

Kunskapsbanksnummer: KB2215345

Datum: 2019-01-08

## **Händelseanalys**

**Blödning ur CVK**

Maj 2018

## Sammanfattning

Händelsen är att en sjuksköterska på sin nattrunda upptäcker ett stopp i en skänkel på en 3-lumen CVK hos en patient. Hen anser sig inte ha tid att försöka spola CVK:n fri och flyttar droppet till en PVK. I samband med tablettgivning till patienten ca tre timmar senare ser allt bra ut vid CVK:n enligt sjuksköterskan. Ytterligare ca 3 timmar senare ringer patienten, när sjuksköterskan kommer in till patienten ser hen att det är blod i sängen korkar saknas på trevägskranen, trevägskranen är öppen samt stängningsbygel stå i öppet läge på CVK:n. Uppföljande Hb visar att värdet är lågt och patienten ordineras och fick 2 enheter blod. Patienten har efter händelsen haft mardrömmar och fått psykologhjälp.

Syftet med händelseanalysen är att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt att föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande.

Bakomliggande orsaker:

- Diskussion förs inte på avdelningen om behov av 3-lumen CVK.
- Dokumentation saknas gällande omläggning av CVK och byte av trevägskranar och korkar.
- Vårdhandbokens rutin kring CVK hantering har inte följts.
- Brister i handhavande och skötsel av CVK på avdelningen.
- Natrutin saknades angående tillsynsfrekvens och hur inspektion ska göras.

Föreslagna åtgärder:

- Utbildning för personalen i CVK rutiner från Vårdhandboken.
- Överväg oftare ett byte till en-lumen CVK innan patient ska till avdelning alternativt diskussion på ronder. Minskar risken för handhavandefel och minskar risken för infektion.
- Träning i hantering av CVK exempelvis via Workshop eller simulering både för befintlig personal och nyanställda.
- Natrutin är framtagen.

## 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 .....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	6
4.5	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång .....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling .....	8
6.3	Uppföljning .....	8
7	Ordförklaringar .....	9
8	Bilagor.....	10

## 1 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten ortopedi Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

### 1.1 Uppdragsgivare

Område 3  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-05

Startdatum: 2018-10-08

semester och sjukdom hos nyckelperson

### 1.3 Återföringsdatum

2019-01-14

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Handkirurgi
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

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

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Dag 1

Patient (pat) inkommer för operation i ryggen. Patient får en central venkateter (CVK) med tre skänklar (3-lumen) under operationen. Denna ligger sedan kvar postoperativt.

1.

Dag 9

Reoperation av rygg

2.

Dag 9, 22.30

Sjuksköterska (Ssk) upptäcker ett stopp i en av skänklarna till cvk och kopplar bort pågående infusion.

Ssk utreder inte stoppet i skänkeln och spolar inte igenom skänkeln/trevägskran enligt rutin.

3.

Dag 9-10 Natt kl 02.00

Patienten ringer på klockan. Har ont och får tablett för smärta. Ssk inspekterar CVK, allt ser bra ut.

4.

Dag 9-10 Natt kl. 05.00

Patienten vaknar och upptäcker att det är vått i sängen, ser att det är blod. Ringer på klockan och en undersköterska kommer in och ser att det blöder ifrån en skänkel i CVK, hen kontaktar Ssk.

En av skänklarna med trevägskran på CVK saknar korkar. Trevägskranen är öppen och clipset som kan stänga skänkeln är i öppet läge utan kork och infusion kopplad.

5.

Dag 10

Patienten sjunker i blodvärde och erhåller 2 enheter blod under dagen.

Dag 10 till dags datum

Patienten upplever mardrömmar efter händelsen och har behövt psykologhjälp.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Diskussion förs inte på avdelningen om behov av 3-lumen CVK.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Dokumentation saknas gällande omläggning av CVK och byte av trevägskranar och korkar.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Vårdhandbokens rutin kring CVK hantering har inte följts.

Utbildning & kompetens

Brister i handhavande och skötsel av CVK på avdelningen.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Under analysarbetet har bifynd framkommit som kan riskera att andra avvikelser kan inträffa.

Avdelningen har, i likhet med flera enheter inom sjukhuset, svårt att rekrytera sjuksköterskor.

Personalen tar ofta extra pass och man har dragit ner på vårdplatser. Det har uppdagats att natrutin och arbetsbeskrivning saknades vid händelsen. Finns en kultur som säger att på natten ska man sova och inte bli störd av personal.

Dokumentationen av den aktuella händelsen är knapphändig och svår att hitta, då dygnets all personal skriver i samma öppnade daganteckning. Finns bristande rutiner angående vårdplaner för bland annat CVK.

Patienten upplevde sig inte trygg med omvårdnaden, upplevelsen var att personalen hade en dålig helhetsbild och att bemötandet inte alltid var det bästa.

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inte beaktat

## 4.5 Åtgärdsförslag

Belysa vikten av all dokumentation kring CVK under vårdtillfället

Träning i hantering av CVK i exempelvis workshop eller simulering både för befintlig personal och nyanställda.

Utbildning för personal i CVK- rutiner från vårdhandboken och information om "app" vårdhandbok för ökad kunskap och tillgänglighet till rutiner

Översyn och diskussion vid rond av behovet av 3-lumen CVK på avdelning

Överväga byte till 1-lumen CVK innan patient ska till avdelning från postop. Det kan minska risken för handhavandefel och infektion.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Samtal med involverad personal	Nattmöten om bemötande, tillsyn 1g/timmen. Ny arbetsbeskrivning för hela dygnet skriven.	Avdelningschef och vårdenhetschef	September
Samtal med patient Samtal med anhörig	Uppföljning vid flertal tillfällen	Avdelningschef och vårdenhetschef	Augusti
Dokumentation	Sjuksköterskemöte om dokumentation och vårdplaner. Samt påminnelse på fokustavla om dokumentation	Avdelningschef och vårdenhetschef	Pågår
Framtagande av rutin/formulär för påskrift	För att säkerställa att medarbetare tagit del av ny information. Regelbunden utvärdering om att rutinerna följts.	Vårdenhetschef	Pågår
Kontakt tagen med intensivvården för utbildning	Gällande CVK och andra infarter	Vårdenhetschef	Pågår

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	70

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Verksamhetschefen ställer sig bakom samtliga förslag i rapporten

### **6.2 Återkoppling**

Återkoppling kommer att ske på läkarmöten respektive möten för sjuksköterskor och undersköterskor samt på enhetens ledningsmöte och APT

### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning kommer att ske under sensvåren och tidig höst -19 genom journalgranskning samt registrering av dem som deltagit i utbildning och i introduktionen för nyanställda



## 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
CVK	Central ven kateter
PVK	Perifer ven kateter

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf