

DAG 0 kl 02

DAG 3 kl 9:55

DAG 3- 4 natten

DAG 6

DAG 8

DAG 9

DAG 10

DAG 46

Barn snittas akut efter misslyckad induktion i v.37+1 pga hotande fosterasfyxi. Tillväxthämmad - 36% Vikt 1940g. Apgar 8- 9- 10. Trombocytopeni. Behandling för hypoglykemi. Navelskateter (NVK) sätts in.

1. Fallande trombocyter, trombocytconcentrar ges. Svängande B-glukos, behov av 20% Glukos kvarstår. Infusionspump larmar upprepade gånger.
Felhandling: Uppmärksamades och analyserades inte vad som var fel med infusionspumpen för att sedan kunna åtgärda.

2. Förhöjd puls i perioder samt förhöjd temperatur. Kvarstående trombocytopeni, misstanke om alloimmun trombocytopeni, prover skickade till Huddinge sjukhus.
Felhandling: Ej uppmärksammat samband mellan symtom och ev trombos.

3. B- glucos stabiliserades, infusinen sänktes till 5- 4ml/ h. Trombocyter fallande och ersätts. Fortsatt hög puls. Temp 38 grader. CRP stegring, antibiotika byts.
Felhandling: Ej uppmärksammat samband mellan symtom och ev trombos.

4. Fortsatt varm och hög puls. Ordination på PVK och Piccline sättning i syfte att ersätta NVK. Upprepade försök som misslyckas. Endokrinkonsult, UCG och RTG planeras till nästa dag.
Felhandling: Byte av NVK till PVK sättning försenades. UCG gjordes inte.

5. På rond bedömer man att ökat blodtryck, temp och stigande CRP kan bero NVK komplikation. UCG görs som visar stor blodpropp i hö förmak. Piccline sätts in. Kardiologkonferens görs, koagulations konsult, thoraxkirurg samt diskussion i läkargrupp. Fragmin infusion startas i samråd. Barnet flyttades till NEO IVA.

6. Kraftigt försämring respiratoriskt och cirkulatoriskt. Pat intuberas. NO kopplas in. Kardiolog kontaktas. Nytt UCG visar misstänkt lungemboli. Trots adekvat respiratorisk vård svårighet att syresätta. HLR utförs pga extrem bradycardi. Kopplas till ECMO. Datortomografi bekräftar lungemboli. Ansvarig läkare rapporterar till LÖL och går på möte mitt i det akuta läget.
Felhandling: A:Thoraxkirurg kontaktades sent i förloppet, inte direkt vid klinisk försämring. B:Bristfällig prioritering av arbetsuppgifter vid vård av svårt sjuk patient.

Patienten skrivs ut till hemmet med ett bra allmäntillstånd. Fragmin behandlas. MR hjärna visade signalförändringar som vid postischemisk skada. Barnet följs upp på neonatalmottagningen.

Orsak: Ej tagit hjälp för att åtgärda pumpfel.

Orsak: Många ovana SSK på avdelningen.

Utbildning & kompetens
Utbildning på infusionspumpar bristfällig på avd.

Åtgärdsförslag: Säkerställa rätt kompetens för infusionspumpar genom utbildning

Orsak: Ovanligt tillstånd. Symtomen kan ha andra orsaker.

Utbildning & kompetens
Bristfällig kunskap ang risker vid användning av NVK.

Åtgärdsförslag: Utbildning på risker på trombos och emboli.

Orsak: Risker vid NVK användning identifieras inte.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Rutin om hantering vid användning av NVK finns inte.

Åtgärdsförslag: Skapa tydliga rutiner/ riktlinjer om hantering av NVK. Risker, max tid, komplikationer

Orsak: Ej uppmärksammat samband mellan symtom och en komplikation relaterad till NVK.

Åtgärdsförslag: Motivera vid varje rond varför NVK eller central infart ska vara kvar

Orsak: Svårstucken patient.

Orsak: Ej tagit hjälp för PVK eller piccline sättning av andra avd på kliniken.

Kommunikation & information
Diskuterat med läkare att det var ok att vänta till nästa dag.

Åtgärdsförslag: Dokumentera om en ordination förändras.

Orsak A: Inte insett allvaret i situationen.

Utbildning & kompetens
Extremt ovanlig och okänd komplikation

Åtgärdsförslag: Mer kunskap om förlopp vid lungemboli.

Orsak B: Svårt välja bort viktigt möte

Omgivning & organisation
Svåra prioriteringar krävs ofta.

Åtgärdsförslag: Diskussion i läkargrupp: Vid vård av allvarligt sjuk patient: Undvika byte av ansvarig läkare under pågående arbetspass.

