

Kunskapsbanksnummer: KB898269

Datum: 2019-05-10

Händelseanalys

Uppföljning vid KAD

Oktober 2018

Analysledare:

Central analysledare
Region Västerbotten

Sammanfattning

Föreliggande analys är utförd på uppdrag av verksamhetschef och syftar till att klarlägga händelseförloppet samt att finna bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag som minskar risken för återupprepning gällande en patient läggs in på sjukhus på grund av hjärtsvikt. Under vårdtiden har patienten svårt att tömma urinblåsan och en kvarliggande urinkateter (KAD) sätts. Patienten går hem med KAD och drabbas senare av komplikationer relaterade till KAD som föranleder sjukhusvård.

De felhändelser som identifierats är bristande dokumentation kring katetersättningen, brister i rutiner och kommunikation kring uppföljning och byte av KAD samt att patienten drabbas av en allvarlig blodförgiftning utgången från urinvägarna (urosepsis).

Bakomliggande orsaker till felhändelserna är:

- procedurer/rutiner & riktlinjer; Ej tydliggjort att/hur KAD som sätts av urolog/kirurg-konsult skall dokumenteras av vårdavdelningen
- kommunikation & information; Otydlig kommunikation kring uppföljning av kvarvarande KAD
- procedurer/rutiner & riktlinjer; Skriftlig rutin för hur uppföljning av KAD skall ske saknas

De åtgärder som eliminerar eller minskar de bakomliggande orsakerna och som föreslås i analysen är att:

- säkerställa att ansvaret för uppföljning av KAD är klarlagt vid utskrivning till hemmet
- säkerställa att KAD dokumenteras korrekt i patientjournal
- säkerställa att rutin för uppföljning av KAD finns och är känd i verksamheten. Skapas i samråd med urolog
- säkerställa att skriftlig och muntlig information angående KAD-skötsel ges i samband med hemgång

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	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	9
4.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	10
4.4	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	11
6	Chefläkarens kommentarer.....	12
7	Ordförklaringar	13
8	Bilagor.....	14

1 Uppdrag

På uppdrag av verksamhetschef initieras en händelseanalys gällande hur uppföljning av en kvarliggande urinkateter skedde. Analysen syftar till att utreda eventuella felhändelser, bakomliggande orsaker till dessa samt att föreslå åtgärder som förhindrar eller minskar risken för återupprepning.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, Medicincentrum Umeå
Sjukhusvård, Region Västerbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-04-25

Startdatum för händelseanalysen: 2019-04-30

1.3 Återföringsdatum

Analysen har återförts till uppdragsgivaren den 21 maj 2019.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Vice analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare
Analysteammedlem / Läkare
Analysteammedlem / Läkare

Enhet

Region Västerbotten
Sjukhusvård/Medicincentrum Umeå
Sjukhusvård/Medicincentrum Umeå
Primärvård / Hälsocentral
Sjukhusvård / Kirurgcentrum Umeå
Sjukhusvård / Medicincentrum Umeå

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Manualer/bruksanvisningar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelseförloppet beskrivs nedan i text. Se även den grafiska presentationen i bilaga 1.

Händelsebeskrivningen bygger på de uppgifter som framkommit i samband med faktainsamlingen.

2018-10-01

Förutsättning:

Patient läggs in på sjukhuset på grund av hjärtsvikt.

Tidigare sjukdomar:

Förmaksflimmer, Kronisk lymfatisk leukemi, njursvikt stadie III, prostataförstoring

1.

181003, onsdag

Inneliggande på vårdavdelning 1. Patienten upplever det svårt att tömma urinblåsan. Kontroller visar 300-400 ml kvar i urinblåsan efter toalettbesök.

2.

181003, kl 12

Ssk 1 på vårdavdelning 1 försöker tappa ut urin med tappningskateter men får ej in katetern. Kontaktar läkare 1. Urologläkare tillkallas och denne sätter efter samråd med läkare 1 en kvarliggande kateter (KAD).

Felhändelser:

Dokumentation angående KAD-sättning saknas i journal på mottagning 1

Ofullständig dokumentation av KAD (storlek, sort) i vårdavdelning 1:s journal

3.

181004, torsdag

Läkare 1 på vårdavdelning 1 skriver remiss till mottagning 1 för uppföljning: "Haft svårt att tömma blåsan, resurin 3-400 ml. Katetersättning på avd svår varför urologkonsult fått hjälpa till. Går hem med kateter. Tacksam uppföljning."

Felhändelse:

Remiss från läkare 1 på vårdavdelning 1 är otydligt formulerad; framgår ej tydligt att man önskade att mottagning 1 skulle byta KAD

4.

181005, fredag

Patienten skrivs ut från vårdavdelning till eget hem. Vårdplanering: Beviljad hemtjänst med hjälp med KAD, urinpåstämning och stödstrumpor

5.

181011, torsdag

Mottagningsbesök läkare 3 Hälsocentral för uppföljning efter sjukhusvistelse.

Felhändelser:

Framgår inte att KAD finns

Ingen bedömning angående uppföljning av KAD

6.

181101, torsdag

Besök hos Ssk 2 på Hälsocentral. Hjälp med KAD-hantering och råd kring urinpåsbyten. Enligt journal Ssk 2: Planering; avvaktar tid på urologen. Uppmanas att kontakta Hälsocentral om problem med KAD.

I intervju med närstående framkommer att patienten haft svårt att få kontakt med Hälsocentralen

Felhändelser:

Ingen remiss för uppföljning av KAD ställd till Hälsocentralen

Hälsocentralen avvaktar uppföljning på mottagning 1

7.

190111, fredag

Enligt journal Ssk 3 på Hälsocentral som har haft kontakt med mottagning 1: 12 månaders väntetid på mottagning 1

8.

190111, fredag

Enligt intervju med närstående: patienten hade nyttillkommen diarré och kräkning samt feber. Larmar via makans hemtjänstlarmknapp. Hemtjänst anländer och tillkallar ambulans

9.

190111, fredag

Ny inläggning på sjukhus på vårdavdelning 1 på grund av feber och påverkat allmäntillstånd. Misstanke om sepsis orsakad av urinvägsinfektion (urosepsis). KAD byts på akutmottagningen. Odlingar tas. Insättes på antibiotikabehandling intravenöst. Noteras att patienten har smuts och fekalier kring KAD. Odlingar tagna från blod och urin visar växt av samma bakterie (Citrobakter).

Felhändelser:

KAD ej bytt/inplanerat byte/uppföljning saknades

Patienten drabbas av urosepsis

10.

190114, måndag

Enligt journal Dsk 1 Hälsocentralen: kontakt med närstående till patient som fick KAD i oktober och enligt vårdavdelning 1 skulle denna ha bytts hos oss efter en månad. Har inte fått någon inremiss och epikris saknas i journal.

11.

190114, måndag

Remiss skrivs från vårdavdelning 1 till mottagning 1 gällande uppföljning av KAD

12.

190115, tisdag

Remiss bedöms av läkare på mottagning 1. Planeras att öppna upp/operera bort förhud för att underlätta hygien kring KAD. Patienten står på blodförtunnande läkemedel och dessa behöver justeras inför ingreppet

13.

190117, torsdag

Telefonförfrågan via närstående till mottagning 1. Undrar när KAD skall bytas. Enligt ssk görs detta var 12:e vecka

14.

190118, fredag

Skrivs ut från sjukhuset. De två avslutande dyggen på geriatrisk rehabiliteringsavdelning

15.

190123, onsdag

Besök på mottagning 1. Koagulationsvärden för höga och planerad förhudsoperation skjuts upp. Remiss från mottagning 1 till Hälsocentralen för övertagande av KAD-byten var tredje månad

16.

190128, måndag

Opereras med borttagande av förhuden på mottagning 1

17.

190220, onsd till 190222, fred

Nytt vårdtillfälle på sjukhuset på grund av hjärtsvikt och svimning. Skrivs ut efter observation och medicinjustering. Hittas avliden i hemmet någon timma efter utskrivning. Sannolikt hjärtinfarkt. Avstås från obduktion i samråd med närstående

februari 2019

Patient som får KAD på grund av urinretention relaterad till förstorad prostatakörtel. Planering av uppföljning och skötsel av KAD brister. Patienten drabbas av en vårdrelaterad infektion (urosepsis) som kräver sjukhusvård och intravenös antibiotikabehandling. Patienten avlider en dryg månad senare. Urosepsisen kan ha bidragit till att förkorta patientens liv.

Enligt analysteamets bedömning är det svårt att med facit i hand avgöra om KAD i sig orsakade den urosepsis som patienten drabbades av. Patienten var multisjuk och hade en allvarlig hjärtsvikt.

Kvarliggande urinkateter utgör i sig en stor risk för bakterier i urin som kan resultera i infektion med spridning till blodbanan. I kunskapsunderlag från Socialstyrelsen (2006) anges att risken för urosepsis är 1-5 procent för patienter med KAD. Indikationen för KAD bör vara tydlig och grundintentionen bör vara att KAD skall avlägsnas om det är möjligt.

4.2 Bakomliggande orsaker

Nedan beskrivs de bakomliggande orsaker som har identifierats. Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej tydliggjort att/hur KAD som sätts av urolog/kirurg-konsult skall dokumenteras av vårdavdelningen

Telefonkonsultation. Ingen remiss skrevs från vårdavdelningsläkaren

Enligt praxis på sjukhuset att hjälp med KAD-sättning av urologjour enbart dokumenteras av den enhet som begär hjälpen

På grund av bristande dokumentation går det ej att klarlägga vilken urologläkare som konsulterats

Kommunikation & information

Otydlig kommunikation kring uppföljning av kvarvarande KAD

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Skriftlig rutin för hur uppföljning av KAD skall ske saknas

Enligt Vårdhandbok skall KAD bytas var 12:e vecka, men första bytet bör ske efter en månad för att kunna bedöma behov av tätare bytesintervall r.t beläggningar. Enligt läkare från urologen i analysteamet, så rekommenderar de ett första byte efter 12 veckor, förutsatt att KAD är av silikon.

Enligt utskrivningssköterskan på vårdavdelning 1 finns ingen skriftlig rutin för hur patienter som går hem med KAD skall handläggas. Det arbetssätt som råder är att patientansvarig sjuksköterska för dagen (eller någon dag före) ansvarar för information till patienten. Om patienten klarar sig själv hemma och är klar och redig informerar man och visar patienten ex. hur man tömmer påsen mm. Om patienten får hjälp av hemtjänst kontaktar sjuksköterskan dem för att meddela vilken hjälp patienten behöver vad gäller KAD. Detta ska dokumenteras i journalen.

Läkare 1 hade begränsad erfarenhet kring hur man brukade förfara vid uppföljning av KAD. Med facit i hand anser läkare 1 att hen skulle ha varit tydligare i sin remiss tillmottagning 1.

Läkare 1 har svårt att minnas situationen, men tror att hen resonerade att eftersom KAD-sättning varit komplicerad så borde byte göras av urolog.

Remiss bedöms av urolog, läkare 2 på mottagning 1, 181005. Beslut/ inremissbedömning som prioritet 2. Uppföljning och byte av KAD brukar i normalfallet ske via HC. Läkare 2 uppfattade ej att de skulle ha ansvaret för byte. Återkopplade ej detta till läkare 1

Otydlig kommunikation kring vem (mottagning 1? Hälsocentral?) som skulle svara för uppföljning gällande KAD och byte/försök att avveckla. Representanter från kirurgi/urologi i analysteamet anser att det normala förfarandet vid hemgång med KAD på grund av urinretention är att man i samband med utskrivning skickar en remiss/distriktssköterskemeddelande till Hälsocentral med ordination att dra KAD efter 7-10 dagar och att patienten får skickas in till sjukhus om man vid kvarstående problem att tömma urinblåsan ej lyckas sätta ny KAD på Hälsocentral.

Ssk 2 på Hälsocentralen uppfattar att byte av KAD skall göras på mottagning 1, detta enligt uppgift från patienten samt vad Ssk 2 kan läsa sig till i journal.

I utskrivningsbrev från läkare 1 på vårdavdelning 1 anges att uppföljning av KAD skall ske via mottagning 1.

I remiss till Hälsocentral från vårdavdelning 1 anges endast uppföljning av läkemedel, inget nämns gällande KAD.

Ingen kallelse från mottagning 1 kommer till patienten. Remiss ej besvarad då det ej uppfattades som akut. Högt remissinflöde och långa väntetider på mottagning 1.

Med facit i hand: om urolog förstått att de uppfattades ha ansvaret för byte/uppföljning hade man skrivit remissvar till vårdavdelning 1 att de fick kontakta HC angående att de fick överta detta ansvar, vilket är normalt förfarande.

Bristande kommunikation kring hur uppföljning av KAD skall skötas vid hemgång.

4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Händelsen har genererat behov av inläggande vård på sjukhus på grund av urosepsis i sju dygn. Detta har inneburit en kostnad på 91 000 kr (beräknat enligt schablon på en kostnad på 13 000 kr/dygn). Utöver detta har en ambulanstransport á 1880 kr samt ett besök på akutmottagning á 3504 kr behövts. Total vårdskadekostnad beräknas till ca 96 000 kr.

4.4 Åtgärdsförslag

De åtgärdsförslag som föreslås av analysteamet presenteras nedan. Under förutsättning att dessa genomförs anses de bidra till en ökad patientsäkerhet.

- ✓ Säkerställa att ansvaret för uppföljning av KAD är klarlagt vid utskrivning till hemmet

- ✓ Säkerställa att KAD dokumenteras korrekt i patientjournal
- ✓ Säkerställa att rutin för uppföljning av KAD finns och är känd i verksamheten. Skapas i samråd med urolog
- ✓ Säkerställa att skriftlig och muntlig information angående KAD-skötsel ges i samband med hemgång
- ✓ Återföring av händelsen i berörda verksamheter för att bidra till lärande och minska risken för återupprepning

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	24
För analysteam	6
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	32

6 Chefläkarens kommentarer

En multisjuk patienten med bla hjärtsvikt får en KAD insatt i slutenvård. Oklarheter uppstår kring vem som ska ansvara för byte och uppföljning av KAD. Hälsocentral uppfattar att byte av KAD ska ske via urologen dit remiss skickats. I denna remiss framgår dock inte detta. Trots dessa oklarheter blir KAD bytt inom rimlig tid då urologens rekommendationer är att siliconkatetrar byts efter 12 veckor. Patienten drabbas av en sepsis utgången från urinvägarna och avlider en dryg månad senare av hjärtsjukdom.

Det går inte att utesluta att den sepsis patienten drabbades av kan ha förkortat hans liv men då den aktuella KAD byttes inom rimlig tid, trots brister i kommunikationen mellan vårdgivare, så uppfattas detta inte som en undvikbar vårdskada. Grund för anmälan enligt Lex Maria saknas.

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
KAD	Kvarliggande kateter i urinröret kallas ofta KAD (franska: kateter à demeure). Katetern sitter kvar genom att en liten ballong på katetern fylls inne i urinblåsan. Katetern kopplas sedan till en urinuppsamlingspåse.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan

Bilaga 3: Organisations- och persondata

Bilaga 4: Verksamhetschefens kommentarer

Bilaga 5: Avvikelse rapport

Bilaga 6: Journalhandlingar

Bilaga 6: Rutiner och kunskapsunderlag