

Datum: 2016-02-12

Händelseanalys

Patient som erhållit djupt trycksår under vårdtid

Februari 2016

Analysledare:

Neurosjukvården
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Analysteams uppdrag bestod i att utreda varför patient med allvarlig ryggmärgsskada drabbades av trycksår. Underlagen för analysen utgörs av dokumentation i journaler samt intervju med anhörig och berörd personal.

En liten rodnad på nedra kotan noteras redan på kvällen samma dag som operationen gjorts, efter ca ett dygn på sjukhus. Tryckmärkets svårighetsgrad varierar under vårdtiden på IVA men förblir i stort sett oförändrat i karaktären och ser bra ut. I nära anslutning till att patienten flyttas till vårdavdelning får patienten diarréer. Vid överflyttningen till vårdavdelningen saknar sjuksköterska på IVA som är ansvarig för överrapporteringen tillräcklig överblick över det långa vårdförloppet och relaterar rodnaden endast till de senaste händelserna, diarrén. Det tryckmärke som under längre tid funnits överrapporteras inte. Vårdavdelningen hade vid tillfället ingen fast överläkare vilket är en tänkbar orsak till att den inskrivande överläkaren inte var medveten om att patienten haft ett tryckmärke redan på IVA. För patienten innebär detta att vårdavdelningen inte är uppmärksam på tryckmärket när de övertar ansvaret från IVA. Den allra första tiden på vårdavdelningen har patienten svårt med andningen och besvär med slangarna till ventilatorn. Hen vill inte heller ligga på ena sidan pga. smärta. Sammantaget leder detta till att patienten inte blir vänd såsom är brukligt och intervju med personalen vittnar om en frustration över att inte ha kunna vända patienten på sedvanligt sätt. Den femte dagen uppmärksammas tryckmärket som då har utvecklats till ett trycksår. Då trycksåret har upptäckts vidtas adekvata sårvårdsåtgärder. Det tar dock ytterligare en tid innan sårutvecklingsprocessen kan vändas.

Följande bakomliggande orsaker har identifierats:

- Fast bemanning av överläkare saknades vid tidpunkten på vårdavdelningen
- Vårdavdelningen saknar rutin att lägga "nyskadade" patienter på Anti Decubitusmadrass
- Rutin att inspektera och dokumentera hudkostymen i samband med den dagliga omvårdnaden samt rapportera till läkare vid behov följs inte
- Sårvårdsjournal skrivs inte på IVA
- Behov av utbildning och/eller etiska diskussioner kring både den professionella rollen och i vilken utsträckning man ska rätta sig efter patientens önskemål då avvägningen är svår

Alla föreslagna åtgärder som avser vårdavdelningen är adekvata och skall vidtas. Åtgärder som avser IVA är rekommendationer. Följande åtgärdsförslag har identifierats:

- Förbättra följsamheten till befintliga dokumentationsrutiner
- Tillsättning av fast överläkare (redan genomfört)
- Inför rutin att alltid använda Anti Decubitusmadrass vid vård av "nyskadade" patienter på aktuell vårdavdelning samt i samband med övertag från annan enhet
- Följ befintlig ny rutin att under första dygnet inspektera och dokumentera hudkostymen samt vid behov rapportera till läkare
- Överväga att införa sårvårdsjournaler på IVA
- Anordna utbildning och/eller etiska diskussioner kring både den professionella rollen och i vilken utsträckning man ska rätta sig efter patientens önskemål då avvägningen är svår
- I samband med inskrivningssamtal säkerställa att anhörig vet vem som är patientansvarig ssk
- Se över huruvida fler åtgärder är nödvändiga utöver de som föreslås i den här rapporten
- Överväga att kontakta plastikkirurg i ett tidigare skede för en första bedömning

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Initierings- och startdatum.....	4
1.3	Återföringsdatum.....	4
2	Deltagare i analysteam.....	4
3	Metodik.....	4
4	Resultat.....	4
4.1	Händelseförlopp.....	4
4.2	Bakomliggande orsaker.....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång.....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling.....	8
6.3	Uppföljning.....	8
7	Ordförklaringar.....	9
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Analysteamets uppdrag bestod i att utreda varför patienten drabbades av ett trycksår.

1.1 Uppdragsgivare

Uppdraget initierades av dåvarande Verksamhetschef Goran Delic och rapporteras till Åsa Lundgren Nilsson, tf Verksamhetschef, Neurosjukvården, Västra Götalandsregionen

1.2 Initierings- och startdatum

Utredningen initierades den 2015-10-27 och startade den 2015-11-04

1.3 Återföringsdatum

Utredningen återfördes den 2016 02 12

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Analysledare / Sjuksköterska
Vice analysledare / Verksamhetsutvecklare
Vice analysledare / Läkare
Vice analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare

Samtliga är anställda inom Neurosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på dokumentation i journaler samt intervjuer med anhörig och berörda läkare och sjuksköterskor på IVA och vårdavdelningen.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten ådrar sig en allvarlig ryggmärgsskada under sen eftermiddag, läggs på spineboard och transporteras med ambulans till akuten och därefter till IVA. Patienten opereras under förmiddagen dagen efter. Under natten ordinerar plant ryggläge med halosträck och plankvändning endast vid behov. Denna förhållandevis långa tid i ryggläge grundlägger uppkomsten av trycksåret. En liten rodnad på nedra kotan noteras redan på kvällen samma dag som operationen gjordes. Det ryggläge som ordinerades innan operationen bedöms ha varit nödvändigt på grund av skadans art även om det ledde till att trycksåret grundlades.

Under den efterföljande veckan då patienten vårdas på IVA dokumenteras rodnaden omväxlande som märke, rodnad, nekrotisk rodnad och födelsemärke av sjuksköterska på IVA. Läkare från vårdavdelningen ombeds av sjuksköterska på IVA att göra en bedömning av märket. Läkaren tittar på märket men felbedömer vid detta tillfälle märket som ett födelsemärke. Läkaren skriver ingen journalanteckning i Melior om denna bedömning.

Tryckmärkets svårighetsgrad varierar under vårdtiden på IVA men förblir i stort sett oförändrat i karaktären och ser bra ut. Patienten vänds sida-sida. En kort tid innan överflyttning till vårdavdelningen får patienten diarréer vilket skapar irritation i hudområdet. Huden smörjs och skyddande förband läggs över rodnaden/irritationen.

Efter ungefär en månad på IVA flyttas patienten till vårdavdelningen. Vid överrapporteringen från IVA omnämns inte det tryckmärke som under lång tid uppmärksammats där. Sjuksköterska på IVA saknar tillräcklig överblick över det långa vårdförloppet och relaterar vid överrapporteringen rodnaden endast till de senaste händelserna, alltså irritation till följd av diarréer. Därmed blir inte vårdavdelningen uppmärksam på tryckmärket när de övertar ansvaret från IVA vilket i sin tur leder till att patienten inte blir lagd på den allra bästa sortens tryckavlastande madrass, Anti Decubitusmadrass.

Fast bemanning med överläkare saknades vid denna tid på vårdavdelningen, och det var i huvudsak två överläkare som turades om att bemanna vårdavdelningen och att ronda patienten på IVA. Den ena av dessa har i intervju uppgivit att hen kände till att det redan på IVA fanns ett tryckmärke, medan den andra överläkaren säger sig inte ha vetat om detta. När patienten skrivs in på vårdavdelningen är det överläkaren som inte kände till tryckmärket som är i tjänst. Hen uppmärksammar därför inte bristen i överrapporteringen från IVA avseende tryckmärket.

Anhörig säger i intervju att hen vid flera tillfällen påtalade tryckmärket och behovet av vändning. Vid tillfället var ny sommarpersonal under upplärning vilket innebär att det var fler personer än brukligt inblandade i vården. Det kan inte uteslutas att det större antalet personal på avdelningen kan ha inneburit kommunikationssvårigheter mellan anhörig/omvårdnadspersonal. Patienten har under den första tiden på vårdavdelningen svårt med andningen och besvär med slangarna till ventilatorn, hen vill inte ligga på ena sidan pga. smärta. Patienten blir även illamående i samband med sondmatning. Intervju med personal vittnar om en frustration att de på grund av detta inte kunnat vända patienten såsom är brukligt. I samband med omvårdnaden under inskrivningsdagen och de efterföljande tre dagarna på vårdavdelningen upptäcks inte rodnaden/tryckmärket utan det är först den femte dagen detta uppmärksammas. Då har märket utvecklats till ett trycksår 4,5 x 4,5 cm.

Så snart trycksåret har upptäckts vidtas adekvata sårvårdsåtgärder vilka också dokumenteras. Dock fortsätter såret utvecklas i negativ riktning en tid innan sårutvecklingsprocessen kan vändas.

Ur ett trycksårsperspektiv finns flera faktorer som särskilt försvårade omständigheterna för just den här specifika patienten:

1. Patienten var i skadans allra tidigaste skede under lång tid ordinerad ryggläge, mer än 24 timmar. Detta var nödvändigt för behandlingen men är en lång tid satt i relation till risken att grundlägga/utveckla trycksår.
2. Patienten var vid övertagande till vårdavdelningen mycket mager. Detta innebär att patienten har haft en extra hög benägenhet att utveckla trycksår då belastningen på hudkostymen blir större än vad som är fallet hos patienter som är normalviktiga.
3. Vid rekonstruktion av såret som gjordes i ett senare skede hittades en mindre benbit i anslutning till såret. Biten tros härröra från en tidigare skada då svanskotan brutits. Den lösa benbiten kan ha bidragit till ytterligare belastning på huden just där trycksåret uppkom.
4. Trycksårets placering vid korsbenet, gör att såret har varit utsatt för en större risk att infekteras än om såret varit placerat på exempelvis skuldran. Särskilt i samband med diarréer.
5. Nutritionssvårigheterna har varit av så hög grad att sårläkningsprocessen sannolikt har påverkats negativt

Faktor 1-3 bedöms kunna ha varit försvårande omständigheter i samband med uppkomsten av trycksåret och faktor 4-5 bedöms vara försvårande omständigheter i samband med att sårutvecklingsprocessen skulle vändas.

4.2 Bakomliggande orsaker

Följande bakomliggande orsaker har identifierats:

1. Fast bemanning av överläkare saknades vid tidpunkten på vårdavdelningen
2. Vårdavdelningen har inte som rutin att alltid lägga "nyskadade" patienter på Anti Decubitusmadrass
3. Rutin att inspektera och dokumentera hudkostymen i samband med den dagliga omvårdnaden samt vid behov rapportera till läkare följs inte
4. Sårvårdsjournal skrivs inte på IVA
5. Behov finns av utbildning och/eller etiska diskussioner kring både den professionella rollen och i vilken utsträckning man i situationer med svåra avvägningar ska rätta sig efter patientens önskemål
6. Det kan inte uteslutas att det större antalet personal på avdelningen kan ha inneburit kommunikationssvårigheter mellan anhörig och omvårdnadspersonal

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra risker har upptäckts.

4.4 Åtgärdsförslag

Följande åtgärdsförslag kopplade till de bakomliggande orsakerna har identifierats:

- Tillsättning av fast överläkare. Detta är redan genomfört
- Inför rutin att alltid använda Anti Decubitusmadrass vid vård av ”nyskadade” patienter på aktuell vårdavdelning samt i samband med övertag från annan enhet
- Inför ny rutin att omvårdnadspersonal under första dygnet inspekterar och dokumenterar hudkostymen samt vid behov rapporterar till läkare
- Överväga att införa sårvårdsjournaler på IVA, både för att göra väsentlig information mer lättillgänglig inom IVA och för användning i samband med överrapportering
- Anordna utbildning och/eller etiska diskussioner kring både den professionella rollen och i vilken utsträckning man i situationer med svåra avvägningar ska rätta sig efter patientens önskemål
- Förbättra följsamheten till befintliga dokumentationsrutiner, både då patienter ligger på IVA och får besök av läkare på vårdavdelning samt vid vård på vårdavdelningen
- I samband med inskrivningssamtal säkerställa att anhörig vet vem som är patientansvarig sjuksköterska

Följande åtgärdsförslag av mer övergripande karaktär föreslås:

- Göra en allmän översyn om huruvida fler åtgärder är nödvändiga utöver de som föreslås i den här rapporten. Detta med tanke på att det tog flera dagar innan tryckmärket/såret upptäcktes och dokumentation av hudkostymen saknas i journalanteckningarna under denna tidsperiod. Ett exempel kan vara att förbättra arbetet med riskbedömningar enligt SKL's mallar
- Överväga förändrad rutin så att kontakt med plastikkirurg tas i ett tidigare skede för en första bedömning. Även samordning av gemensamma rutiner ortoped/plastik/vårdavdelning etc. kan vara aktuellt.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	16
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	11
SUMMA	47

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Alla föreslagna åtgärder som avser vårdavdelningen är adekvata och skall vidtas.

Åtgärder som avser IVA är rekommendationer.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen återkopplas till närstående, vårdenhetschef på vårdavdelning och IVA samt Vårdenhetsöverläkare.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av handlingsplanen kommer att ske senast 2017-01-31.

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: Handlingsplan