

Datum: 2019-11-28

Händelseanalys

Bristfällig och fördröjd handläggning av trauma

September 2019

Sammanfattning

Uppdraget är att utföra en händelseanalys av inträffade händelse i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Händelsen beskriver hur en väsentligen frisk patient under alkoholpåverkan faller, ca 1,5 meter från mur. Ådrar sig skador i ansiktet samt smärta. Ambulans tillkallas med misstanke om mindre trauma. Transporteras till akutmottagning och skrivs in på vårdavdelning. Genomgår röntgen. Opereras senare, där sårskador sutureras och höftprotesluxation reponeras. Utskrivs till hemmet efter 3 dagar.

Felhändelser som identifieras:

- Förkortat och inåtroterat ben noteras inte.
- Dokumentation saknas
- Primärjour kirurgi kontaktas inte för prioritering och handläggning
- Bristfällig dokumentation, ovanstående information fås fram i samband med utredning och finns inte noterat i journal.

Bakomliggande orsaker:

Kommunikation & information

- Bristfällig följsamhet avseende dokumentationsskyldighet gällande vård och behandling.

Omgivning & organisation

- Primärjourlinje bemannad med stafett som inte har uppdaterad kunskap i ATLS och traumaomhändertagande samt utebliven bedömning kring smärtlindring.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Observandum i nationella traumalarms-kriterier följs inte, drogpåverkan och ålder över 60 år.

Åtgärdsförslag:

- Arbetsgivare ska säkerställa att jourläkare har rätt kompetens, trots tydlig kravställan i avrop.
 - Rutin att inblandade läkare ska dokumentera var för sig är på gång via chefläkare och akutrådet.
- Ambulanspersonal och personal på akutmottagningen: rutiner om dokumentation tas upp på APT.
- Nationella rutiner ska göras kända.

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|---|---|
| 1 | Uppdrag..... | 3 |
| 1.1 | Uppdragsbeskrivning..... | 3 |
| 1.2 | Händelsen inträffade..... | 3 |
| 1.3 | Händelsen uppmärksammades..... | 3 |
| 1.4 | Händelsen rapporterades..... | 3 |
| 1.5 | Uppdragsgivare..... | 3 |
| 1.6 | Uppdrags- och startdatum..... | 3 |
| 1.7 | Återföringsdatum..... | 3 |
| 2 | Deltagare i analysteam..... | 3 |
| 3 | Metodik..... | 3 |
| 4 | Resultat..... | 4 |
| 4.1 | Händelseförlopp..... | 4 |
| 4.2 | Bakomliggande orsaker..... | 5 |
| 4.3 | Bifynd och andra upptäckta risker..... | 5 |
| 4.4 | Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader..... | 5 |
| 4.5 | Konsekvenser för patienten..... | 5 |
| 4.6 | Åtgärdsförslag..... | 6 |
| 5 | Tidsåtgång..... | 6 |
| 6 | Uppdragsgivarens kommentarer..... | 6 |
| 6.1 | Åtgärder..... | 6 |
| 6.1.1 | Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda..... | 6 |
| 6.2 | Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal..... | 6 |
| 6.3 | Återkoppling/spridning..... | 6 |
| 6.4 | Uppföljning..... | 6 |
| 6.4.1 | Ansvarig för uppföljning..... | 6 |
| 7 | Ordförklaringar..... | 7 |
| 8 | Bilagor..... | 7 |

1 Uppdrag

1.1 Uppdragsbeskrivning

Syftet med analysen är att göra en systematisk genomgång av händelsen för att hitta brister i systemet och lägga fram åtgärdsförslag som förhindrar att liknande händelse inträffar igen.

1.2 Händelsen inträffade

2019-09-07.

1.3 Händelsen uppmärksammades

Händelsen uppmärksammades genom avvikelse skriven 2019-09-07.

1.4 Händelsen rapporterades

Händelsen rapporterades som en avvikelse 2019-09-07.

1.5 Uppdragsgivare

Verksamhetschef kirurgi.

1.6 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-09-19

Startdatum: 2019-10-01

1.7 Återföringsdatum

2019-11-15

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

| Roll / titel | Enhet |
|-----------------------------------|-----------------|
| Analysledare / Sjuksköterska | Kirurgi |
| Analysteammedlem / Läkare | Kirurgi |
| Vice analysledare / Sjuksköterska | Patientsäkerhet |

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Muntlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Bakgrund till händelsen:

2019-09-06 ca kl. 22

Patient under alkoholpåverkan faller, ca 1,5 meter från mur. Ådrar sig skador i ansiktet samt smärta. Ambulans tillkallas ca 22.30, prioritet 2. Näsblödning, misstanke om mindre trauma. Tidigare hälsohistoria: Väsentligen frisk, protesopererat vänster höft för ca 15 år sedan.

1. 2019-09-06 kl. 23:08

Ambulans anländer till platsen. Patienten undersöks av sjuksköterska 1 och 2. Har skador i ansikte och uppger smärta på ett flertal olika ställen. Avfärd från hämtplats ca kl. 23:35.

Felhändelse:

- Förkortat och inåtroterat ben noteras inte.
- Dokumentation saknas
- Primärjour kirurgi kontaktas inte för prioritering och handläggning.

2. 2019-09-07 ca kl. 01:22

Avlämnas på akutmottagningen. Skrivs in som kirurgpatient till läkare 1 (kir) med trauma mot huvud. Stabila vitalparametrar. Triageras med orange prioritet, handläggs med övervakning enligt orange prioritet. Har sårskada i ansikte samt eventuellt smärta i höften. Då sjuksköterska 3 noterar patientens ansiktsskada vidtalas läkare 2 (öron) som är på akutmottagningen i ett annat ärende. Läkare 2 uppger att sårskada ska åtgärdas på operation dagtid, under dagen efter. Ca kl. 01:30 erhåller patienten PVK och provtagning görs av sjuksköterska 4 som också noterar förkortat och inåtroterat ben, vidtalar då läkare 3 (ort) och förvarnar denna om patienten.

Felhändelse:

- Bristfällig dokumentation, ovanstående information fås fram i samband med utredning och finns inte noterat i journal.

3. 2019-09-07, ca kl. 03.00 - ca 05.00

Patienten undersöks av läkare 1. Erhåller nackkrage då smärta i nacken påtalas. Klinisk misstanke om höftprotesluxation. Sårskador rengörs. Bedömning av läk 3 (ort). Röntgen av huvudet, ansiktet, halsrygg och höft planeras till morgonen. Skrivs in på kirurgavdelning, flyttas till vårdavdelning ca 05.30. Ordinerar sängläge till röntgen.

Felhändelse:

- Patientens smärta åtgärdas inte.

4. 2019-09-07 kl. 07.00

Läkare 1 söks till vårdavdelningen med anledning av att patienten har smärta.

Felhändelse:

- Patientens smärta åtgärdas inte

5. 2019-09-07 kl. 08.00

Genomgår CT, har ådragit sig halsryggsfraktur, ansiktsfrakturer, mindre intrakraniella blödningar samt höftprotesluxation.

Felhändelse:

-Patientens smärta åtgärdas inte.

6. 2019-09-07 kl. 10.00

Smärtlindring ordineras av läkare 4 och ges intravenöst efter röntgensvar. Öron- och ögonläkare kontaktas då med anledning av skador.

2019-09-07 kl. 13.00

Patienten opereras. Sårskador i ansiktet sutureras. Höftledsluxation reponeras.

Utskrivs från sjukhuset 3 dagar senare (2019-09-10) till hemmet. Näsfaktur bedöms i samband med utskrivning ej behöva åtgärdas. Halsryggsfraktur behandlas konservativt med aspen-krage i 3 månader. De intrakraniella blödningarna behandlas också konservativt.

4.2 Bakomliggande orsaker

- *Kommunikation & information*
Bristfällig följsamhet avseende dokumentationsskyldighet gällande vård och behandling.
- *Omgivning & organisation*
Primärjourlinje bemannad med stafett som inte har uppdaterad kunskap i ATLS och traumaomhändertagande samt utebliven bedömning kring smärtlindring.
- *Procedurer/rutiner & riktlinjer*
Observandum i nationella traumalarms-kriterier följs inte, drogpåverkan och ålder över 60 år.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Som bifynd noteras att dokumentationen generellt varit bristfällig, främst initialt i vårdförloppet, i samband med inläggning på akutmottagning och transport till sjukhus.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader ej beräknade.

4.5 Konsekvenser för patienten

Medicinska bedömningar och överväganden görs kring patienten, och sammanfattningsvis har patienten handlagts utifrån aspekter som berusning, tid på dygnet etcetera. Ambulanspersonal kontaktar inte kirurgjour enligt befintlig rutin och patienten får inte tillräcklig smärtlindring under sin första tid på sjukhuset vilket orsakar ett onödigt lidande, men i övrigt är handläggningen adekvat och patienten ådrar sig ingen vårdskada i samband med vårdtillfället.

4.6 Åtgärdsförslag

- Arbetsgivare ska säkerställa att jourläkare har rätt kompetens, trots tydlig kravställan i avrop.
- Nationella rutiner ska göras kända.
- Rutin att inblandade läkare ska dokumentera var för sig är på gång via chefläkare och akutrådet. Gällande ambulanspersonal och personal på akutmottagningen tas rutiner om dokumentation upp på APT.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart: Inga omedelbara åtgärder.

5 Tidsåtgång

| Tidsåtgång | Tid i timmar |
|---|--------------|
| För analysledare | 10 |
| För analysteam | 10 |
| För involverade (intervjuer, återkoppling etc.) | 0 |
| SUMMA | 20 |

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Se bifogad handlingsplan för åtgärder

6.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda

Se bifogad handlingsplan för beskrivning av ansvar och tidplan.

6.2 Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal

Berörd hälso- och sjukvårdspersonal informerade i samband med händelseanalysen. Återkoppling kommer att ske per mejl till inblandade som ombetts att yttra sig gällande händelsen

6.3 Återkoppling/spridning

Återkoppling till berörd hälso- och sjukvårdspersonal kommer att ske enligt ovan. Ärendet kommer också att spridas via APT för lärande, samt genomgång av ärendet vid nästkommande traumaråd.

6.4 Uppföljning

Se bifogad handlingsplan Chefläkare är sammankallande till eventuellt återföringsmöte då ärendet diskuteras och följs upp områdesövergripande.

6.4.1 Ansvarig för uppföljning

Se bifogad handlingsplan.

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

Bilaga 2: Yttranden från inblandad personal