

Kunskapsbanksnummer: KB8309321

Datum: 2018-08-20

## **Händelseanalys**

**Felaktig blodtransfusion**

April 2018

Analysledare:

## Sammanfattning

Gravid kvinna inkommer med blödning som leder till behov av urakut kejsarsnitt. Undersköterska ombeds att springa och hämta blod på blodcentralen till det barn som kommer att födas. Har till sin hjälp med sig blankett som anger att det gäller "Akut hämtning av E-koncentrat" hen erhåller e-koncentrat O + positiv när det skulle varit O-negativ. Åter på operation överlämnas blodpåsen till barnsjuksköterska 1 som i denna stund inte kontrollerar blodpåsen. Barnet föds och är i behov av Hjärt-lungräddning vilket genomförs. Ytterligare personal tillkallas. Blod ges till barnet av barnsjuksköterska 2 men hen kontrollerar inte heller blodpåsen innan blodet ges till barnet. Barnet flyttas till annat sjukhus. Barnet avlider på grund av blodbrist orsaka att moderkakan lossnade (ablatio) vilket ledde till blodförlust hos barnet och därmed syrebrist (asfyxi).

Barnet utsattes för risk men felhändelsen orsakade ingen vårdskada då hen fick blodet O+ positiv eftersom hens blodgrupp var Rh-positiv.

Felhändelser som identifierats: Labpersonal läser inte på blanketten där det står att det skall vara E-koncentrat O -negativt blod som skall lämnas ut, utan lämnar ut blod avsett till modern som är O-positiv. Barnsjuksköterska 1 kontrollerar inte blodpåsen när hen tar emot det från undersköterskan som hämtat blodet. Barnsjuksköterska 2 kontrollerar inte blodpåsen innan hen ger det till barnet.

Händelseanalysen visar på bakomliggande orsaker så som stressad situation där flera akuta händelser påverkar varandra samt otillräcklig bemanning utifrån aktuellt läge. Blanketten är inte tydligt formulerad med att den avser blod till nyfödd.

De åtgärdsförslag som ges är att regelbundet träna på att tillämpa CEPS, Centre for European Policy Studies (Omhändertagandet av ett nyfött sjukt barn), tydliggöra blankett att E-koncentrat avser nyfödd samt använda händelse för lärande uppföljning för personal.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam .....	5
3	Metodik .....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling .....	9
6.3	Uppföljning .....	9
7	Ordförklaringar .....	10

## 1 Uppdrag

Felaktig blodtransfusion.

Härmed ger jag verksamhetsutvecklare i uppdrag att medverka som metodstöd i analys av händelsen.

Blodenhet är transfererad till annan blodmottagare än de varit avsedda för. För närmare beskrivning av avvikelsen se labs rapport

Händelsen upptäcktes på neonatalavdelningen.

Kan också i labs rapport noteras att händelsen skedde i april men når inte avvikelssystemet förrän i juni, detta bör också utredas.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörd avdelning att en analys kommer att utföras. Enhetschef informerar berörda medarbetare.

Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån resultatet samt tillse att analysen återkopplas till involverade medarbetare.

För analysteamets sammansättning ansvarar enhetschef.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, Barn-och kvinnokliniken

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-06-11

Startdatum: 2018-06-12

Uppdraget kom 2108-06-11

### 1.3 Återföringsdatum

2018-08-16

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet, samt personal från labs verksamhet.

Roll/titel	Enhet
Analysledare/ Verksamhetsutvecklare	
Vice analysledare/Verksamhetsutvecklare	
Vice analysledare/Verksamhetsutvecklare	
Analysteammedlem/Barnsköterska	Neonatalavdelningen
Analysteammedlem/Undersköterska	Neonatalavdelningen
Analysteammedlem/ Barnsjuksköterska	Neonatalavdelningen

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

2018-04-17

Barnpersonal står utanför operationssalen på förlossningen och väntar på att tvillingar skall förlösas med akut kejsarsnitt.

Barnpersonalen får då ett larm. Det gäller att ett dåligt barn som ska förlösas med urakut kejsarsnitt på centraloperation. Barnpersonalen och barnmorskor springer med då den gravida kvinnan akut transporteras till centraloperation. Det urakuta kejsarsnittet skall göras på centraloperation då förlossningens operationssal är upptagen.

1.

Tid för händelse ca 11:00

Patienten är på operationssal. Barnsjuksköterska 1 tar enligt rutin fram blankett "Akut hämtning av E-koncentrat". Fyller i uppgifter om moderns personnummer enligt rutin när barnet är oförlöst. Lämna blanketten till undersköterska med uppmaning "spring och hämta blod till barnet, lämna lappen i luckan så får du en blodpåse och sedan springer du tillbaka hit med den".

2.

Tid för händelse ca 11.10

Undersköterska kommer till blodcentralen, knackar på rutan och lämnar blanketten till laboratoriepersonal som frågar "Är det till mamman?" och undersköterska svarar ja.

**Felhändelse**

Undersköterska svar ja på frågan att blodet är till mamman

**Orsak:** Undersköterskan är stressad, är inte van att medverka vid förlossning

Får frågan på blodcentralen om E-koncentrat är avsett för mamman

Undersköterskan svarade ja i denna stressade situation

**Felhändelse**

Labbspersonal läser inte på blanketten där det står att det skall vara O neg blod som skall lämnas ut

**Orsak:** Frågan ställs eftersom blod var förberett även till modern.

*Bakomliggande orsak:*

Blankett ej helt tydlig med att det är blod till nyfödd

Labbspersonalen läser inte på lappen att det gäller blod till barn och ställer frågan om det gäller till modern vilket leder till missförstånd hos personen som hämtar blodet.

3.

Tid för händelse ca 11:20

Undersköterska får blodpåsen och springer tillbaka. När hen anländer har barnet blivit fött. Barnet har en avvikande färg. Det står många personer runt barn bordet och utför HLR. Undersköterska lämnar blodpåsen till barnsjuksköterska 1, som lägger den på vagnen där material och läkemedel ligger. Undersköterska blir ombedd att ringa efter ytterligare en sjuksköterska från avdelningen.

**Felhändelse**

Barnsjuksköterska 1 kontrollerar inte vilken blodgrupp det står på blodpåsen.

**Orsak:** Barnsjuksköterskan är stressad, har flera uppgifter att hantera samtidigt i akut situation som är näst intill omöjligt

Förlossning sker på C-operation där omgivningsstöd för urakut snitt saknas. Detta på grund av att annat akut snitt (tvillingar) sker på förlossningen

Sjuksköterskan blir ensam som neonatal-personal innan övrigt stöd kommer

*Bakomliggande orsak:*

Stressad situation där flera akuta händelser påverkar, bemanning otillräcklig utifrån aktuellt läge

4.

Tid för händelse ca 11:30

Barnsjuksköterska 2 kommer. Navelkateter har blivit satt och barnsjuksköterska 2 drar enligt ordination upp blod ur blodpåsen och lämnar till barnsjuksköterska 1 som sprutar in blodet i navelkatetern.

**Felhändelse**

Barnsjuksköterska 1 kontrollerar inte blodet när hen drar upp

Barnsjuksköterska 2 kontrollerar inte blodet innan hen ger det

**Orsak:** Oklar kommunikation mellan barnsjuksköterska om kontroll av blod är genomförd

Se händelse 3

Flera diskussioner pågår samtidigt mellan flera olika professioner

*Bakomliggande orsak:*

Ingen tar ansvar för utvärdering under pågående arbete enligt struktur CEPS

2018-04-17 16:22

Händelsens utfall

Blodcentralen ringer och meddelar att tidigare e-koncentrat som lämnats ut och gavs är O+. Det skulle varit O-. Upptäckten görs när blodplasma beställs till barnet.

Barnet flyttas över till regionsjukvård pga. syrebrist (asfyxi) för kylbehandling.

Barnet avlider på regionsjukhuset.

Barnet hade en Rh-positiv blodgrupp, så transfusionen med fel blodgrupp innebar ingen vårdskada. Barnet dog på grund av att moderkakan lossnade (ablatio) vilket ledde till blodförlust hos barnet och därmed syrebrist (asfyxi).

## 4.2 Bakomliggande orsaker

### *Kommunikation & information*

Labpersonalen läser inte på lappen att det gäller blod till barn och ställer frågan om det gäller till modern vilket leder till missförstånd hos personen som hämtar blodet.

### *Omgivning & organisation*

Stressad situation där flera akuta händelser påverkar, bemanning otillräcklig utifrån aktuellt läge

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

Blankett är ej helt tydlig med att det är blod till nyfödd

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

Ingen tar ansvar för utvärdering under pågående arbete enligt struktur CEPS. Centre for European Policy Studies (arbetssätt för omhändertagandet av ett nyfött sjukt barn).

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Händelsen skedde i april men når inte avvikelssystemet förrän i juni. Vid samtal med personal på blodcentralen framkommer att avvikelse har dokumenterats hos dem i nära anslutning till händelsen men att handläggningen vidare i deras system har dragit ut på tiden.

Dagen för aktuell händelse var kaotisk på förlossningen då flera av varandra oberoende akuta händelser inträffade samtidigt. Situationen kan ha bidragit till att felhändelse inträffade.

Föräldrarna har inte kontaktas för intervju eftersom barnet var Rh-positivt och det blod som gavs till barnet inte påverkade utfallet. Barnet dog på grund av att moderkakan lossnade (ablatio) vilket ledde till blodförlust hos barnet och därmed syrebrist (asfyxi). En annan viktig faktor var att händelsen skedde i april och avvikelsen kom först i juni. Föräldrarna har bearbetat förlusten av sitt döda barn i snart två månader och vi vill inte riva upp detta igen. Händelsen med blodet är enbart ett felaktigt handhavande hos oss.

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskadekostnader uppstod.

## 4.5 Åtgärdsförslag

Regelbundet träna på att tillämpa CEPS.

Tydliggöra blankett att E-koncentrat avser Nyfödd

Använda händelse för lärande uppföljning för personal både inom Neonatal

På lab kommer händelserapporten att tas upp på nästkommande APT med övrig personal där de kommer att prata igenom och se över sina rutiner ytterligare.



### **Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:**

Den blankett som används vid akut hämtning av E-koncentrat har ändrats och nu är rubriken:

”Akut hämtning av E-koncentrat till nyfödd”

## **5 Tidsåtgång**

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	5
För analysteam	18
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	23

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Analysen ger inte svar på felhändelsen, varför fick barnet blod avsett till annan och vilka åtgärder kan göras för att eliminera/minimera risken att det händer igen.

Jag saknar också en sammanfattande bild av den totala situationen på enheterna inom BB Skövde just denna dag, den vårdtyngd och de många akuta/urakuta situationer som inträffade samtidigt har en viktig roll i förloppet men frågan kvarstår, varför lämnades fel blod ut och varför gavs det utan föregående kontroll

Direkt vidtagen åtgärd är ett förtydligande av beställningsblanketten, men även innan förtydligandet står att det avser beställning till nyfödd och att O Rh- ekonc avses . Övriga föreslagna åtgärder ser jag inte direkt kopplade till felhändelsen.

Slutrapporten skickas åter till analysledare/team för komplettering och korrigerig av en del skrivningar i rapporten

### **Efter justering och komplettering av analysen kommer åtgärder vidtas enligt bifogad handlingsplan.**

Utöver direkt vidtagen åtgärd med ett förtydligande av blankett kommer Blodcentralen gå igenom sina rutiner kring akut utlämnande av blod till nyfödd. Genomgång av rutiner för identitetskontroller vid blodtransfusion skall ske på neonatalenheten. Hela verksamhetsområdet barn- och kvinnosjukvård kommer också att införa identitetskontroll vid blodtransfusion via scanning

Teamträning i akuta situationer görs regelbundet och efter akuta situationer bör involverade medarbetare ges tid för reflektion över vad som fungerade bra respektive förbättringsområde

## 6.2 Återkoppling

Enhetschef neonatal ansvarar för återkoppling av rapporten till involverade och till övriga medarbetare.

I samband med uppföljningssamtal med föräldrarna informeras de om analys och resultat.

## 6.3 Uppföljning

Uppföljning sker via ärendelogg och i ledningsgrupp för barn- och kvinnosjukvården

## 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
CEPS	Centre for European Policy Studies (Omhändertagandet av ett nyfött sjukt barn)
Transfunderad/Transfererad	Överföra
Asfyxi	Syrebrist
Ablatio	Avlossning

Kunskapsbanksnummer: KB8309321

Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rapport från lab

Bilaga 3: Handlingsplan