

Kunskapsbanksnummer: KB8431744

Datum: 2019-05-23

Händelseanalys

Felplacerad Clinifeedingsond

Februari 2019

Godkänd

Datum:

Verksamhetschef

Analysledare:

Anestesi- och Intensivvårdskliniken

Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Analysgruppen hade i uppdrag att belysa hur händelsen, accidentellt felplacerad clini-feedingsond gått till, om man följt gällande medicinska riktlinjer vid nedläggning av clinifeedingsond och om behov finns av ytterligare/förtydligande av riktlinjer.

Patient med anamnes tablettbehandlad diabetes mellitus typ 2 och hypertoni som efter fall i hemmet en tid har vårdats på geriatrisk vårdavdelning för utredning av uremi och minnessvikt. Under vårdtiden har patienten försämrats och blir akut medvetandesänkt. Hen överförs akut till Danderyds sjukhus och läggs intensivvårdsavdelning (IVA) med sepsisbild. På IVA behandlas patienten för ketoacidosis och akut njursvikt. På sjunde dygnet är patient stabil, intensivvårdsåtgärder är uttrappade och hen är vaken. Hen kommunicerar inte med ord men bedöms kommunikativ då hen följer uppmaningar och fäster med blicken.

Hen planeras för utskrivning till njurmedicinsk vårdavdelning. I väntan på att det kunde frigöras en vårdplats skulle patient få stanna ytterligare ett dygn på IVA. Hen bedömdes kunna försörja sig partiellt per os, men en tid också behöva stödnutrition via sond. För patienten komfort och med tanke på den retning på slemhinnor beslutades det om att byta den grova ventrikelsonden (V-sond nr 14) som patienten hade till en tunnare clinifeeding sond. Byte av sond utfördes av sjuksköterska under vidareutbildning (ssk.1). Inför bytet gick handledaren (ssk 2) och ssk 1 igenom de olika momenten. Kort efter uppstart försämrades patienten tillstånd och vid röntgen konstaterades att sonden låg i patienten lunga.

Analysteamet har identifierat att det fanns en otydlighet och bristande kommunikation och informationsöverföring mellan ansvarig läkare (läk 1) och sjuksköterskorna (ssk 1 och 2). Därtill tillkommer en svaghet i enhetens rutiner för dokumentation vid av byte av sond och användandet av två olika journalsystem. Analysteamet föreslår att enheten ser över sina rutiner vid nedläggning av sond både vad gäller rutin för dokumentation och kommunikation rörande ordination, utförande och kontroll vid nedläggning och byte.

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	7
4.3	Åtgärdsförslag.....	8
5	Risk och konsekvensbedömning.....	9
5.1	Konsekvens för patienten.....	9
5.2	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	9
5.3	Information till Anhöriga	9
5.4	Tidigare händelser av liknade art	10
	Tidsåtgång	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling	10
6.3	Uppföljning	10
7	Ordförklaringar	11
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Belysa hur händelsen gått till. Har man följt gällande medicinska riktlinjer? Finns behov av ytterligare riktlinjer? Hur är det med ansvarsfördelningen mellan handledare och vidareutbildnings student på IVA?

1.1 Uppdragsgivare

verksamhetschef

VO Anestesi- och Intensivvårdskliniken

Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-15

Startdatum: 2019-03-15

1.3 Återföringsdatum

2019-04-29, återkoppling till uppdragsgivare, vårdenehetschef, chefsjuksköterska och ledningsansvarig läkare för IVA.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet.

Roll / titel	Enhet
Analysledare / patientsäkerhetscontroller, intensivvårdssjuksköterska	/Anestesi- och Intensivvårdskliniken
Analysteammedlem / kvalitetsutvecklare, intensivvårdssjuksköterska	/Anestesi- och Intensivvårdskliniken
Analysteammedlem patientsäkerhetsläkare, professor inom anestesi och intensivvård	/Anestesi- och Intensivvårdskliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på uppgifter som framkommit från:

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunniga
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

Se även analysgraf, bilaga 1.

4.1 Händelseförlopp

Patienten med tablettbehandlad Diabetes mellitus och hypertoni inkommer med ambulans till akutmottagning efter ett flertal fall i hemmet. Patienten har yrsel och urinstämma. Vid ankomst tappas patienten på 1400 ml resurin och sätts in på antibiotika. Där efter överförs hen till geriatrisk vårdavdelning på annat sjukhus för utredning av uremi och mobilisering. Under vårdtiden planeras även utredning av minnessvikt, Parkinson alternativ Lewy Body demens. Patienten har under vårdtiden genomgående dåligt mat- och vätskeintag i kombination med diarré och kräkningar och försämras succesivt.

På vårddygnet 10 överförs patienten akut med ambulans till akutmottagningen på Danderyds sjukhus. Vid ankomst är patienten medvetandesänkt, cirkulatoriskt instabil, påverkad andning, dålig syresättning och är anurisk (ingen eller mycket liten urinproduktion). Prover visar påverkad njurstatus och förhöjda infektionsparametrar. Grav laktacidosis konstateras, troligen utlöst av för högt dosintag av metformin (läkemedel för behandling av diabetes mellitus) i kombination med urinvägsinfektion. Patienten är septisk.

Patienten sövs, intuberas och läggs i ventilator. Avlastande ventrikelsond nr 14 (V-sond) sätts. Behandling med cirkulationsstabiliserande läkemedel och korrigerande av acidosis påbörjas. Dialys startas. Antibiotika behandling pågår.

På andra intensivvårdsdygnet startas enteral nutrition via V-sonden.

Patienten stabiliseras cirkulatoriskt och respiratoriskt och på femte dygnet avslutas dialysen och patienten extuberas. Inför extuberingen stoppas den enterala nutritionen tillfälligt för att startas på nytt. Hen har en del slem. Hostar på uppmaning. Hoststöten är hyfsad. Näst kommande dag, dag 6, har patienten god spontanandning, adekvat saturation och är cirkulatoriskt stabil. Magen är igång, tarmljud hörs. Full enteral nutrition via V-sond pågår. CRP är sjunkande. Antibiotika är utsatt sedan föregående dag. Hen är vaken och tittar upp på tilltal, men kommunicerar inte verbalt. Hen hostar upp slem och behöver hjälp med att suga ren munhålan. Patienten tillstånd förbättras ytterligare och planeras för fortsatt vård och mobilisering på njurmedicinsk vårdavdelning.

Förutsättning: Dag 7

Patienten är inte längre i behov av intensivvård, men på grund av platsbrist på vårdavdelningen behöver hen stanna på IVA till nästa dag. Patienten är vaken och bedöms som orienterad till tid och rum. Kommunicerade inte med ord men följer uppmaningar och ger ögonkontakt.

Tid för händelse: **Förmiddag/rond**

1.

Vid rondtillfället närvarar ansvarig läkare, specialist i anesthesi och intensivvård (läk 1), randande läkare, sjuksköterska under vidareutbildning till intensivvårdssjuksköterska (ssk 1) och dennes handledare, utbildningsansvarig sjuksköterska på IVA (ssk 2). Under rondan tillkallas läk 1 till en annan patient och lämnar därför rondan.

2.

Man diskuterar under rondan att hen skulle kunna försörja sig partiellt per os men en tid framöver skulle behöva stödnutrition via sond. Akut remiss skrivs till logoped för kontroll av sväljfunktion

Det hade inte retinerat/backat från magsäcken via den tidigare lagda V-sonden och med tanke på påverkan på slemhinnor och en ökad slemproduktion diskuterades byte av den grova V-sonden till en smidigare clinifeedingsond.

3.

Läk. 1 är inte närvarande när diskussionen förs om byte av sond, utan informeras om det av ssk 2 när hen är tillbaka. Läk. 1 har inget att invända och noterar clinifeedingsond under etik på "rondmallen". Hen uppger att hon trots att sondens läge skulle kontrolleras via röntgen innan sondnäringstillförelse startas.

Händelse: Dokumentation görs enligt med enhetens riktlinjer på pappersdokumentet "Rondmall".

4.

Aktivitet: Som en del i utbildningen ska sonden läggas av ssk 1. Inför nedläggning går ssk 2 igenom alla moment igenom steg för steg med ssk 1.

5.

Aktivitet: Vid nedläggningen är patienten sittande. Vid första och andra försöket är man osäker på läget och sonden backas. Tredje gången hörs så kallade kurr-ljud. Kontroll av läge görs både med nedsprutning av luft och kontroll om retur av luft i vattenglas. Vid första och andra gången kontrolleras även läget av både ssk 1 och ssk 2. Tredjegången kontrolleras kurr-ljud endast av ssk 1. Men då kontroll även görs med vatten och inga luftbubblor syns känner sig även ssk 2 trygg med att

sonden nu ligger rätt. Kontroll med lackmuspapper var inte aktuellt då ingen retention från ventrikel fanns.

Händelse: Läk 1 informeras inte om de tre försöken som behövdes innan sonden bedömdes ligga i ventrikeln (magsäcken).

6.

Ssk 1 dokumenterar byte av sond i journalen.

Händelse: Det framgår inte i sjuksköterskeanteckningen om förloppet vid nedläggningen av sonden, att sonden fick backas två gånger.

7.

Aktivitet: Sondmat startas.

8.

Tid för händelse: Eftermiddag

Händelse: Under eftermiddagen och tidiga kvällen blir patienten cirkulatorsikt instabil, saturationen försämras, stigande kroppstemperatur noteras. Cirkulatoriskt stabiliserande åtgärder sätts in. Non invasiv ventilation startas. Blod- och urinodling görs. Behandling med antibiotika påbörjas. Vid lungröntgen konstateras att Clinifeedingssonden ligger i höger lunglob. Sonden avlägsnas.

Utfall: Patienten utvecklar total atelektas i vänster lunga. Mot bakgrund av patientens långa och komplicerade sjukhistoria bedömer man att upptrappning av vården inte gagnar patienten. Man beslutar i samråd och enligt sjukhusets rutiner om behandlingsinskränkningar vilket dokumenteras i journalen. Patienten avlider i stillhet tre dagar senare.

4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

Kommunikation & information

1. Bristfällig kommunikation och ordination av medicinsk åtgärd.

Bakomliggande orsak: Det var inte känt att enheten inte hade som rutin att alltid kontrollröntga läge innan uppstart av nutrition via clinifeedingssond.

2. Bristfällig kommunikation och information om att vissa svårigheter hade varit vid nedläggning av sonden.

Bakomliggande orsak: Då det vid två tillfällen hade rått osäkerhet om sondens läge hade det varit önskvärt att läk.1 informerats. Kommunikationen hade gett möjlighet till ställningstagande av kontrollröntgen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

3. Bristfällig dokumentation av ordination och av utförande och resultat av medicinsk åtgärd.

Bakomliggande orsak: Enhetens rutiner för dokumentation av ordination av clinifeedingsond har följts. Pappersdokumentet "Rondmall" ses som likvärdig med ordination dokumenterad i journalsystemet i Take Care. Efter patientens avslutade vård scannas "Rondmallen" tillsammans med övrig pappersdokumentation in i patientens journal i Take Care. Dock kan ses att det finns en svaghet i att enheten har två typer av journaldokumentation.

4. Bristfällig dokumentation av utförande och resultat av medicinsk åtgärd.

Bakomliggande orsak: Enhetens rutiner för dokumentation av byte av sond har följts. Resultat av detta är att det saknas dokumentation om de upprepade försöken att få sonden i rätt läge och på vilket sätt läget var kontrollerat och säkerställt.

5. Bristfälligt säkerställande av sondläge.

Bakomliggande orsak: Det finns inga lokala riktlinjer för nedläggande av clinifeedingsond utan man följde "Vårdhandbokens" rekommendationer. I Vårdhandboken framgår: "Vid osäkerhet om sondens läge ska läget kontrolleras med röntgen. Detta gäller speciellt patienter med nedsatt reflexförmåga och medvetlösa patienter eller om sonden ska ligga i tunntarmen." I detta fall bedömdes inte situationen var av den art att kontrollröntgen var nödvändigt.

Utbildning & kompetens

Legitimerad sjuksköterska under vidareutbildning.

Utbildningen av studerande på IVA görs enligt peer-learning. Peer-learning innebär att studerande får genom eget och gemensamt ansvar för sal och patientvård lära ett integrerat samarbete över professionerna.

Ssk.2 är legitimerad sjuksköterska med god yrkeserfaren. Hen bedömdes därför av handledaren, ssk.1 att därför kunna ta egenansvar i denna åtgärd att lägga ner clinifeedingsond.

4.3 Åtgärdsförslag

Kommunikation & information

1. Kommunikation och informationsöverföring av ordination av medicinsk åtgärd och resultat av utförande bör diskuteras interprofessionellt. Bättre kommunikation mellan läkare och sjuksköterska hade möjliggjort utökad kontroll av sondläge.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

2. Översyn av dokumentation av medicinska beslut. Analysgruppen ser mer att det föreligger en svaghet i att enheten har två olika journalsystem. Enheten bör se över sina riktlinjer för att bättre säkerställa tillgänglig och tydlig dokumentation av läkarbeslut.
3. Översyn av dokumentation av genomförda och resultat av medicinska åtgärder. Dokumentation av byte av sond har gjorts enligt enhetens rutiner. Dokumentationen är knapphändig det finns ingen dokumentation från sjuksköterskeanteckningen att sondbyte har gjorts och antalförsök. Enheten bör se över sina riktlinjer för dokumentation av genomförande av medicinska åtgärder och resultat av dessa.
4. Rutin vid nedläggning av sond. Analysgruppen rekommenderar med bakgrund av IVA-patientens skörhet och försvagade hosstötreflexen att se över riktlinjer för kontroll av sondläge på intensivvårdspatienter.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

- Information om händelse till ansvariga chefer på enheten.
- Information om det inträffade till involverade medarbetare.
- Information om inträffad händelse till övriga medarbetare på enheten.
- Avvikelsesrapportering.

5 Risk och konsekvensbedömning

5.1 Konsekvens för patienten

Den felaktigt placerade sonden och tillförsel av sondlösning har medfört att en lunga och patientens syresättning påverkats. Det går inte att avgöra hur allvarlig denna påverkan blivit efter en kort tids tillförsel. Att skadan bidragit till en försämring av patienten tillstånd är uppenbart. Mot bakgrund av patienten sjukhistoria tillsammans med den akut skada bedömdes att upptrappning av vården inte skulle gagna patienten. I samråd med anhöriga beslutades om behandlingsinskränkningar. Patienten avled i stillhet i bilden av en multiorgansvikt.

5.2 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Förlängd intensivvård.

5.3 Information till Anhöriga

Anhöriga har informerats om det inträffade av läkare 1, specialist i anestesi och intensivvård.

5.4 Tidigare händelser av liknade art

På enheten har det inte tidigare rapporterats om händelser av liknande art.

Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	55

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

ÅTGÄRD	ANSVARIG	KLART
Se över rutin för kommunikation och dokumentering vid rond.	IVA Sektionschef IVA Vårdenhetschefer	Q3 2019
Översyn av rutiner för dokumentation av medicinska åtgärder	IVA Sektionschef IVA Vårdenhetschefer	Q3 2019
Översyn av riktlinje för sond	IVA sektionschef	Åtgärdad maj 2019
Falldragning	IVA Sektionschef IVA Vårdenhetschef	Juni 2019

6.2 Återkoppling

Falldragning och presentation av fallet, ex MoM möte (mortality morbidity möte), interprofessionellt på IVA.

6.3 Uppföljning

Se ovan.

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
polyurin	Ett tillstånd som innebär ökning av urinmängden och ökad frekvens av vattenkastning, vanligt förekommande i diabetes ...
Laktatacidos	Tillstånd som utvecklas på grund av metforminintoxation

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf