

Kunskapsbanksnummer: KB7356663

Datum: 2019-01-10

Händelseanalys

Fördröjd diagnos av höftfraktur efter fall

Mars 2018

Central analysledare

Region Västerbotten

Sammanfattning

Föreliggande analys är utförd på uppdrag av verksamhetschef och syftar till att klarlägga händelseförlopp och bakomliggande orsaker till att diagnos av en höftfraktur fördröjdes. En äldre patient ramlar i samband med en förflyttning på sitt demensboende. Inkommer med ambulans till sjukhusets akutmottagning och undersöks av läkare. Patienten har svårt att medverka till undersökning och provtagning relaterat till sin demenssjukdom. Man misstänker en höftfraktur. Röntgen av höft och bäcken utförs. Röntgenläkare som tolkar bilderna formulerar i röntgensvaret att ingen skelettskada finns. Patienten inlägges på vårdavdelning för ställningstagande till behandling av misstänkt luftvägsinfektion, omvårdnad och smärtlindring, då det är sent på natten. Under natten har patienten ont och får smärtlindring. Utskrives kommande dag till sitt boende. Smärta kvarstår och patienten kan inte stå på benen. Skickas åter in till sjukhuset. Skiktröntgenundersökning av höft och bäcken utförs och man ser nu en höftfraktur. Vid eftergranskning av den tidigare utförda röntgenundersökningen ser man att det finns en fraktur. Operation med delprotes utförs.

Diagnos av höftfrakturen fördröjs och frakturens då försämrade läge innebär att man behöver operera med en delprotes, vilket hade kunnat undvikas om frakturen opererats tidigare.

De bakomliggande orsaker som identifierats i analysen innefattar

- att kommunikation mellan berörda verksamheter angående hur fortsatt smärta skulle följas upp saknades
- att högspecialiserade vårdavdelningar ökar risk för att symtom/diagnostik/ bedömningar utanför den egna specialiteten förbises
- att ett kritiskt förhållningssätt då status talar mot röntgenfynd saknades
- bristande kännedom och därmed följsamhet till befintlig rutin gällande inläggning

Föreslagna åtgärder är

- att säkerställa informationsöverföring från akutmottagning till vårdavdelning, ; rekommendationer och planering skall dokumenteras i inläggningsjournal samt kompletteras med muntlig information enligt SBAR
- att uppdatera akutenläkarnas "Introduktionsbok"; rutiner för hur patienter som läggs in på vårdavdelning skall handläggas samt att påminna akutläkare om uppdaterade rutiner
- att informera läkare på vårdavdelning 1 om vikten av förnyad undersökning om status fortsätter tala för skelettskada
- att återföra fallet inom berörda verksamheter för att bidra till lärande och minska risken för återupprepning

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	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	8
4.3	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	10
6	Chefsläkarens kommentarer	11
7	Ordförklaringar	11
8	Bilagor.....	12

1 Uppdrag

På uppdrag av verksamhetschef initieras händelseanalys. Syftet med analysen är att klargöra händelseförloppet gällande en patient som ramlat och ådragit sig en misstänkt höftfraktur, finna bakomliggande faktorer till att diagnos och åtgärd av en höftfraktur fördröjdes samt att föreslå åtgärder som minskar risken för återupprepning.

1.1 Uppdragsgivare

Sjukhusvård
Region Västerbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-11-29 hölls ett uppstartsmöte med berörda verksamheter

Startdatum då analysen inleddes: 2018-11-29

Händelsen inträffade i mars 2018. Avvikelse skrevs 2018-04-17. Avvikelsehandläggare på en av de berörda klinikerna som fick ett utredningsärende från rapporterande klinik var tjänstledig, varför det var fördröjning av respons på utredningsärendet till berörd kliniker. Ärendet ankom till chefsläkares kännedom 2018-11-01.

1.3 Återföringsdatum

Återföring av analysen till berörda verksamheter skedde 2019-01-09.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

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

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Klagomål från närstående som inkommit till IVO och därifrån vidareförmedlats till vårdgivaren
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsen beskrivs nedan i text. Se även den grafiska presentationen i bilaga 1. Beskrivningen bygger på de uppgifter som framkommit i samband med faktainsamlingen.

Förutsättning; mars 2018

Åldrig person med alzheimerdemens, hjärtsvikt, ländryggsspondylos samt höftfraktur höger som opererats med LIH-spik på 90-talet. Bor på demensavdelning på kommunalt boende. Klarar förflyttning säng till stol med hjälp av personal samt kan gå några steg med stöd/rullator.

1.

180328 kl 18

Ramlar i samband med förflyttning inomhus på boendet. Sjuksköterska tillkallas av omvårdnadspersonal. Undersöks av sjuksköterska. Klagar över smärta i vänster höft men kan stå på benen. Primärvårdsjournal läkare informeras. Misstänkt höftfraktur. Handläggs enligt collumprogram. Får smärtstillande (Ketogan) enligt rutin. Ambulans tillkallas.

2.

180328 kl 19

Vid ambulansens ankomst ligger patienten i sängen, palpationsöm över vänster höft, ej utåtroterat. Klarar av att ställa sig, vända sig och sätta sig på ambulansbår, grimaserar. Låter tät och rosslig på andningen, hostig sedan några dygn, anhörig följer med patienten. Luftvägen är fri. Förhöjd andningsfrekvens (28). Lunginflammation? Cirkulationen stabil (p 70, bltr 160/85). Demens, vill helst hem. Kroppstemperatur 37.7 grader efter paracetamol på boendet under eftermiddagen. Orange prioritet (andningsfrekvens) och ESS 34 (skada höft/lår). Transporteras till akutmottagningen.

3.

180328 kl 20

Undersöks av läkare 1 på sjukhusets akutmottagning. Patienten kan ej redogöra för anamnes och kan ej samarbeta vid undersökningen. Läkare 1 ringer boendet för att få mer information. Remiss för röntgen av vänster höft, bäcken samt lungor då patienten uppfattas som rosslig på lungorna. Har varit hostig i några dagar. Viss misstanke om lunginflammation finns. Har lätt förhöjd kroppstemperatur och stegrad snabbsänka (CRP=85). Patienten kan inte medverka till ytterligare provtagning. Vänster höft: kan ej testa rotation. Patienten tycks vara palpationsöm över vänster höft och ljumske. Inga tecken till trauma i det området, svank eller extremiteter. Vill ej sträcka ut benen, svårt att bedöma om benet är roterat.

Felhändelse:

- Fullständig klinisk undersökning utförs ej.

4.

180328 kl 22

Röntgenundersökningar utförs. Läkare 2 tolkar bilderna och svar skrivs in i datasystemet. Läkare 2 anger att det inte finns någon skelettskada eller felställning i vänster höft/bäcken och att lungröntgenbilderna visar på vidgade lungkärl förenligt med hjärtsvikt. Svaren läses av läkare 1.

Felhändelser:

- Vid eftergranskning (180402), kan fraktur ses på röntgenbilderna av vänster höft
- Läkare 2 gör en felaktig tolkning av röntgenbilderna på höften

5.

180328 kl 23

Läkare 1 diskuterar med senior kollega på akutmottagningen, läkare 3. Höftfraktur uteslutet och man förordar inläggning på vårdavdelning 1 för behandling av eventuell luftvägsinfektion. Bakjoursläkare ansvarig för vårdavdelning 1 kontaktas och accepterar inläggning av patienten. Läkare 1 skriver in patienten på vårdavdelning 1 och ger muntlig rapport till sjuksköterska.

Felhändelser:

- Röntgenundersökning avfärdar fraktur men kliniska tecken (smärta) finns
- Ingen förnyad bedömning med klinisk undersökning utförs
- Ingen ortopedspecialist kontaktas/undersöker patienten på akutmottagningen
- Rekommendation om fortsatt handläggning framgår ej till vårdavdelning 1

6.

180329, natt

Inlagd på vårdavdelning 1. Klagar över smärta i vänster höft och får smärtstillande (Ketogan) vid ett tillfälle under natten.

Felhändelse:

- Behov av förnyad klinisk undersökning/bedömning av höften framgår ej till ansvarig läkare på vårdavdelning 1

7.

180329, fm

Rond på vårdavdelning 1. Beslut om utskrivning till ordinarie boende av läkare 4. Anledning till varför boendet skickade in patienten var för att de misstänkte en fraktur i vänster höftled. Stabila vitala parametrar. Lungröntgen gjord som inte visar någon lunginflammation. Hjärtat ses förstorat med vidgade lungkärl centralt förenligt med hjärtsvikt. Slätröntgen av vänster bäcken och höftled visar ingen fraktur eller felställning. Kontakt med boendet och patienten får återkomma för fortsatt vård. Man har tillgång till inhalation på boendet. Antibiotikakur pga. misstänkt luftvägsinfektion. Närstående informerade via telefon av läkare 1.

Felhändelser:

- Smärta i vänster höft kvarstår

- Ingen förnyad bedömning med klinisk undersökning utförs

- Ingen remiss till ortopedisk specialist, ingen CT av höft/bäcken utförs

8.

180329, kväll

Åter på boendet sedan em. Närstående på besök och noterar att patienten har utåtroterat vänsterben. Patienten vill ej belasta benet. Är sängliggande, smärta.

9.

180330, fm

Skickas åter till sjukhusets akutmottagning pga. ohållbar situation med svår smärta. Närstående (döttrar) medföljer. Benet förkortat och utåtroterat. Skiktröntgen av höft/bäcken utförs. Påvisas fraktur höftfraktur vänster sida med förskjutning och felvinkling. Inlägges på vårdavdelning 2 (ortopedi). Planeras för akut operation med protes. Avvikelse skrivs av läkare 5.

10.

180331

Operation i spinalanestesi med halvprotes. Okomplicerad operation. Postoperativt trött och medtagen. Sviktar i hjärtfunktion. Utvecklar rodnad sacralt (i rumpa/ryggslut) relaterat till sängläge.

11.

180404

Mobiliserad till stående och kan ta några steg med hjälp av gåbord och bälte. Utskrives till boendet kommande dag.

12.

sommar/höst 2018

Succesiv avtackling med försämrat allmäntillstånd. Avlider i november 2018 relaterat till hög ålder.

Händelsens utfall:

Korrekt diagnos fördröjdes med två dygn. Korrektion kunde inte ske med spikar pga. att frakturläget hade försämrats relaterat till den fördröjda diagnosen. Spikar skulle ha varit att föredra då det är mindre påfrestande med kortare operationstid och mindre blödning. Utsattes för en ökad risk i och med att en mer omfattande kirurgi på en äldre och skör patient behövde utföras. Risker att avlida efter höftfraktur ökar signifikant om man inte opereras inom 24 h. Utsattes för ett ökat lidande med smärta och behov av starka smärtstillande preparat pga. fördröjd operativ åtgärd.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Teknik, utrustning & apparatur.

Kommunikation & information

Kommunikation/rekommendation mellan berörda verksamheter angående hur fortsatt smärta efter fallet skulle följas upp saknades.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande kännedom om och därmed följsamhet till befintlig rutin gällande inläggning.

Då patienten inte skulle åka hem såg man vid tillfället ingen anledning att vid patientens vistelse på AKM ta kontakt med ortopedjour för bedömning och ytterligare ställningstagande kring patientens smärta. Ansvarig akutläkare skall alltid titta på röntgenbilderna och nytt status utföras om patienten skall åka hem. I detta fall blev

patienten inlagd och ansvaret för fortsatt bedömning av smärta och status överlämnades till vårdavdelning 1. Rekommendationer angående behov av uppföljande bedömning av höften sänkades i journal.

Inskrivning skedde nattetid av akutenläkare. Rapport om patienten ges från läkare 1 till sjuksköterska på vårdavdelning 1.

Oklar kommunikation och ansvarsfördelning kring uppföljning av smärtan. Läkare på vårdavdelning 1 uppfattade att frakturmisstanke var helt avskriven.

Omgivning & organisation

Högspecialiserade vårdavdelningar ökar risk för att symptom/diagnostik/ bedömningar utanför den egna specialiteten förbises.

Enligt läkare 4:as redogörelse; patienten lades in på vårdavdelning 1 via akutmottagningsläkare då fraktur uteslutits på röntgen. Dock var det mitt i natten och patienten hade väntat länge på akutmottagningen och hade lite rosslig andning. Skrevs ut nästa dag då hon bedömdes må bäst hemma (demens) och inte hade någon infektion som krävde inläggande vård. Höften var friad med röntgen samma dygn varför förnyad undersökning inte gjordes. Patienten hänvisades till vårdavdelning 1 pga. en infektion vilken bedömdes och behandlades med patientens bästa i fokus.

Patienten mobiliserades inte för att utvärdera smärta/förmåga innan utskrivning från vårdavdelning 1.

Mycket kort vårdtillfälle. Bristande tid att utvärdera smärta. Demenssjukdom försvårar kommunikation och bedömning.

Återgång till trygg miljö prioriterades framför utvidgad diagnostik.

Utbildning & kompetens

Kritiskt förhållningssätt då kliniskt status talar mot röntgenfynd sänkades.

Involverad personal på berörda enheter (Akutmottagning samt vårdavdelning 1) hade stor tillit till röntgen-utlåtanden utan hänsyn till kliniska fynd. Det var ingen av de involverade läkarna som själv tittade på röntgenbilderna vid det första vårdtillfället, man tog enbart hänsyn till det skriftliga utlåtandet från radiolog. Analysteamet vill belysa vikten av förnyad klinisk bedömning och att röntgen bara är ett av de verktyg som finns för korrekt diagnos.

Ingen bakomliggande orsak identifierad

Patienten kan ej medverka fullt ut vid undersökning relaterat till demenssjukdom och det var svårbedömt.

Det skulle ha krävts kraftigt lugnande/smärtstillande för att (mot patientens vilja) kunna genomföra en komplett undersökning av höften.

Enligt muntliga uppgifter från boende har patienten gått/stått efter fallet, vilket är ovanligt vid en fraktur.

Frakturen är synlig redan vid det första undersökningstillfället 2018-03-28 men missades. Det är i princip alltid lättare att se en fraktur med facit i hand. Det är av den anledningen viktigt med förnyad undersökning om status fortsätter tala för skelettskada.

Förbiseenden av denna art (så kallade perceptionsfel) är väl kända inom radiologin och är svåra att helt eliminera. Det är ytterst beklagligt att patienten drabbades av detta förbiseende. Det har i utredningen inte framkommit någon bakomliggande orsak till perceptionsfelet.

4.3 Åtgärdsförslag

Nedan beskrivs analysteamets åtgärdsförslag som anses kunna bidra till en ökad patientsäkerhet.

1. Säkerställa informationsöverföring från akutmottagning till vårdavdelning; rekommendationer och planering skall dokumenteras i inläggningsjournal samt kompletteras med muntlig information enligt SBAR
2. Information till läkare på vårdavdelning 1 om vikten av förnyad undersökning om status fortsätter tala för skelettskada
3. Återföring av fallet inom berörda verksamheter för att bidra till lärande och minska risken för återupprepning
4. Uppdatering av Akutenläkarnas "Introduktionsbok"; rutiner för hur patienter som läggs in på vårdavdelning skall handläggas och att påminna akutläkare om uppdaterade rutiner:
 - Titta på röntgenbilder och jämför patientens status mot bilder och utlåtande
 - Rutin vid inläggning; ta ställning till ytterligare handläggning/initiering av utredning, tex remisser för röntgen, remisser för konsultation

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	28
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	42

6 Chefläkarens kommentarer

Diagnos av collumfraktur har fördröjts och därmed orakat patienten såväl ökat lidanden och en mer omfattande operativ åtgärd med ökat vård- och rehabiliteringsbehov. Bedöms att allvarlig vårdskada har inträffat och därmed grund för anmälan enligt lex Maria.

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

Bilaga 3: Organisations- och persondata

Bilaga 4: Verksamhetschefens kommentarer

Bilaga 5: Avvikelse rapport samt klagomålsärende

Bilaga 6: Personliga redogörelser

Bilaga 7: Journalhandlingar

Bilaga 8: Befintliga rutiner