

Kunskapsbanksnummer: KB1462815

Datum: 2019-07-02

## Händelseanalys

**Patient med metastaserad cancersjukdom som ådrog sig en femurfraktur vid förflyttning från operationsbord till rullstol.**

April 2019

Analysledare:

Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling  
Södersjukhuset AB  
Stockholms läns landsting

## Sammanfattning

86 årig rullstolsburen patient med metastaserad cancersjukdom kommer i april på återbesök till mottagningen för en injektion i höger öga. Efter injektionen, vid förflyttningen från operationsbordet till rullstolen, vill patienten inte följa personalens instruktioner utan vill förflytta sig själv tillbaka till rullstolen. I samband med det uppstår troligtvis ett lätt vridvåld och patienten ådrar sig en femurfraktur på höger ben. Patienten skickas då till akuten där man ombesörjer en akut undersökning och inläggning på ortopedien med reponering och operation. Patienten har i dag bestående smärtor, svårt att röra sig och vårdas i hemmet av anhöriga. Syftet med analysen är att identifiera systemfel för att se om skadan kunde undvikits och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Analysteamet finner det oklart varför patienten inte velat förflytta sig tillbaka till sin rullstol enligt personalens instruktioner. Språkförbistring verkar ha bidragit och försvårat kommunikationen. Då patienten varit på mottagningen tidigare har anhöriga förutsatt att injektionsteamet har information om patientens grundsjukdom samt skörhet, vilket de inte har. Att läsa fullständig journal innan varje patient är inte praxis och i den övergripande patientöversikten framgår inte patientens benskörhet via uppmärksamhetssymbolen. Således känner injektionsteamet inte till att patienten har en till skelettet, metastaserad cancersjukdom och därmed är mycket skör. Även om personalen känt till patientens skelettskörhet, så bedömer analysteamet det inte troligt att de agerat annorlunda med de förutsättningar som finns på mottagningen. Efter samtal med den ortoped som väl känner till och har opererat patienten, finner analysteamet det troligt att denna vårdskada kunnat inträffa vid förflyttning även på annan plats pga. patientens sköra skelett och grundsjukdom. Baserat på intervjuer med direkt och indirekt inblandad personal, anhörig samt inspektion av operationsrum, rekommenderar analysteamet huvudsakligen följande åtgärder:

- Anskaffa en lyftanordning i operationsrummet eller på annan plats så att rullstolsburna kan lyftas med lift på mottagningen.
- Utarbeta ny riktlinje i samråd med ortoped angående rullstolsbundna patienter och hur de bör förflyttas till operationsbordet.
- Utarbeta riktlinjer avseende vilka behandlingar som kan göras i rullstol med operatörs medgivande. Patientinformation skall ingå och utformas för ovan riktlinjer.
- Förtydliga roller och ansvar, dvs. vem gör vad i injektionsteamet i samband med patientförflyttningar, förberedelser och avveckling.
- Ytterligare fortbildning i vad man bör tänka på när det gäller rullstolsbundna patienter kopplat till benskörhet.
- Vid varje vårdtillfälle bör fråga till patienten om vad som hänt sedan sist ställas av behandlande läkare, "Har det hänt något kroppsligt sedan sist som kan påverka din injektion"?
- Fortsatt sjukhusövergripande arbete med vad som skall dokumenteras under uppmärksamhetssymbolen behövs.

## 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 .....	6
4.2	Bakomliggande orsaker .....	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling .....	10
6.3	Uppföljning .....	10
7	Ordförklaringar .....	11
8	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

86 årig rullstolsburen patient med metastaserad cancersjukdom som ådrog sig en femurfraktur i samband med en förflyttning från operationsbord till rullstol. Patienten skickades till akuten där man ombesörjde en akut undersökning och inläggning på ortopedien med reponering och sedermera fixation/operation.

Syftet med analysen är att identifiera systemfel för att se om skadan kunde undvikits och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Uppdragsgivaren informerar berörd avdelning, involverade medarbetare, patienten och anhörig om att en händelseanalys genomförs. Efter analysen kommer uppdragsgivaren att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat och återkoppla till involverade medarbetare, till patienten och anhöriga.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Ögonkliniken

Vo Specialistvård  
Södersjukhuset AB  
Stockholms läns landsting

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-04-25

Startdatum: 2019-04-29

### 1.3 Återföringsdatum

2019-07-02

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Södersjukhuset AB/Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Södersjukhuset AB/Vo Specialistvård
Vice analysledare / Läkare	Södersjukhuset AB/Vo Specialistvård

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner samt inspektion av operationsbord & sal

### 4 Resultat

86-årig rullstolsburen patient kommer till mottagningen på ett återbesök för en injektion i höger öga. Anhörig har önskemål om att patienten skall få sin injektion i rullstolen och inte flyttas över till operationsbordet (stolen). Operatören väljer att följa gängse rutin, dvs. att ge injektionen på operationsbord för att inte kompromissa med precisionen vid injektionen och därmed resultatet. Patienten flyttas över från sin rullstol till operationsstolen och två av personalen hjälper patienten sidledes från rullstolen till operationsstolen. Det förlöper väl, men är lite smärtsamt för patienten. När injektionen är klar skall personalen hjälpa patienten åter till rullstolen på samma sätt som tidigare, men då vägrar patienten, viftar med händerna och visar att personalen inte får röra patienten alls. Patienten visar med händerna att hen vill ha rullstolen rakt framför sig. Tillslut ger personalen med sig och gör som patienten vill. Två från personalen stöttar på varsin sida om patienten som själv tar tag i rullstolen framför sig. När patienten rest sig upp, så försöker hen vända sig om för att sätta sig i rullstolen samtidigt som hen stötts. Patienten hamnar lite på sned i rullstolen och börjar klaga på smärta. Personalen hjälps åt att räta upp patienten rakt i stolen genom att ta hen under varsin arm. Patienten känner smärta i låret som hastigt svullnar upp. Anhörig som väntat i väntrummet har hört patienten genom dörrarna och kommer in i rummet och undrar vad som hänt. Personalen förklarar vad som har inträffat och talar om att de misstänker att patienten fått en fraktur vid förflyttningen. Mottagningsläkare tillkallas som skriver en remiss för vidare undersökning på akuten. Patienten rullas i sin rullstol av anhörig till akuten för omhändertagande av ortoped och läggs in på ortoped avd. Patienten läggs i sträck, reponeras och opereras sedan för en patologisk fraktur med osteosyntesmaterial av ortopedläkare.

Det är oklart varför patienten inte vill förflytta sig tillbaka till sin rullstol enligt personalens instruktioner då språkförbistring verkar ha bidragit och försvårat kommunikationen. Troligtvis har patienten upplevt smärta vid den första överflyttningen och tror sig kunna förflytta sig tillbaka själv med mindre smärta som följd, men det kan analysteamet endast spekulera i. Då patienten varit på mottagningen tidigare har anhöriga förutsatt att injektionsteamet har information om patientens grundsjukdom samt skörhet, vilket de inte har. Att läsa fullständig journal innan varje injektionspatient är varken möjligt eller enligt praxis. Således känner injektionsteamet inte till att patienten har en till skelettet metastaserad cancersjukdom och därmed är mycket skör. Patientens skelettskörhet verifieras i samtal med opererande ortoped som väl känner till och har opererat patienten tidigare. Även om personalen känt till patientens skelettskörhet så bedömer analysteamet det inte troligt att de agerat annorlunda med de förutsättningar som finns. Det är ett litet trångt operationsrum och lyftanordning samt riktlinjer för hantering av rullstolsbundna patienter saknas. Detta ger en otydlighet kring hur personalen ska lösa utmaningen med injektionspatienter som sitter i rullstol och även en oklar information till patienter generellt som sitter i rullstol och om de eventuellt har möjlighet att få sin injektion sittandes i rullstol.

Analysteamet föreslår i sammanfattningsvis följande åtgärder (se mer under 4.5 Åtgärdsförslag):

- Anskaffa en lyftanordning i operationsrummet eller på annan plats så att rullstolsbundna kan lyftas med lift på mottagningen.
- Utarbeta ny riktlinje i samråd med ortoped angående rullstolsbundna patienter och hur de bör förflyttas till operationsbordet
- Utarbeta riktlinjer avseende vilka behandlingar som kan göras i rullstol med operatörs medgivande. Patientinformation skall ingå och utformas för ovan riktlinjer.
- Förtydliga roller och ansvar, dvs. vem gör vad i injektionsteamet i samband med patientförflyttningar, förberedelser och avveckling.
- Ytterligare fortbildning i vad man bör tänka på när det gäller rullstolsbundna patienter kopplat till benskörhet.
- Vid varje vårdtillfälle bör fråga till patienten om vad som hänt sedan sist ställas av behandlande läkare, "Har det hänt något kroppsligt sedan sist som kan påverka din injektion"?

## 4.1 Händelseförlopp

23/4 2019

86-årig patient i rullstol med skelettmetastaser kommer på återbesök till mottagning för injektion i höger öga.

1.

23/4 ca kl. 11.30

Patienten flyttas från sin rullstol till operationsbordet enligt personalens instruktioner, förbereds och får injektion i höger öga. Innan inrullning till operationsrummet har anhörig bett om att injektionen skall göras i rullstolen istället. Operatören väljer att följa gängse rutin dvs. injektion på op-bord.

2.

23/4 ca kl. 12.00

Efter injektionen vill inte patienten flytta över från operationsbordet enligt personalens instruktioner.

3.

23/4 ca kl. 12.10

Patienten flyttar sig enligt eget önskemål med rullstolen framför sig och hasar framåt från operationsbordet som är i upprätt läge. Lätt vridning sker och smärta uppstår då i höger ben.

4.

23/4 ca kl. 12.30

Patientens högra lår svullnar omedelbart upp och fraktur misstänks. Läkare kontaktas och remiss skickas omgående till ortoped.

5.

23/4 ca mellan kl. 13.00-15.30

Patienten rullas i sin rullstol av anhörig till akuten för omhändertagande av ortoped och läggs in på ortoped avd.

24/4 kl. 01.30 & 25/4 kl.12.00

Patienten läggs i sträck, reponeras och opereras sedan för patologisk fraktur med osteosyntesmaterial av ortopedläkare.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

### *Kommunikation & information*

Språkförbistring verkar ha bidragit och försvårat dialogen då varken patient eller anhörig har svenska som modersmål. Behov av tolk verkar dock inte varit identifierat. Oklar information om när patient eventuellt har möjlighet att opereras i rullstol som gör det svårt för patienter att förstå varför det görs olika från en gång till en annan.

### *Omgivning & organisation*

Operatör och personal löser utmaningen med injektionspatienter som sitter i rullstol på olika sätt beroende på tidigare erfarenhet och pga. bristande riktlinjer samt tydliga roller och ansvar i teamet.

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

Inga riktlinjer finns för rullstolsbundna patienter och vissa opereras i rullstolen om operatör (och patient) tycker att det är ok. Hela journalen läses ej inför varje patient om inget speciellt påtalats från

patienten och ingen information finns tillgänglig om benskörhet under "riskkorset" i journalen i systemstödet. Injektionsteamets roller och ansvar är otydliga i förhållande till förflyttningsansvaret.

#### *Teknik, utrustning & apparatur*

Lyftanordning saknas pga. att det är ett trångt operationsrum som inte är anpassat till att ta emot rullstolsbundna på ett ergonomiskt och säkert sätt. Operationsbordet fälls upp i sittande läge, men är i ett relativt högt läge med en fast bottenplatta. Patienten behöver då hasa sig ner för att nå golvet.

#### *Utbildning & kompetens*

Lyftteknikkompetens saknas. Fortbildning saknas angående rullstolsbundna patienter samt koppling till benskörhet.

### **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

I detta fall identifierades ingen orsak till att läsa patientens hela journal, vilket inte heller är praxis. I den övergripande patientöversikten framgår inte patientens benskörhet. I och med att patienten hade en känd cancer som metastaserat till skelettet och därmed är mycket benskör anser analysteamet att detta borde varit dokumenterat i det så kallade "riskkorset", dvs. via uppmärksamhetssymbolen i journalen på samma sätt som med läkemedelsöverkänslighet. Mycket osäkert om detta hade kunnat förebygga skadan i detta fall, men för fortsatt sjukhusövergripande arbete med vad som skall dokumenteras under uppmärksamhetssymbolen, bör denna rapport komma objektägare för vårdprocess (Take Care) och sjukhusets dokumentationsråd tillhanda.

### **4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader**

Händelsen har genererat drygt 1 veckas extra vårdtid för patienten i samband med frakturen. Patienten har bestående smärtor, svårt att röra sig och vårdas i hemmet av anhöriga. Efter samtal med den ortoped som opererat patienten finner analysteamet det troligt att denna vårdskada kunnat inträffa vid förflyttning även på annan plats pga. patientens sköra skelett och grundsjukdom. Patientens anhöriga har informerats per telefon och via e-post om möjligheten att söka ersättning via LÖF (<https://lof.se/patient/anmal-en-skada/>).

### **4.5 Åtgärdsförslag**

- Anskaffa en lyftanordning i operationsrummet så att rullstolsbundna kan lyftas med lift. Om det inte är möjligt bör det utredas om patienterna kan lyftas med lift från sin rullstol till operationsstolen på annan plats på mottagningen eller om större operationsrum finns att tillgå där lyftanordning kan sättas upp.
- Utarbeta ny riktlinje i samråd med ortoped angående rullstolsbundna patienter och hur de bör förflyttas till operationsbordet (enligt ortoped skall rullstolsbundna lyftas med lyftanordning). Uppdatera patientinformation kopplat till riktlinjen som klargör vad som gäller innan injektionstillfället.



- Utarbeta riktlinjer avseende vilka behandlingar som kan göras i rullstol med operatörs medgivande. Ta hjälp av vårdhygien och eventuellt jurist för att klargöra hygieniska samt juridiska aspekter vid ev komplikationer i samband med injektion som ej sker på operationsbord (dvs. sjukhusjurist behöver klargöra juridiskt ansvar om patienten injiceras i rullstol och komplikation uppstår, ligger ansvaret på operatören och/eller på kliniken?). Patientinformation skall ingå och utformas.
- Förtydliga roller och ansvar, dvs. vem gör vad i injektionsteamet i samband med patientförflyttningar, förberedelser och avveckling, t ex genom gemensam workshop och dokumentera detta.
- Ytterligare fortbildning i vad man bör tänka på när det gäller rullstolsbundna patienter kopplat till benskörhet. Ta hjälp av ortoped som kan hålla t ex lunchföreläsning. Kontinuerlig lyftteknik-utbildning till alla personalgrupper med fokus på rullstolsbundna.
- Vid varje vårdtillfälle bör fråga till patienten om vad som hänt sedan sist ställas av behandlande läkare, "Har det hänt något kroppsligt sedan sist som kan påverka din injektion"?

## 5 Tidsåtgång

*Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.*

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	7
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	7
SUMMA	26

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

## 6.1 Åtgärder

Utbildning: Utbildning ska genomföras i lyftteknik. Förståelsen för problem med benskörhet hos rullstolsburna ska förbättras. Utbildningsaktiviteterna ska genomföras före 1 december.

Lokaler, utrustning: en analys skall genomföras av de tekniska och lokalmässiga möjligheterna att åstadkomma säker överföring mellan rullstol och operationsbord. Analysen ska vara genomförd 1 november.

Organisation: Riktlinjer skall ställas upp som beskriver hur rullstolsburen patient skall flyttas från rullstol till operationsbord, genomfört till den 15 oktober.

Riktlinjer ska tas fram som beskriver roller och ansvar i samband med förflyttningar, genomfört till den 15 oktober. Riktlinjer ska tas fram för hur injektion med patient i rullstol ska genomföras, genomfört till den 15 oktober.

Kommunikation: Rutin för hur information av betydelse för injektionsproceduren inhämtas och journalföras ska tas fram, genomfört till den 1 december.

## 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen går igenom vid APT (Arbetsplatsträff).

Patient och anhöriga erbjuds en genomgång av händelseanalysen med verksamhetschefen på Södersjukhuset eller via telefon.

## 6.3 Uppföljning

Uppföljning av åtgärdernas genomförande görs av verksamhetsområdeschefen innan årets slut.

## 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
Metastaser, metastaserad	Spridd cancerväxt från en primärtumör
Femurfraktur, Patologisk fraktur	Lårbensbrott Patologiska frakturer är frakturer i ben som försvagats till följd av metastaser. Om ben försvagats till följd av metastaser kan frakturen uppstå med minimalt medicinskt trauma, eller helt utan yttre påverkan.
Riskkors	Uppmärksamhetsymbol i patientjournalen i systemstödet Take Care
Vårdprocess	Process som stöder patientadministration och journalsystemet Take Care
LÖF	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

## 8 Bilagor

### Bilaga 1: Analysgraf

HA0005140

