

Kunskapsbanksnummer: KB6670492

Datum: 2019-04-05

## **Händelseanalys**

### **Bristfällig hantering av instabil nackfraktur**

November 2018

Analysledare:

Primärvård  
Region Jämtland Härjedalen

## 1 Sammanfattning

Uppdraget bestod i att utreda om det förelegat en bristfällig hantering av patient med instabil nackfraktur från det att läkare på hälsocentral kontaktades. Händelsen fram till att läkare kontaktades har utretts av kommun och anmälts som alvarlig vårdskada till IVO.

Man med demensboende på SÄBO har ånyo ramlat på sitt rum. Sjuksköterska tittar till patienten och bedömer inte skadan som alvarlig, ingen åtgärd sätts in i anslutning till händelsen på SÄBO. Dagen därpå uppmärksammar sjuksköterska på SÄBO att patienten har ont i nacken och ber läkare på hälsocentralen komma och undersöka patienten. Läkaren som väl känner till patienten bedömer inte ärendet som brådskande. Läkaren kommer dagen därpå till boendet och undersöker patienten.

Vid undersökning av patienten bedömer läkaren att nackfraktur måste uteslutas. Detta skall ske i första hand med datortomografi, men med hänsyn till patientens tillstånd, remitteras patienten för slätröntgen av halsrygg vid hälsocentralen för att om möjligt, utesluta fraktur på plats på Hälsocentralen. Det är 18 mil till länssjukhus med tillgång till datortomografi.

En viss fördröjning sker av undersökning då det är oklart att patienten befinner sig på annan plats än på Hälsocentralen. Transport av patient till röntgen sker i rullstol utan nackkrage.

När röntgenbilder skall tas, ber röntgensköterskan patienten lyfta hakan, men det är så smärtsamt att patienten nästan ramlar ur stolen varvid manipulation upphör. Då bilderna är klara ser röntgensköterskan att det rör sig om en sannolikt instabil nackfraktur. Direkt kontakt med remitterande läkare innan någon annan åtgärd vidtogs med patienten uteblev. Ingen kontakt tas med läkaren i detta skedet och patienten transporteras åter till boendet i rullstol utan nackkrage. Då svaret från röntgen kommer kort därefter får läkaren kännedom om att undersökningen visar att det är en instabil nackfraktur och adekvata åtgärder sätts in och patienten transporteras till länssjukhus. Patienten uppvisar inga neurologiska bortfallsymptom under förloppet och behandlas konservativt.

Bakomliggande orsaker till de felhändelser som inträffar är att förutsättningar och praxis för läkardokumentation i samband med läkarmedverkan vid kommunalt boende är bristfällig. Det föreligger behov av att säkerställa att fullständig dokumentation görs vid läkarmedverkan vid kommunalt boende.

Det föreligger osäkerhet hos röntgensjuksköterska kring hur röntgenfynd skall kommuniceras med remittent, arbetsgivare åläggs att säkerställa att medarbetare känner till och följer gällande rutiner.

Bedömning av ärendet är att händelser i de delar som omfattar regionens vårdansvar inte har medfört eller hade kunnat medföra en alvarlig vårdskada.

## 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

## **2 Uppdrag**

Utreda bristfällig hantering av instabil nackfraktur.

### **2.1 Uppdragsbeskrivning**

Hantering av patient med nackfraktur har utredds från kommunens sida vad gäller händelser fram tills det att läkare vid hälsocentralen vidtalats. Uppdraget avser utredning angående händelsen från det att läkaren vid hälsocentralen vidtalats och om det har förelegat risk för eller om alvarlig vårdskada har inträffat.

### **2.2 Händelsen inträffade**

181114

### **2.3 Händelsen uppmärksammades**

181115

### **2.4 Händelsen rapporterades**

181115

### **2.5 Uppdragsgivare**

Avgående Närvårdsområdeschef Sveg HC och ny Verksamhetschef Sveg HC Christina Larsson.

### **2.6 Uppdrags- och startdatum**

190116

### **2.7 Återföringsdatum**

190318

### **2.8 Diarienummer**

HSN/27/2019

## **3 Deltagare i analysteamet**

Följande personer deltog i analysteamet:

Analysledare, sjuksköterska.

Viceanalysledare, Sjuksköterska.

Analysteamedtagare, Läkare.

## 4 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig
- Internutredning eller motsvarande

Intervjuer har genomförts med:

- sjuksköterska på SÄBO
- Rtg ssk
- Läkare
- Patientens son

## 5 Resultat

### 5.1 Händelseförlopp

181114

Patient med begynnande demens, tidigare stroke samt prostatacancer boende på SÄBO ramlar ånyo i sitt rum. Patienten har ramlat upp emot ett 80 tal gånger sedan juni 2016. Sjuksköterska på boendet tittar till patienten samma kväll med bedömning ingen åtgärd.

#### 1. 181115 kl 08

Patienten har ont i huvud och nacke. Sjuksköterska på SÄBO ber läkare titta på patienten, sjuksköterskan går till rummet där läkaren finns och lämnar muntlig rapport om att patienten sitter upp, men har ont i huvud och nacke. Läkaren ordinerar smärtlindring och bedömer att avvakta med undersökning av patienten.

2. 181116 före lunch

Patienten undersöks av läkare på boendet som ligger i samma byggnad som hälsocentralen och röntgenremiss skrivs för slätröntgen på Hälsocentralen. Läkaren besluter om att remittera patienten till slätröntgenundersökning av halsrygg på hälsocentralen trots att det inte är den rekommenderade bildundersökningen vid misstanke om nackfraktur då det är 18 mils resväg till närmaste sjukhus där datortomografi är möjligt att utföra. Patienten som är dement är lite samarbetsvillig vad gäller att få nackkrage och vill absolut inte resa till närmaste sjukhus. Läkaren väljer denna typ av undersökning initialt för att om möjligt kunna utesluta fraktur. Läkaren känner patienten och anhöriga väl.

Felhändelse: Optimalt val av röntgenbild vore datortomografi på länssjukhuset, men läkaren väljer medvetet att utföra röntgenundersökning med slätröntgen på hälsocentralen som ligger i samma hus för att om möjligt kunna utesluta fraktur.

3. 181116 före lunch

Röntgensköterska ser före lunch att en trauma halsrygg röntgen skall göras, men ingen patient finns i väntrummet. Inväntar patienten som antas komma från mottagningen då inget annat är uppgivet i remissen. I remissen står inte angivet vart patienten befinner sig. Remissen är inte markerad akut.

Felhändelse: I remissen som inte är markerad som akut saknas uppgif om vart patienten befinner sig.

4. 181116 efter lunch

Röntgensköterskan söker patienten via telefon utan svar. Det framkommer sedan vart patienten befinner sig och undersökning genomförs. Röntgenundersökning fördröjs med ett par timmar.

Felhändelse: Röntgenundersökningen fördröjs.

5. 181116 inför röntgen

Transport till röntgen sker sittandes i rullstol utan nackkrage.

Felhändelse: Transport till röntgen sker sittandes i rullstol utan nackkrage.

6. 181116 under röntgenundersökning

Röntgenundersökning försvåras av patientens smärta och liten samarbetsvilja. Röntgensköterska ber patienten höja hakan för bättre bild, men patienten ramlar då nästan ur stolen av smärta varvid ingen mer provokation sker.

7. 181116 ca kl 1530

Röntgensköterska ser att båda kotbågarna har gått av samt en förskutning, men meddelar inte läkare direkt. Röntgensköterska beslutar att avdelningspersonal skall hämta patienten i rullstol utan fixering av nacken. Patienten samverkar inte till nackkrage.

Felhändelse: Röntgensjuksköterskan meddelar inte läkaren direkt.

8. 181116 svar kl 1521

Röntgensköterska kryssar i rutan preliminärsvaret och skickar bilderna till Östersunds sjukhus för bedömning. Röntgenbilderna tolkas av läkare på Östersunds sjukhus och svar kommer efter 25 min. Läkaren får röntgen svaret.

Då läkaren ser röntgensvaret som beskriver en instabil nackfraktur, beslutas omedelbart om transport till Sjukhus samt nackkrage och vacuummadrass. Patienten motsätter sig att åka, men får lugnande för att möjliggöra avfärd. Hämtas av ambulans.

181116 kl 2313

Ankommer sjukhuset. Efter datortomografi och bedömning beslut om mobilisering med halskrage under 12 v då operation anses olämpligt med tanke på patientens situation. Patienten har inte neurologiska bortfallssymptom.

## 5.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Brist på spårbar dokumentation kring varför avsteg görs.

Kommunikation & information

Osäkerhet hos rtgssk i hur rtgfynden skall kommuniceras.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Etablerad praxis följs inte när patienten inte befinner sig på mottagningen.

## 5.3 Åtgärdsförslag

Arbetsgivaren ska säkerställa att medarbetare känner till och följer gällande rutiner.

Säkerställa att avsteg från rutin dokumenteras i patientens journal

Säkerställa att dokumentation i remiss finns när patient inte befinner sig på mottagning.

## 6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	9
SUMMA	44



## **7 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **7.1 Åtgärder**

Rapportens åtgärdsförslag kommer att genomföras i den omfattning som anges i bifogad handlingsplan, bilaga 2.

#### **7.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda**

Enligt handlingsplan, se bilaga 2.

### **7.2 Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal**

Information lämnas enskilt till inblandad hälso- och sjukvårdspersonal under v. 15 samt till alla medarbetare under ordinarie morgonmöte/informationsmöte av verksamhetschef. Handlingsplanen följs upp enligt tidplan vid APT (arbetsplatsträffar) under året (2019).

### **7.3 Återkoppling/ spridning**

Verksamhetschef informerar patientens son per telefon under v.15 om resultatet och att vi inte funnit risk för allvarlig vårdskada under behandling i Primärvården. Då Härjedalens kommun gjort en anmälan skickar vi vårt resultat till IVO för kännedom

### **7.4 Uppföljning**

Enligt handlingsplan, se bilaga 2.

#### **7.4.1 Ansvarig för uppföljning**

Enligt handlingsplan, se bilaga 2.

## 8 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

## **9 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan