



Äldre kvinna fick dubbel insulindos - fördes till sjukhus

Nr. 30

Socialstyrelsens fallstudier är analyser av händelser i hälso- och sjukvården där patienter har kommit till skada eller utsatts för risker. En analys visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv. I vissa fallstudier belyser vi också ekonomiska aspekter.

Fallstudierna utgår från en eller flera händelser som har anmälts enligt lex Maria. Detaljer har ändrats så att vårdenheter, personal och patienter inte ska kunna identifieras. I fallstudierna presenteras de aspekter och de delar av händelseförloppet som innebär avvikelser och som ger mest lärdomar för patientsäkerheten.

Artikelnr: 2009-10-111
ISSN 1653-4832
Publicerad: 2009-11-03

Ansvarig utgivare: Per-Anders Sunesson

Redaktör: Lars Rahm

Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm
Tel. 075-247 30 00 | Fax 075-247 32 52

socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Då Alice fick sitt insulin i samband med kvällsmaten blev det av misstag dubbel dos. Undersköterskan som gav injektionen kände sig stressad och var inte van vid den typ av insulinpenna som Alice hade. Hon trodde inte att den första injektionen hade givit Alice något insulin och gav därför en dos till.

Alice hade sedan många år insulinbehandlad diabetes men också en begynnande demenssjukdom och hade därför hjälp med omvårdnadsinsatser i hemmet. Vård- och omsorgspersonal från kommunens hemtjänst besökte Alice flera gånger dagligen, bland annat för att ge insulin med hjälp av en så kallad insulinpenna. Personalen hade delegering för att ge insulin. Delegeringarna hade givits av sjuksköterska inom den kommunala hemsjukvården.

Undersköterskan som var i tjänst den här kvällen och hade delegering för insulingivning, kom hem till Alice i samband med kvällsmåltiden då hon behövde insulin. Undersköterskan kontrollerade ordinationslistan och mätte Alice blodsockervärde



Foto: Maria Ernefors

Insulinpennor kan se olika ut och fungera på olika sätt. Det är viktigt att vård- och omsorgspersonalen får information om olika pennors funktion.

som var normalt. Hon gav den ordinerade dosen med hjälp av insulinpenna, men trodde inte att Alice hade fått något insulin. Hon gav därför ytterligare en dos av insulinet.

Undersköterskan blev nu tveksam till om hon gett korrekt dos insulin och kontaktade därför tjänstgörande sjuksköterska. Efter kontroll av blodsockervärde och insulinpennans funktion konstaterades det att Alice fått dubbel dos av insulinet. Läkare kontaktades och ordinerade upprepade blodsockerkontroller. Blodsockervärdet sjönk alltmer och Alice fördes till sjukhus för vård.



Fallstudie | Nummer 30 | År 2009

Äldre kvinna fick dubbel insulindos - fördes till sjukhus

www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Varför gavs ytterligare en dos insulin?

Undersköterskan kände sig stressad när hon befann sig i situationen då hon skulle ge Alice insulin. Under eftermiddagen och kvällen var det en ansträngd situation med många vårdtagare att besöka i kommundelen. Undersköterskan var också stressad av att hon hade kvar uppdrag som hon ännu inte hunnit med under eftermiddagen. Den höga arbetsbelastningen berodde på att verksamheten organiserats så att vård- och omsorgspersonalen hade minimalt med tid avsatt för varje besök.

En annan orsak till att ytterligare insulindos gavs var att undersköterskan uppfattade att insulindosen inte tillfördes vid det första injektionstillfallet. Undersköterskan förväntade sig att insulinpennan skulle ge ifrån sig ett ”klickande ljud” och att det skulle uppstå ett visst motstånd vid injektionstillfallet. Undersköterskan hade nämligen inte fått information

om att det fanns andra typer av insulinpennor och heller inte utbildning i hur olika sorters insulinpennor fungerar, till exempel att vissa pennor inte ger ifrån sig ljud vid injektionstillfället. Bristerna berodde på att rutinerna för delegeringsförfarandet och uppföljningen av dessa inte innefattade hur vård- och omsorgspersonal skulle informeras och hållas uppdaterade om olika typer av insulinpennor, etc.

Vilka åtgärder kan förhindra en upprepning?

Både vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att vidta åtgärder som angriper de bakomliggande orsakerna till att det ibland blir fel. Ju högre upp ett beslut om generella åtgärder fattas i en organisation, desto fler verksamheter omfattas av åtgärderna. Det är dock viktigt att först analysera om de föreslagna åtgärderna kan medföra nya risker.



Foto: Matton

Efter att ha fått en dubbel dos insulin drabbades Alice av komplikationer så att hon fick åka till sjukhus för vård.



Fallstudie | Nummer 30 | År 2009

Äldre kvinna fick dubbel insulindos - fördes till sjukhus

www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Följande åtgärder kan tillsammans förhindra att andra patienter utsätts för liknande risker.

→ Organisera verksamheten så att det ges förutsättningar för en patientsäker vård, till exempel rimligt med tid avsatt för varje besök. Dessutom kan alla former av läkemedelshantering vara förenat med risker. Därför är det viktigt att även fokusera på de förutsättningar som råder vid hanteringen av läkemedel. Väsentligt är också att vård- och omsorgspersonalen, till exempel vid insulingivning, kan stanna en stund hos vårdtagaren och försäkra sig om att vårdtagaren får i sig mat efter given insulindos.

→ Tag fram och klargör rutiner för delegering som bl.a. innefattar information och utbildning om olika insulinpennor, uppföljning och omprövning av delegeringar, tid avsatt för samverkan och kommunikation

kring delegeringar, etc. Kontrollera och följ upp att rutinerna efterlevs i praktiken. En återkommande dialog mellan den som delegerar och den som tar emot en delegering är också väsentligt för en optimal delegeringsprocess. Det är också viktigt att säkerställa hanteringen av information kring ändringar i ordinationer, det vill säga ändrad dos, ändrat läkemedel eller annan typ av insulinpenna.

Hur gick det för patienten?

Vård- och omsorgspersonalen försökte, utan att lyckas, få Alice att äta tillräckligt för att uppnå normala blodsockervärden. Alice transporterades därför till sjukhus för vård. Hon fick glukosinjektioner och återhämtade sig under natten och kunde återvända hem nästa morgon. Alice drabbades inte av några bestående men.

KAN DETTA HÄNDA I DIN VERKSAMHET?

- Finns liknande inbyggda felkällor i din verksamhet?
- Finns ett fungerande system för att ta tillvara erfarenheterna från avvikelshanteringen och används dessa för att förebygga vårdskador?
- Tillåter kulturen att öppet diskutera fel och misstag?
- Används förebyggande riskanalys för att utveckla patientsäkerheten?
- Hur tar ni hand om och informerar patienter som drabbats av vårdskada?
- Kan förslagen till åtgärder i den här fallstudien användas även på din enhet?

PÅ WWW.SOCIALSTYRELSEN.SE/PATIENTSAKERHET

- En ny publikation om patientsäkerhet (fallstudie, riskstudie eller tema) publiceras regelbundet.
- Bildspel till varje fallstudie och riskstudie.

LÄSTIPS

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (senast ändrad genom SOSFS 2008:29)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- Riskanalys och händelseanalys – handbok för patientsäkerhetsarbete (artikelnr 2009-126-120). *Handboken är framtagen av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland*

Omarbetad version

