

Kunskapsbanksnummer: KB7407090

Datum: 2019-04-01

# Händelseanalys

**Förväxling av patient i samband med operation**

Juni 2018

Analysledare:  
Område II  
NU-sjukvården  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Avvikelsen handlar om två patienter med höftfraktur som har samma förnamn och samma födelseår ligger på samma avdelning och väntar på operation. De båda patienterna är planerade för olika typ av operationsmetod.

Patienterna förväxlas och den första av de två patienterna startar operationen för felaktig operationsmetod. Strax efter operationsstart upptäcks misstaget och operationsmetoden ändras till den som var avsedd för patienten. Patienten drabbas av förlängd operationstid vilket innebär förhöjd komplikationsrisk. Den andra patienten drabbas av förlängd väntetid till operation.

### Bakomliggande orsaker:

- ✓ Sjukhusgemensam rutin hur id kontroll i samband med operation/överflyttningar mellan enheter ska utföras saknas.
- ✓ Rutin/arbetsätt att alltid utföra id kontroll mot patient, pappersjournal och datajournal vid mottagande av patient på operationsavdelningen saknas.
- ✓ Arbetsätt finns som ger störmoment för anestesisköterskor ex akuttelefonen.
- ✓ Strukturerat arbetsätt vid incheckning som främjar upptäckande av misstag är bristfällig.
- ✓ Operatören har ingen möjlighet att se patientens id band och uppgifter på dator i samband med incheckning.
- ✓ För liten operationskapacitet i förhållande till operationsbehov.
- ✓ Gemensam genomgång av planerade operationer vid arbetspassets start saknas helgtid.
- ✓ Det saknas receptionist på jourtid.

### Åtgärdsförslag:

- ✓ Införa sjukhusgemensam rutin hur id kontroll i samband med operation ska utföras. Id kontroll i samband med kontakt med vårdavdelning, förberedelse på avdelning, mottagande på operationsavdelning, förberedande av operation, anestesistart och operationsstart.
- ✓ Införa rutin/arbetsätt att alltid utföra id kontroll mot datorn vid "bryggan".
- ✓ Skapa arbetsätt som gör att anestesisköterskorna får arbeta så ostört i så stor utsträckning som möjligt.  
Ex omfördela resurser så det finns en koordinator även jourtid för att minska störmoment.
- ✓ Sätta upp inplastad in och utcheckningsrutin på väggen i varje operationssal.
- ✓ Inför strukturerat arbetsätt för incheckning och utcheckning där det är klarlagt vilka uppgifter som ska sägas och av vem.
- ✓ Införa rutin att operatören utför id kontroll före operationsstart genom att patientens id armband hålls fram samtidigt som operatören kan se datajournalen.
- ✓ Fördela resurser/omorganisera för operationskapacitet efter operationsbehov. Utöka operationskapaciteten så att höftfrakturer opereras inom rekommenderade 24 timmar.
- ✓ Skapa rutin att starta varje arbetspass med genomgång av dagens operationsplanering med utgångspunkt från akutlistan i Orbit (operationsplaneringssystem).
- ✓ Införa receptionist på jourtid. Samma person hela arbetspasset.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Analysledare .....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam .....	5
3	Metodik .....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	9
4.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	10
4.4	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång .....	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling .....	11
6.3	Uppföljning .....	11
7	Ordförklaringar .....	12
8	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

Avvikelsen handlar om två patienter med höftfraktur som har samma förnamn och samma födelseår ligger på samma avdelning och väntar på operation. Den ena patienten är planerad för en halv protes(en höftprotes där delen i lårbenet byts ut) och den andra patienten för en märkepik(operationsmetod) eller plattfixation (operationsmetod).

Patienterna förväxlas och patienten som är planerad för märkepik eller plattfixation kommer till operationsavdelningen och operation för halv protes påbörjas. Under operationen upptäcks misstaget och patienten erhåller planerad operation (fixeras med platta).

Syftet är att identifiera felhändelser så att händelsen inte kan inträffa igen.

Analysen har kommit fram till följande förslag som är konkreta och genomförbara.

### 1.1 Analysledare

Område II  
NU-sjukvården  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-07-02

Startdatum: 2018-07-04

Den långa handläggningstiden beror på resursbrist. Analysen startade omedelbart och intervjuer med involverad personal har utförts i samband med händelsen. Själva analysarbetet har dock startat mycket senare.

### 1.3 Återföringsdatum

190401

## 2 Deltagare i analysteam

### Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska  
Ortopedläkare  
Sjuksköterska vårdavdelning  
Undersköterska/receptionist vårdavdelning  
Undersköterska/receptionist vårdavdelning  
Anestesisköterska  
Operationssköterska

### Enhet

NU-sjukvården/Område II/Ortopedklinik  
NU-sjukvården/Område II/Ortopedklinik  
NU-sjukvården/Område II/Ortopedklinik  
NU-sjukvården/Område II/Ortopedklinik  
NU-sjukvården/Område II/Ortopedklinik  
NU-sjukvården/Område II/AnOplva kliniken  
NU-sjukvården/Område II/AnOplva kliniken

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

Journalanteckningar  
Orbit (operationsplaneringssystem)  
Intervjuer med inblandad personal  
Intervju med patient

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Bakgrund:

Två patienter med samma förnamn och samma födelseår vårdas på samma vårdavdelning. Båda patienterna har brutit sin vänstra höft och väntar på operation.

Patient 1 är operationsanmäld för operation med en halvprotes och patient 2 för operation med platta och skruvar.

1. 180627 kl 09

Patient 1 som är dement skrivs in med vänstersidig höftfraktur. Operation med halvprotes planeras. Patienten nr 1 fastar(ingen mat eller dryck) från lunch för operation samma dag. Kl 17 meddelas att det inte blir någon operation och patienten fastar åter från midnatt.

Ingen felhändelse.

2. 180628 kl 21.30

Patientens operation blir inställd. Fostar åter från midnatt

Felhändelse:

Planerad operation ställs in.

3. 180629 kl 20

Patientens operation blir inställd. Patienten ska få frukost nästföljande dag och därefter åter fasta.

Felhändelse:

Planerad operation ställs in.

4. 180629 kl 20.15

Patient 2 skrivs in med vänstersidig PTFE (höftfraktur). Operation med kort mörkspik planeras.

Felhändelse:

Ingen uppmärksammar att det finns två patienter med samma namn och födelse år på avdelningen.

5. 180630 vid lunchtid

Anhöriga till Patient 2 ringer till vårdavdelningen för att efterhöra när operationen blir. Eftersom läkare finns på avdelningen frågar receptionisten läkaren som meddelar att patienten är näst på tur och ska alldeles strax få komma till operationsavdelningen. Sjuksköterska på vårdavdelningen som har hand om Patient 1 hör att det andra vårdlaget får skicka ner en patient och ropar efter läkaren för att fråga varför inte patient 1 får komma ner. Läkaren hör henne inte utan är på väg till anhörigsamtal. Sköterskan tänker då att det "har nog" blivit en omprioritering.

Ingen felhändelse.

6. 180630

Anestesisköterska 1 som är resurs kommer till Anestesisköterska 2 och frågar om hon kan hjälpa till med något.

Anestesisköterska 2 ber Anestesisköterska 1 ringa ner nästa patient eftersom det varit upptaget där.

Patienten ligger upplagd i datorn. Anestesisköterska 1 frågar om det är patienten som är upplagd på datorn och får bekräftelse på det.

Ingen felhändelse.

7. 180630 kl 13

Anestesisköterska 1 ringer till vårdavdelningen för att meddela att Patient 1 får komma ner till operationsavdelningen.

Förnamn och de sex första siffrorna meddelas.

Undersköterska 1 som tar emot samtalet på avdelningen anger att förnamn och födelseår anges.

Felhändelse:

Hela personnumret anges inte när patienten rings ner.

8. 180630

Undersköterska 1 Meddelar sköterskor 1 och 2 (som sitter i rapport) att Patient xx född -xx får komma till operationsavdelningen.

Sjuksköterska 1, som går bredvid Sjuksköterska 2, utför id kontroll mot patient, patientens id-band och journal på Patient 2. Patienten förbereds och får läkemedel inför operationen. När detta är klart går sjuksköterska 1 till sjuksköterska 2 för att få undervisning i hur läkemedlen signeras.

Sjuksköterska 2 visar detta genom att signera läkemedlen. Ingen av sköterskorna vet att det finns två patienter med samma namn och födelseår på avdelningen.

Ingen felhändelse.

9. 180630 kl 13.15

Patient 2 ankommer till sänghallen på operationsavdelningen och tas emot av Anestesisköterska 1 och undersköterska 2.

Ingen felhändelse.

10. 180630

Anestesisköterska 1 kontrollerar patientens förnamn och var patienten har ont och uppgifterna stämmer mot medskickad journal.

Felhändelse:

Fel patient förbereds.

11. 180630

Patient 2 mår illa och kräks. Anestesisköterska 1 frågar om patienten är allergisk mot något och patienten förnekar allergi. Anestesisköterska 1 ger patienten läkemedel mot illamående.

Felhändelse:

Anestesisköterska 1 ger läkemedel mot illamående utan att läsa i patientens journal.

12. 180630

Patient 2 körs in till förberedelserummet. Anestesisköterska 1 rapporterar till anestesisköterska 2 att patienten fått läkemedel mot illamående efter kontroll med patient om ev allergi och att inga andra kontroller är utförda. Anestesisköterska 1 dokumenterar given dos läkemedel i journal som är öppnad i datorn.

Felhändelse:

Given dos dokumenteras i fel patients journal.

13. 180630

Anestesisköterska 2 reagerar mot att patienten inte har någon allergi eftersom det finns anteckning i journal om att patienten är allergisk mot PC. Anestesisköterska 2 kontrollerar att patientens födelsedata, armband och uppgifter på papper och de stämmer. Anestesisköterska 2 frågar patienten om allergin och patienten anger att hen inte är allergisk. När anestesisköterska 2 säger att sonen har lämnat uppgift om allergi säger patienten att hen inte har någon son men att det kanske är mågen som lämnat uppgiften. Anestesisköterska 2 tänker att patienten inte har koll på läget eftersom patienten är dement.

Felhändelse:

Anestesisköterska 2 kontrollerar inte identiteten mellan patient och dator.

14. 180630

Anestesisköterska 1 och 2 hjälps åt att koppla upp patienten till blodtryck, puls och Spo2.

Ingen felhändelse.

15. 180630

Anestesisköterska 2 utför id kontroll. Frågar patienten efter namn och personnummer. Uppgifterna stämmer överens med armband och den pappersjournal som är med patienten.

Felhändelse:

Id kontroll utförs inte mot data journal.

16. 180630 kl 13.45

Patienten får Spinal bedövning.

Felhändelse:

Given bedövning dokumenteras i fel patients journal.

17. 180630

Anestesisköterska 1 och 2 flyttar över patient 2 till operationsbordet.

Undersköterska 2 avlöser anestesisköterska 1 och patienten körs in till operationssalen. Journalen i förberedelserummet stängs ner och öppnas på operationssalen.

Ingen felhändelse.

18. 180630 kl 14.41

Patientens operation startar och i samband med det gör incheckning enligt rutin.

Felhändelse:

Personalen (inkl operatören) upptäcker inte att det inte är samma patient på operationsbordet som i datorn.



19. 180630

Initialt under operationen noterar läkaren att anatomin känns avvikande. När operatören kommer in i leden upptäcker läkaren att trochanter major verkar sitta löst och att det måste finnas en fraktur i dess övre del. Planerar då att sätta cerclage i trochantern. När ledhuvudet ska dras ut upptäcker läkaren att det inte finns någon fraktur på lårbenshalsen.

Uppehåll under operationen görs för att kontrollera identitet och misstaget upptäcks. Operatören ringer och konfererar med kollega angående operationsmetod och patienten opereras med platt fixation.

Ingen felhändelse.

Patientens operation blir mer omfattande och tar längre tid vilket ökar risk för komplikationer.

Patienten som skulle ha blivit opererad fick vänta ytterligare ett dygn på sin operation.

## 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: Kommunikation & information och Utbildning & kompetens

### Omgivning & organisation

- ✓ För liten operationskapacitet i förhållande till operationsbehov.
- ✓ Gemensam genomgång av planerade operationer vid arbetspassets start saknas helgtid.
- ✓ Det saknas receptionist på jourtid.
- ✓ Arbetsätt finns som ger störmoment för anestesisköterskor ex akuttelefonen.

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

- ✓ Rutin/arbetsätt att alltid utföra id kontroll mot patient, pappersjournal och datajournal saknas.
- ✓ Sjukhusgemensam rutin hur id kontroll i samband med operation/överflyttningar mellan enheter ska utföras saknas.
- ✓ Strukturerat arbetsätt vid incheckning som främjar upptäckande av misstag är bristfällig.
- ✓ Operatören har ingen möjlighet att se patientens id band och uppgifter på dator i samband med incheckning.

### 4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Svårt att uttala sig om kostnaden. Frakturen för patienten vars operation startade med fel metod har inte läkt och patienten har genomgått ytterligare operation. Om detta är orsakat av händelsen går inte att säga.

### 4.4 Åtgärdsförslag

- ✓ Fördela resurser/omorganisera för operationskapacitet efter operationsbehov. Utöka operationskapaciteten så att höftfrakturer opereras inom rekommenderade 24 timmar.
- ✓ Införa sjukhusgemensam rutin hur id kontroll i samband med operation ska utföras. Id kontroll i samband med kontakt med vårdavdelning, förberedelse på avdelning, mottagande på operationsavdelning, förberedande av operation, anestesistart och operationsstart.
- ✓ Inför strukturerat arbetssätt för incheckning och utcheckning där det är klarlagt vilka uppgifter som ska sägas och av vem.
- ✓ Införa rutin att operatören utför id kontroll före operationsstart genom att patientens id armband hålls fram samtidigt som operatören kan se datajournalen.
- ✓ Införa rutin/arbetssätt att alltid utföra id kontroll mot datorn vid "bryggan".
- ✓ Skapa arbetssätt som gör att anestesisköterskorna får arbeta så ostört i så stor utsträckning som möjligt.  
Ex omfördela resurser så det finns en koordinator även jourtid för att minska störmoment.
- ✓ Sätta upp inplastad in och utcheckningsrutin på väggen i varje operationssal.
- ✓ Skapa rutin att starta varje arbetspass med genomgång av dagens operationsplanering med utgångspunkt från akutlistan i Orbit (operationsplaneringssystem).
- ✓ Införa receptionist på jourtid. Samma person hela arbetspasset.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	28
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	53

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

- Lyfta i linjen den bristande operationskapaciteten.
- Införa sjukhusgemensam rutin för ID-kontroll i samband med operation.
- Strukturera arbetssättet med WHO checklista ink inplastad checklista på varje operationssal.
- Etiketter
- Strukturera genomgång av akutlistan för operationsplanering vid start av varje arbetspass.

### 6.2 Återkoppling

- Återkoppling av händelseanalys till involverad personal.
- Återkoppling av händelseanalys till operation.
- Genomgång händelseanalys på tisdagsmöte Ortopedkliniken.
- Publicera händelseanalys ortopedklinikens hemsida.

### 6.3 Uppföljning

- Kontroll under höst att samtliga åtgärder och återkopplingar är utförda.

## 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
Bryggan	Plats där patienten passerar på väg till förberedelserummet

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Identitetskontroll av patienter