

Kunskapsbanksnummer: KB3972217

Datum: 2019-01-08

## **Händelseanalys**

**Fraktur efter operation av handled med bentagning från höft**

Operation på handkirurgen i augusti 2018

Analysledare:

Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling  
Södersjukhuset AB  
Stockholms läns landsting

## Sammanfattning

Analysteamet får i oktober 2018 uppdrag av klinikchefen på handkirurgen att genomföra en händelseanalys av en inrapporterad negativ händelse där 71-årig patient med osteoporos och reumatism som opererades för korrektionsosteotomi höger handled med bentransplantat från vänster höft, postoperativt fick en fraktur i höften och behövde opereras av bäckenkirurg. Syftet med analysen är att identifiera systemfel, om metod och/eller val av instrumentarium har påverkat händelsen. Föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Patienten som är hemmahörande på Gotland opereras på Södersjukhuset och skrivs ut den 28 augusti 2018. Ombord på färjan hem smäller det till i höften och patienten får mycket ont och kan ej belasta. Patienten söker då vård i Visby och röntgas och läggs in under några dagar. Patienten skickas hem med besked att ingen spricka i höften finns och normal belastning kan göras. Trots upprepade kontakter med vården i efterförloppet pga. av svår smärta och oförmåga att gå samt ett stort blåmärke, upptäcks inte fraktur förrän ny röntgen tas den 4/10. Patienten får då en tid för fixation av frakturen i Uppsala. Patienten kan inte belasta och har smärtor och sitter fortfarande i rullstol. Vid uteblivet återbesök till Södersjukhuset i oktober blir ärendet känt för södersjukhuset som anmäler det som negativ händelse.

Med tanke på patientens diagnoser, osteoporos och reumatoid artrit kunde sjukhuset rekommenderat särskild försiktighet vid utskrivningen och rekommenderat taxiresa för att undvika postoperativ belastning. Ingen direkt identifierad felhändelse i samband med vården på Södersjukhuset har iakttagits, utan rapporten inriktar sig på att ge förslag på förebyggande åtgärder och rekommendationer vid utskrivningen av patienter med bentagning från höftkammen och som lider av benskörhet i form av kommunikation och information.

## Innehållsförteckning

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

## 1 Uppdrag

Analysteamet får i oktober 2018 uppdrag av klinikchefen på handkirurgen att genomföra en händelseanalys av den inträffade händelsen. Patient som opererades i augusti 2018 för korrektionsosteotomi höger handled där bentransplantat från vänster höft (crista) skördades med Acumed instrumentarium. Postoperativt fick patienten en fraktur i crista iliaca som behövde opereras av bäckenkirurg. Patienten sitter för närvarande i rullstol och kan inte belasta.

Syftet med analysen är att identifiera systemfel, om metod och/eller val av instrumentarium har påverkat händelsen. Föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Analysen genomförs i IT-stödet Nitha (Nationellt IT-stöd för händelseanalys). När analysen är slutförd kommer den läggas ut avidentifierad i Nithas kunskapsbank.

I analysteamet har verksamhetskunniga medarbetare från verksamhet ingått. Ytterligare deltagare i analysteamet utsågs av analysledaren.

### 1.1 Uppdragsgivare

Tobias Laurell

Vo Handkirurgi  
Södersjukhuset AB  
Stockholms läns landsting

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-26

Startdatum: 2018-11-12

### 1.3 Återföringsdatum

2018-12-17 rapporterades händelseanalysens resultat till uppdragsgivaren.

## 2 Deltagare i analysteam.

Följande personer deltog i analysteamet

#### Roll / titel

Analysledare / Vårdadministratör

Vice analysledare / Sjuksköterska

Analysteammedlem / Läkare

Analysteammedlem / Läkare

#### Enhet

Södersjukhuset AB/Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling

Södersjukhuset AB/Sjukhusledning/Kvalitet och Utveckling

Södersjukhuset AB/Vo Handkirurgi

Södersjukhuset AB/Vo Handkirurgi

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt involverad personal, opererande kirurg
- Intervju med patient
- Journalhandlingar
- Dokumentation, bruksanvisning och samtal med leverantör av instrumentarium

### 4 Resultat

71-årig patient med benskörhet och reumatism (osteoporos och reumatoid artrit) hemmahörande på Gotland som opereras på Södersjukhuset i vänster handled med tagning av ben från höger höft skrivs ut den 28 augusti 2018. Ombord på färjan hem smäller det till i höften och patienten får mycket ont och kan ej belasta. Patienten söker då vård i Visby och röntgas och läggs in under några dagar. Skickas hem med besked att ingen spricka i höften finns och normal belastning kan göras. Patienten kan inte belasta och har smärtor och sitter i rullstol sedan dess. Trots upprepade kontakter med vården i efterförloppet pga. av svår smärta och oförmåga att gå samt ett stort blåmärke, upptäcks inte fraktur förrän ny röntgen tas den 4/10. Patienten får då en tid för fixation av frakturen i Uppsala. Först när patienten i oktober uteblir från inplanerat återbesök på Södersjukhusets handkirurgiska mottagning blir händelsen känd för Södersjukhuset som anmäler det inträffade som en negativ händelse. Fallet är ovanligt och okänt på kliniken. Kliniken frågar sig om eventuellt felaktigt instrument och/eller metod kan ha använts? Efter genomgång av dokumentation, bruksanvisning av instrumentarium samt dialog med leverantör samt opererande enhet både på Södersjukhuset och i Uppsala kan det ej påvisas att felaktig metod eller instrumentarium har använts. Med facit i hand kan man med tanke på patientens diagnoser, osteoporos och reumatoid artrit, ha beaktat särskild försiktighet vid utskrivningen. Vi har således ej identifierad någon direkt felhändelse utan rapporten inriktar sig på att ge förslag på förebyggande åtgärder och rekommendationer vid utskrivningen av patienter med bentagning från höftkammen och som lider av benskörhet.

#### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

##### 28 augusti 2018

Patienten skrivs ut fr Södersjukhuset efter korrektionsosteotomi med crista bentagning.

1.

Natten till den 30 augusti

Patienten söker vård på Visby lasarett pga. av smärta och röntgas samt läggs in.

Patienten bedöms ha fått en "cristapunktion" (troligtvis felskrivet). Ortoped misstänker spricka.

Preliminärt röntgensvar omnämner ej spricka.

2.

3 september

Patienten åter till hemmet med information om att det ej finns någon spricka i höften. Blåmärke bedöms som orsak till smärta. Patienten får belasta.

Patienten kan ej belasta och har fortfarande smärta. Blåmärket uppmärksammas, men leder ej till ytterligare åtgärd.

3.

18 september

Patenten söker vård på sin Vårdcentral pga. försämrad kraft i hö ben och smärta. Vårdcentral bedömer att ortopedbedömning behövs och skickar remiss.

4.

4 oktober

Återbesök Visby lasarett med röntgen. Läkare i Visby diskuterar röntgenbilder med Uppsala som är primär vårdgivare ortopedi.

Patienten får senare besked i hemmet (5/10) om operation i Uppsala pga. fraktur i höften

5.

10 oktober

Patienten opereras för fixation av fragmentet i höger höft i Uppsala.

När frakturen väl är identifierad är handläggningen korrekt. Instrumentariet som användes är genomgången med leverantör och opererande enhet. Instrumentariet bedöms ej alls vara orsak till frakturen

## **UTFALL**

Patienten rullstolsbunden sedan den 30 augusti och kan ej belasta

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Vi har identifierat bristande kommunikation & information som bakomliggande orsaker till att frakturen inte uppmärksammades tidigare i efterförloppet. Trots ett flertal besök hos olika vårdenheter och patientens uppgifter om smärta och gångsvårigheter, dröjer det flera veckor innan rätt diagnos ställs. Varför? Patienten uppvisar tydliga blåmärken, smärtan gör att patienten inte kan gå. Patienten kan precis beskriva när det hände och att tillståndet förvärras. Är det att denna typ av skada är så pass ovanlig och att det är inte allmänt känt att det är en risk?

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras:  
Procedurer/rutiner & riktlinjer, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker.

Patienten bedöms på Södersjukhuset ej uppfylla krav på sjukresa till Nynäshamn och att hemlandstinget Gotland brukar inte betala för detta. Patienten tar då buss från Södersjukhuset till centralen, med bussbyte för vidare färd till Nynäshamn och ombordstigning på Visbyfärjan. Med tanke på den långa resvägen och patientens benskörhet kunde en rekommendation från sjukhuset ha varit att uppmana patienten att ta en taxi till Nynäshamn för att undvika onödigt mycket belastning postoperativt.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader.

Patienten har uppsökt vård vid flertalet tillfällen, är för närvarande rullstolsbunden och kan inte belasta sitt ben. Det kanske hade varit bättre att tillåta sjukresa alternativt rekommendera taxifärd till båten för patient som genomgått cristabentagning och som har diagnoserna RA och/eller osteoporos. Dock är det osäkert om frakturen på något sätt skulle kunna ha undvikits.

### 4.5 Åtgärdsförslag:

- Patienter med osteoporos och reumatoid artrit bör uppmärksammas extra mycket efter bentagning från höften vid utskrivning. Informera avdelningen att ta kraftig höftsmärta och stora hematom (blåmärken) på allvar vid utskrivning efter cristabentagning
- Utskrivningsmeddelandet i journalen bör innehålla information om att söka vård om komplikationer som kraftig smärta och stora hematom uppstår
- Uppmärksamma opererande kirurger på kliniken om att detta kan hända efter cristabentagning
- Dela händelseanalysen med ortopedkliniken i Visby

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	15
För analysteam	19
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	37

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Samtliga av händelseanalysens förslag kommer att genomföras under första månaderna 2019. Dessutom kommer restriktivitet förordas vad gäller bentagning från höftkammen i hos patienter med både osteoporos och reumatid artrit. Om detta ändå anses nödvändigt kommer patienten innan operationen noga informeras om riskerna och nyttan med bentagning från höftkammen. Informera avdelningen att ta kraftig höftsmärta och stora hematom (blåmärken) på allvar vid utskrivning efter cristabentagning. Kliniken kommer att komplettera patientens utskrivningsmeddelande med en uppmaning att söka vård om komplikationer som kraftig smärta och stora hematom uppstår

### 6.2 Återkoppling

Kliniken återför informationen till opererande kirurger och vårdpersonal på kliniken om att detta kan hända efter cristabentagning på APT och delger händelseanalysen via mail. Händelseanalysen delas med ortopedkliniken i Visby via mail

### 6.3 Uppföljning

Kliniken följer upp arbetet med händelseanalysen klinikens patientsäkerhetsgrupp under 2019.



## 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

Kunskapsbanksnummer: KB3972217

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf