansvarar för utredning av händelseanalys var på semester. Händelsen berörde personal vid två olika sjukhus och det var ett omfattande arbete att kontakta och intervjua berörd personal och anhöriga.

Återföringsdatum

2017-10-25

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Verksamhetsutvecklare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem / ÖL Thoraxanestesi	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem / Verksamhetsutvecklare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Thorax
Analysteammedlem / Verksamhetsutvecklare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Kardiologi Sahlgrenska

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Journalhandlingar, Melior
- Intervjuer med involverad personal
- Skriftlig dokumentation från jourhavande anestesilog och kirurg.
- Intervju med anhöriga

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten drabbades av bröstsmärtor och sökte akut den 29 juli på Sjukhus A och prover visade på förhöjda hjärtskademarkörer samt förändringar på EKG. Patienten bedömdes ha en mindre hjärtinfarkt och blev inlagd på vårdavdelning. Vid ankomstsamtal med sjuksköterska togs tidigare sjukdomshistoria men anhörigas kontaktuppgifter dokumenterades inte i journalen. Det beslutades att patienten behövde genomgå en planerad kranskärlsröntgen och den 4 juli transporterades patienten till Sjukhus B för att genomföra undersökningen och efteråt komma tillbaka till hemsjukhuset. När patienten anlände till Sjukhus B togs inga kontaktuppgifter till anhöriga då detta inte är rutin utan förväntas redan vara genomfört hos de patienter som kommer från annan vårdenhet och som inte förväntas stanna mer än den tid undersökningen tar.

Vid kranskärlsröntgen som genomfördes den 5 juli sågs en mycket tät förträngning av ett kranskärl. PCI operatör journalförde att PCI team skulle kontaktas om patienten upplevde vilosmärta. Patienten bedömdes vara i behov av att genomgå en öppen kranskärlsoperation och den täta förträngningen innebar att patienten skulle vara inlagd på sjukhus fram till operationsdagen. Patienten presenterades därför samma dag på thoraxkirurgisk operationsplaneringskonferens vid vilken det beslutades att operationen skulle genomföras inom en vecka (12 juli) enligt klinikens riktlinjer. Patienten kvarstannade på Sjukhus B då det uppkommit platsbrist på hemsjukhuset vilket innebar att det inte togs kontaktuppgifter till anhöriga då detta inte är rutin utan förväntas vara genomfört för de patienter som kommer från annan vårdenhet. Det uppmärksammades därför inte att dessa uppgifter saknades i journalen.

Tidigare under sommaren hade några planerade operationer kunnat genomföras under helgtid för att korta väntetiden för patienter som väntar på operation. Möjligheten att tidigarelägga operationen utreddes också i aktuellt fall och beslut togs om att tidigarelägga operationen till lördagen den 8 juli. Patienten informerades av thoraxkirurg den 7 juli att operationen planerades att utföras under lördagen den 8 juli istället för 12 juli. Förberedelser inför kirurgi påbörjades av avdelningspersonal. Ingen dokumentation om given information och orsak om tidigareläggande av operation dokumenteras i journalen.

Patienten tog efter besked om tidigareläggande av operation kontakt med anhöriga och uppgav en oro över sin situation. Beskedet om att tidigarelägga operationen kan av patienten uppfattas som om tillståndet hade förvärrats efter det första beskedet om operation inom en vecka.

På operationsdagens morgon bedömdes att det fanns en stor risk för att patienter som behövde opereras för mer akuta kirurgiska ingrepp inte kunde genomföras. Eftersom patientens tillstånd var stabilt beslutades därför om att skjuta fram operationen och ny preliminär operationstid blev dagen efter dvs söndag den 9 juli. Thoraxkirurg informerade patienten och sjuksköterskan journalför att kontakt skulle tas med kirurg om patientens tillstånd förvärrades.

Under lördagen den 8 juli finns journalanteckning om misstanke om EKG förändringar på telemetriövervakning. EKG utförs och bedöms som utan anmärkning av kardiolog. Enligt läkaranteckning uppgav patienten en domningskänsla i armen under lördag kväll. Klockan 22.43 natten mot söndag uppgav patienten återigen viss smärta och domningar i armen. En dos med nitroglycerin spray ges. Effekt av given dos är inte klarlagd men patienten somnade och sjuksköterskan bedömde då att den haft effekt och ville inte väcka patienten. Patienten följdes kontinuerligt under natten med telemetriövervakning men inga avvikande förändringar av patientens hjärtrytm observerades.

På söndagsmorgonen den 9 juli vaknade patienten med brännande smärta i bröstet och kontaktade personalen. Patienten fick strax därefter hjärtstillestånd. Trots stora medicinska insatser avlider patienten.

Efter konstaterat dödsfall påbörjades försök att meddela anhöriga. Det upptäcktes då att namn och telefonnummer till anhöriga saknades i journalen. Nattpersonalen som hade haft hand om patienten gick hem och lämnade över arbetsuppgiften att eftersöka anhörig till dagpersonalen.

Dagsjuksköterskan försökte få fram kontaktuppgifter genom en sökning på Internet och Eniro och fann att det bor en kvinna på samma adress. Denna person hade dock inte samma efternamn som patienten. Sjuksköterskan gjorde bedömningen att inte kontakta denna person då det fanns risk att känsliga uppgifter kunde komma till fel person.

Dagsjuksköterskan kontaktade då polismyndigheten och fick kontaktuppgifter (mobilnummer) till en anhörig. Sjuksköterskan ringde enligt uppgift ca 7 gånger under förmiddagen men ingen svarade. I intervjun med anhöriga framkommer att anhörig sett samtalen men svarade inte då det i telefonens display står "dolt nummer" och inte något telefonnummer till sjukhuset eller aktuell vårdavdelning.

Under dagen ringde en anhörig till avdelningen och eftersökte den avlidna och får då information om det inträffade dödsfallet.

4.2 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Orsaken till att kontaktuppgifter till anhöriga inte togs vid inskrivning på vårdavdelningen på Sjukhus 1 var att det var en hög arbetsbelastning på vårdavdelningen när patienten anlände. I samband med inskrivningssamtalet påbörjades en anteckning om patientbakgrund med den slutfördes aldrig.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Det upptäckts inte att det saknas kontaktuppgifter till patientens anhöriga under hela vårdtillfället fram till att patienten avlider. Det finns inga tydliga rutiner för vilka journalanteckningar som ska kontrolleras när patienten övertas av annan avdelning på annat sjukhus.

Kommunikation & information

Avsikten för tidigareläggning av operation syftade till att förkorta väntetiden för aktuell patient och andra planerade operationer. Information, samtal om ingreppet och förändrad operationsdag genomfördes av thoraxkirurg enligt intervju. Enligt intervju med anhöriga upplevde dock patienten oro inför kirurgi och att operationen tidigarelagts. Patienten kan ha uppfattat den tidigarelagda operationstiden som att situationen hade förvärrats under vårdtiden. Inför ett omfattande kirurgiskt ingrepp finns risk att information kan vara svårt att ta till sig vilket kan ha förekommit i aktuellt fall.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

När sjuksköterskan ska kontakta anhöriga efter konstaterat dödsfall finns inga uppgifter om anhöriga i journalen. Efter kontakt med polis får sjuksköterskan ett telefonnummer till anhörig. Hon ringer vid upprepade tillfällen men ingen svarar. Orsaken till att anhörig inte svarar är att "dolt nummer" visas på telefonens display och anhörig tror inte att det är från sjukhuset. Det finns inga andra rutiner om hur man kontaktar anhöriga om ingen svarar.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Dokumentation i patientjournalen var bristfällig gällande medicinska beslut, orsak till tidigareläggande av operationsdatum och även varför den senare återigen flyttades fram.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga kostnader är beräknade i denna händelseanalys. Händelsen har inte genererat några extra kostnader.

4.5 Åtgärdsförslag

- Åtgärdsförslag från analysgruppen är att information ska ske till personalgrupper (sjuksköterskor och läkare) på berörda vårdenheter om att kontaktuppgifter ska dokumenteras vid ankomstsamtal. Åtgärd och information till berörd personalgrupp är genomförd direkt efter händelsen. Vidare föreslår analysgruppen att rutiner tydliggörs gällande vilka journaluppgifter som ska kontrolleras när patienten flyttas mellan olika vårdenheter.

- Då händelseanalysen visar att det kan vara svårt som patient att ta till sig information om kirurgiskt ingrepp och vårdplanering föreslår analysgruppen ny rutin där att patienten informeras och tillfrågas om möjligheten att anhöriga kan vara närvarande när information om vård och behandling ges. Analysgruppen föreslår att denna rutin ska vara en fast punkt att ta upp vid ankomstsamtalet. Skriftlig information om hjärtkirurgiska ingrepp finns och ges redan rutinmässigt när beslut tagits om operation.
- Som bifynd har analysgruppen noterat bristande journalföring. I aktuellt fall borde samtalet som gällde förändring av operationsdatum journalförts. Kravet att dokumentera i patientjournalen ska efterlevas av alla personalkategorier. Analysgruppen föreslår att rutin bör upprättas om att samtal och information vid kirurgiskt ingrepp ska dokumenteras i journalen av den som informerat.
- Efter kontakt med Sjukhusets växel har det visat sig vara möjligt att vid utgående samtal programmera telefonen med kommandon som innebär att telefonnumret syns i displayen. Analysgruppen föreslår att detta bör tydliggöras i rutin gällande hur patienters anhöriga kan kontaktas.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	8
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	20

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

De föreslagna åtgärderna bedöms angelägna och bör genomföras. För tidplan etc var god se bifogad handlingsplan.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen är återkopplad i ledningsgruppen för VO Thorax. Den ska också återkopplas i övriga berörda verksamheter via analysteammedlemmarna. Inblandade personer informeras av närmaste chef. När rutinerna är framtagna sker info muntligt vid APT och skriftligt i dokument, veckobrev etc. När beslut tagits om ev Lex Maria etc ska ett nytt samtal genomföras med anhöriga. Anhöriga har hela tiden varit delaktiga i analysen.

6.3 Uppföljning

Åtgärderna följs enligt rutin upp efter 6 och 12 månader. Detta kommer att ske via MedControl, patientenkäter och APT. För detaljer var god se bifogad handlingsplan.

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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan