

Kunskapsbanksnummer: KB5313327

Datum: 2018-06-26

Händelseanalys

Inkommer med femurfraktur som initialt missats. Avlider i väntan på operation

Analysledare:

Område 3
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten ortopedi och medicin Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

Analysen beskriver en patient som inkommer till akuten då det smällt till i lårbenet då hen vände sig om i sängen. Vid första besöket tas ingen röntgen över benet, utan läkaren misstänker muskelruptur. Patienten åker tillbaka till sitt boende, men kommer på grund av smärta åter till akuten inom samma dygn. Nu röntgas benet och en femurfraktur upptäcks. Patienten läggs in på vårdavdelning och förbereds för operation. Tidig morgon dagen därpå hittas patienten livlös i sängen. Dödsorsaken är lunginflammation.

Följande bakomliggande orsaker uppdagades vid analysen.

- Omgivning & organisation
Ej följt rutin avseende frikostighet med röntgen
- Utbildning & kompetens
Brist i kompetens hos undersökande läkare.

Dessa åtgärder skall vidtas.

- Uppmärksamma gällande rutiner i Barium i samband med introduktionen av läkare.
- Kontinuerlig utbildning i frakturkirurgi för verksamhetens läkare.

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

1 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten ortopedi och medicin Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Ortopedi

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-03-28

Startdatum: 2018-04-16

1.3 Återföringsdatum

2018-07-03

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Medicin och akutverksamhet Mölndal

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Klagomål
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig

Anhöriga till patienten har erbjudits att delta i analysen, men de har avböjt.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1 sen kväll inkommer patient med lindrig CP-skada och något mentalt retarderad från sitt boende i ambulans på grund av att det smällde till i höger lår när hen låg i sängen.

Vid ankomst till sjukhuset har patienten smärta i låret, är palpationsöm över lårmuskeln, har besvär med att stödja på benet, samt att få med sig benet vid förflyttning. Patienten undersöks av läkare 1 som skriver remiss för en poliklinisk magnetkamera undersökning. Ingen remiss för slätröntgen skrivs då läkaren misstänker en muskelruptur. Inte heller genomfördes ett stabilitetstest av benet. Patienten skickas åter till boendet i privat bil.

Dag 2 strax efter lunch inkommer patienten igen med ambulans till samma akutmottagning som tidigare. Smärtan i benet är konstant och man har inte kunnat mobilisera patienten på grund av detta.

Patienten undersöks av läkare 2. Benet är förkortat jämfört med vänster sida, och inåtroterat vid knät. Läkaren misstänker benbrott och ordinerar en slätröntgen som visar en spiralfraktur i omlottställning mitt på lårbenet.

Patienten operationsanmäls och förs till vårdavdelning.

Det har blivit kväll när patienten kommer upp till en vårdavdelning, och där börjar förberedelser inför morgondagens operation att ske.

Enligt journalen har patienten fått hjälp med dusch och blivit påtittad av personal vid 23-tiden. Då ges en smärtlindrande tablett, och patienten är trött och vill sova. Hen har även fått en kateter i urinblåsan då hen har ont, och det är svårt att kissa i sängen. Vid samtal med personal framkommer att patienten inte påkallade uppmärksamhet under natten.

Tidig morgon när nattpersonal går in till patienten hittas hen livlös i sängen. Dödsfall konstateras av läkare.

4.2 Bakomliggande orsaker

Följande bakomliggande orsaker uppdagades vid analysen.

- Omgivning & organisation
Ej följt rutin avseende frikostighet med röntgen
- Utbildning & kompetens
Brist i kompetens hos undersökande läkare.

Hänsyn har även tagits till följande bakomliggande orsaker: Kommunikation & information, Omgivning & organisation och Teknik, utrustning & apparatur, men här sågs inga orsaker till händelsen.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Orsaken till att patienten obducerades på Rättsmedicin är att den läkare som konstaterade dödsfallet kryssade i rutan att dödsorsaken var oklar. Av denna anledning blev även polisen inblandad. Vid samtal med chefen för den vårdavdelning som patienten låg på har inget ytterligare framkommit härifrån, och polisen har inte heller hört av sig mer.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Detta är inte beaktat i rapporten

4.5 Åtgärdsförslag

Uppmärksamma gällande rutiner i Barium i samband med introduktionen av läkare.

Kontinuerlig utbildning i frakturkirurgi för verksamhetens läkare.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Det vidtogs inga akuta åtgärder.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	5
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	35

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Verksamhetschefen har godkänt följande åtgärder och kommer följa upp att dessa blir gjorda.

Göra rutinerna i Barium mer uppmärksammade i samband med introduktionen av läkare.

Kontinuerlig utbildning i frakturkirurgi för verksamhetens läkare.

6.2 Återkoppling

Återkoppling kommer att ske på läkarmöten, samt på läkarnas APT. Rapporten kommer också att presenteras för avdelningspersonalen på den avdelning där patienten vårdades.

6.3 Uppföljning

Uppföljning kommer att ske via MedControlPro samt markörbaserad journalgranskning.

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

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf