

Kunskapsbanksnummer: KB1165228

Datum: 2019-03-08

## **Händelseanalys**

**Felaktig administration av läkemedel**

Februari 2019

## Sammanfattning

Uppdrag från verksamhetschef Iréne Hoglert med syfte att utreda hur patienten fick fel läkemedel.

Händelsen; Barnmorska på förlossningen skulle blanda till en ny bolus-EDA till epiduralkateter och samtidigt blanda nytt oxytocindropp för iv behandling på samma patient. Bedövningsmedlet blandas i 500 ml NaCl i stället för 100 ml och kopplas som dropp iv istället för till epiduralkatetern i tron att hon har blandat ett oxytocindropp.

När hon upptäckte felet informerades ansvarig läkare på förlossningen och patienten direkt. Ansvarig narkosjour, ansvarig primärjour och bakjour barn samt bakjour kvinna kontaktades.

Patienten är kontaktad och önskar kontakt för en muntlig rapport/berättelse om händelsen.

**Bakomliggande orsak:** Lugn arbetsnatt på förlossningen och aktuell barnmorska har mångårig erfarenhet från förlossningsarbete. Arbetar på rutin men sammanblandade två läkemedel.

**Åtgärdsförslag** från verksamheten:

Uppstramning av att alla infusioner till patienter ska vara märkta med namn, personnummer, läkemedel och styrka.

Enskild blandning av smärtstillande till epidural till varje patient.

Föreläsning inom kommunikation till all personal.

Aktuell barnmorska arbetar vid BB tills vidare.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsbeskrivning.....	4
1.2	Händelsen inträffade.....	4
1.3	Händelsen uppmärksammades.....	4
1.4	Händelsen rapporterades.....	4
1.5	Uppdragsgivare.....	4
1.6	Uppdrags- och startdatum.....	4
1.7	Återföringsdatum.....	4
2	Deltagare i analysteam.....	4
3	Metodik.....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp.....	5
4.2	Bakomliggande orsaker.....	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader.....	8
4.5	Konsekvenser för patienten.....	8
4.6	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång.....	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.1.1	Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda.....	9
6.2	Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal.....	9
6.3	Återkoppling/spridning.....	9
6.4	Uppföljning.....	9
6.4.1	Ansvarig för uppföljning.....	9
7	Ordförklaringar.....	10
8	Bilagor.....	10

## 1 Uppdrag

### 1.1 Uppdragsbeskrivning

Utreda händelse kring hur en barnmorska kunde blanda ett smärtstillande läkemedel för ryggbedövning och därefter administrera det intravenöst till en kvinna på förlossningen.

### 1.2 Händelsen inträffade

2019-02-12

### 1.3 Händelsen uppmärksammades

2019-02-13

### 1.4 Händelsen rapporterades

2019-02-13

### 1.5 Uppdragsgivare

Verksamhetschef för Område Kvinna

Region Jämtland Härjedalen

### 1.6 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-02-18

Startdatum: 2019-02-19

### 1.7 Återföringsdatum

2019-03-15

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Patientsäkerhet
Analysteammedlem / Apotekare	Patientsäkerhet
Analysteammedlem / Läkare	Kvinna
Analysteammedlem / Barnmorska/enhetschef	Kvinna
Analysteammedlem / Barnmorska	Kvinna
Analysteammedlem / Barnmorska	Kvinna
Analysteammedlem / Barnmorska	Kvinna

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Kunskapsbanken

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

190212 kl. 08.07

En gravid omfödelska i vecka 40 + 5 dagar kommer in och induceras (sätts igång) med amniotomi (håltagning av fosterhinnan) på indikationen minskade fosterrörelse och för att kvinnan har ett gränsblodtryck.

1.

Kl. 11.50

Barnmorska 1 kopplar ett värkstimulerande dropp.

2.

Kl. 16.42

Narkosläkare kommer och lägger en ryggbedövning på kvinnan som smärtlindring.

3.

Kl. 17.10 - 23.15

Under denna tid syns en avvikande CTG-kurva (mäter fostrets hjärtaktivitet) av och till. Kontroll av laktat (mjölksyra i blodet) görs på fostret flera gånger under förlossningen, och dessa värden är normala. Det värkstimulerande droppet sänks, stängs av och kopplas på igen under kvällen.

Patienten, som nu sköts av barnmorska 2, får också påfyllnad av smärtlindring via ryggbedövning flera gånger.

4.

Kl. 22.46

Barnmorska 3, som nu har övertagit patienten, blandar ny infusion. Barnmorska 3 ska blanda en värkstimulerande infusion men blandar istället en infusion för smärtlindring.

Det smärtlindrande läkemedlet blandas med fel mängd infusionsvätska (ska blandas med 100 ml koksalt men barnmorskan blandar läkemedlet med 500 ml koksalt) och ett vanligt droppaggregat kopplas till infusionspåsen. Barnmorska 3 blandar droppet i tron att det är det värkstimulerande läkemedel som blandas. Barnmorska 3 kontrollerar dock inte det blandade läkemedel mot den blandningsinstruktion som finns i läkemedelsrummet. Påsen läggs därefter in på patientsalen i avvaktan på att kunna byta den. Alla barnmorskor är vana att blanda både läkemedel för värkstimulering och läkemedel för smärtlindring.

5.

Kl. 23.49

Barnmorska 3 administrerar intravenöst, via perifer ven kateter (PVK), den infusionspåse som ligger på patientrummet och som barnmorska 3 tror är ett värkstimulerande läkemedel. Ingen kontroll av läkemedlet görs innan administration. Det finns inget namn eller personnummer på infusionspåsen. Det har, enligt samtal med andra barnmorskor, blivit en praxis på förlossningen att ibland inte skriva namn och personnummer på infusionspåsar.

6.

Kl. 23.50 till 02.40

Barnmorska 3 blandar en värkstimulerande infusion, kl. 23.50 som påträffas på morgonen. Droppet, med det felaktiga läkemedlet, som patienten redan har ökas under denna tid flera gånger då patientens värkar inte intensifieras. Ingen kontroll görs av läkemedlet under denna tid men reflektion görs utifrån att förlossningen inte går framåt men kopplas inte till att kontrollera droppet. Vid intervju med föräldrarna uttrycker de en otrygghet med barnmorska 3 då de bl.a. hör barnmorska 3 kommentera de tekniska apparaterna. Kl. 02.40 stänger barnmorska 3 av droppet pga. fosterljudspåverkan men noterar då inte det felaktiga läkemedlet i droppet.

7.

Kl. 03.30 till 06.15

Barnmorska 3 upptäcker misstaget när en ny påfyllning av det smärtlindrande läkemedlet ska ges och stänger direkt av det felgivna läkemedlet. Kontaktar sedan direkt narkosläkare och förlossningsläkare. Därefter kontaktar narkosläkaren giftinformationscentralen samt narkosbakjour. På giftinformationscentralen saknas dock uppgifter hur läkemedel för smärtlindring som givits intravenöst kan påverka barnet innan förlossningen. Förlossningsläkaren kontaktar förlossningsbakjour och informerar om händelsen. Diskussion förs kring ifall ett kejsarsnitt kan vara till fördel för barnet och mamman. Kontakt tas med neonatalbakjour för att informera och diskutera om de har någon åsikt. Den samlade läkarbedömningen, tillsammans med giftinformationscentralen,

av det inträffade är att den överhängande risken för patienten/mamman med andningsdepression, medvetandesänkning samt kramper är över och man kommer fram till att ett akut kejsarsnitt inte skulle leda till något bättre utfall utan man beslutar att barnet ska födas vaginalt. Enligt ordination av förlossningsläkare görs kontroll av mamman med EKG utifrån risk för kramper.

9.

Kl. 06.28

Värkstimulerande dropp startas upp igen.

10.

Kl. 07.50

Barnet föds men är "tagen" vid förlossningen. Barnet har ingen spontanandning och har navelsträngen lindad ett varv runt kroppen men "hämtar sig" fort och är efter tio min rosigt och fint. Läggas på neonatalavdelning för observation.

2019-02-14

Hemgång för patienten och barnet och båda mår bra.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation, Procedurer/rutiner & riktlinjer och Utbildning & kompetens.

### ***Kommunikation & information***

Kommunikationen gentemot föräldrarna vid patientnära arbete fungerade inte.

### ***Procedurer/rutiner & riktlinjer***

Följer inte författningen HSLF-FS 2017:37 gällande ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård.

### ***Utbildning & kompetens***

Ökad risk för felblandningar när personal själv blandar infusionen.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

- Alla bolusdoser av ryggbedövningen finns inte dokumenterade i ryggbedövningsjournal utan enbart på partogram.
- Personalen roterar mellan förlossning, BB och gynekologisk avdelning men flera känner en otrygghet när de roterar mellan tre olika enheter. Samtidigt tycker andra i personalen att det är en trygghet att det finns fler än personalen vid arbetspasset på Gyn, förlossningen eller BB

som har kompetens om hela verksamheten. Det finns alltid en kollega som kan rycka in eller besvara frågor.

- Infusionspåsen med smärtstillande läkemedel för ryggbedövning används till flera patienter.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskadekostnader beräknade.

#### 4.5 Konsekvenser för patienten

Konsekvens av händelsen var extra övervakning av mor och barn under förlossning och efter förlossningen pga. fel givet läkemedel. Förlossningen blev fördröjd pga. utebliven administrering av värkstimulerande läkemedel. Med tillgänglig information bedöms det inte ha gett eller kommer att ge några negativa långsiktiga konsekvenser.

#### 4.6 Åtgärdsförslag

- Genomgång av vikten av god kommunikation vid patientnära arbete.
- Utredda möjligheten att beställa och använda färdigblandat läkemedel för smärtlindring via ryggbedövning.
- Vårdgivaren ska säkerställa att gällande författning efterlevs.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

- Patientens namn och personnummer ska alltid skrivas på infusionspåsar.
- Infusionspåse med smärtstillande läkemedel ska användas enbart till en patient.
- Berörd barnmorska arbetar nu enbart vid BB

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	15
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	40

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Gällande författning ska efterlevas: Märkning av infusionspåsar med patientens namn och personnummer är infört.

Sedan den 8/3 - 19 blandas en påse smärtstillande per patient och förvaras märkt med namn, personnummer och läkemedel samt styrka i kylskåpet max ett dygn. Verksamheten kommer ha fortsatt kontakt för att diskutera hur man säkerhetsställer att inte intravenösa infusioner sammanblandas med epidural. Även diskutera möjligheten att beställa färdigblandat läkemedel för epidural smärtlindring.



Föreläsning om vikten av en god kommunikation mellan arbetstagare och patient.

### **6.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda**

Kontakt med apoteket om läkemedel är läkemedelsansvarig barnmorska. Områdesledningen beslutar om förändring kan ske. Maj 2019.

Märkning av infusionspåsar med patientens namn och personnummer daglig kontroll av koordinator, funktionsansvariga barnmorskor och enhetschefer. Sammanfattas varje månad i områdesledningen.

Föreläsning om god kommunikation mellan berörd vårdpersonal och patient. Enhetscheferna. Planeras till våren 2019.

## **6.2 Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal**

Händelseanalysen genomgången och diskuterad med berörd barnmorska. Kommer också tas upp med berörda läkare samt därefter med enhetens övriga medarbetare.

### **6.3 Återkoppling/spridning**

Händelseanalysen kommer återföras vid funktionsmöte på förlossningen. Vikten av att infusionspåsar märks med patientens namn och personnummer kommer lyftas vid kommande APT-samt funktionsmöte vid förlossningen och BB.

Patienten med partner kommer erbjudas ett möte för genomgång analysen med MLA och områdeschef.

## **6.4 Uppföljning**

Märkning av infusionspåsar med patientens namn och personnummer kommer löpande följas upp av funktionsansvarig vid förlossningen och BB tillsammans med enhetscheferna. Sammanfattas varje månad i områdesledningen.

Läkemedelsansvarig barnmorska rapporterar till områdesledningen angående möjlighet till olika "infusionspåsar" till intravenösa och epidural administrering samt om möjlighet finns att beställa färdigblandat smärtstillande till epidural behandling.

### **6.4.1 Ansvarig för uppföljning**

Områdesledningen men ytterst områdeschefen.

## 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

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rutin för Förlossningsepidual och Förlossningsspinal (Centuri 07488-4)