

Kunskapsbanksnummer: KB7926840

Datum: 2018-08-21

Händelseanalys

Patient som blir opererad (klyvning av bindvävshinnan) i underbenet på grund av tryckskada.

Juni 2018

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdraget ges för att genomlys behandlingsbesluten som togs i det aktuella patientfallet. Agerade vi korrekt? Om inte, vad ska vi göra bättre i framtiden för att det inte ska hända igen.

Patient som inkom medvetslös till sjukhuset efter att ha legat på golvet, oklart hur länge. Vänster ben påtagligt svullet. Bedöms vara kompartmentsyndrom och rabdomyolys. Bedömning görs inledningsvis att på grund av muskelnekros är risken för infektion/amputation stor om en operation/klyvning av bindvävshinnan skulle göras varför man beslutar att inte operera. Ett och ett halvt dygn senare ses nya kliniska fynd i form av kallare fot. DT angiografi visar tryck på artären och minskad cirkulation till foten. Beslut tas då om operation och en klyvning av bindvävshinnan görs. I detta läge bedöms att risken för amputation på grund av den minskade cirkulationen är större om operation inte görs.

Klinisk droppfot vänster, ingen aktiv dorsalextension eller rörelser i tår.

Patienten inkom med en svår skada där väl genomtänkta åtgärder vidtogs för att minimera risk för stora och mycket allvarliga komplikationer (amputation/infektion) varför bedömning görs att det inte är en vårdskada.

Analysteamet har utifrån händelseförloppet inte kunnat identifiera några felhändelser. De åtgärder som vidtagits i olika skeden av händelseförloppet bedöms vara gjorda utifrån fakta, information och klinisk bild.

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	7
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

Genomlys behandlingsbesluten som togs i det aktuella patientfallet. Agerade vi korrekt? Om inte, vad ska vi göra bättre i framtiden för att det inte ska hända igen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, ortopedi
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-06-19

Startdatum: 2018-06-20

1.3 Återföringsdatum

2018-08-31

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Arbetsterapeut	Skaraborgs Sjukhus/Kvalitets- och utvecklingsenheten
Analysteammedlem/Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område K/K4-Ortopedi
Analysteammedlem/Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område K/K4-Ortopedi

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med involverad personal. En sjuksköterska och tre läkare har intervjuats.
- Intervju med patient

- Litteratur/artiklar/rapporter, "Up to date" (kliniskt beslutsstöd) samt litteratur inom ämnet.
- Journalhandlingar

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Här beskrivs händelsen i text utifrån den grafiska presentationen i bilaga 1.

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Dag 1, tidig morgon

Patient inkommer medvetslös till medicinakuten. Intox. Har legat på golvet, oklart hur länge. Vänster underben är påtagligt svullet och patienten har trycksår i ansiktet.

1.

Dag 1, tidig morgon

Medicinjour tar emot patienten. Kontaktar ortopedjour (läkare 3) som tittar på benet, Misstänkt rabdomyolys och kompartmentsyndrom.

Ortopedjour (läkare 3 kontaktar bakjour (läkare 1) som bedömer att det är CRUSH-syndrom.

Patienten har högt CK och myoglobin vilket tyder på detta. Fasciotomi (klyvning av bindvävshinnan) bedöms medföra större risk för komplikation (infektion/amputation) än att låta bli att operera.

Patienten flyttas till intensivvårdsavdelning.

Ingen felhändelse utifrån de förutsättningar och den information som fanns.

2.

Dag 1, förmiddag

Ortopedläkare (läkare 2) tar kontakt med bakjour (läkare 1). Bedömning görs att muskeln gått i nekros och att det finns stora risker med fasciotomi (infektion/amputation). Medvetna om att benets funktion sannolikt kommer att bli påverkat, men att riskerna för amputation och infektion är mindre om man inte opererar.

Ingen felhändelse utifrån de förutsättningar och den information som fanns.

3.

Dag 2, kväll

Sjuksköterska uppmärksammar att vänster fot blivit kall. En DT angiografi görs som påvisar tryck på artären och minskad cirkulation till foten. Beslut tas av läkare 1 att fasciotomi ska göras. Patienten opereras.

Bedömt att det fanns stor risk för muskelnekros och därmed risk för postoperativ infektion. Efter operationen är foten fortfarande kallare och det går inte att känna några pulsationer. Infektionsprofylax sätts in på grund av stora sår och nekrotisk muskel.

Ingen felhändelse. Situation förändrad och man agerar utifrån nya kliniska fynd där den konstaterade minskade cirkulationen bedömts ge en ökad risk för amputation.

4.

Dag 3

Patienten flyttas till intensivvårdsavdelning på annat sjukhus.

5.

Dag 4

Vid läkarbedömning konstateras att patienten har nedsatt känsel för beröring nedanför fotknölna på vänster fot, är dock inte helt utan känsel. Patienten har ingen förmåga att röra foten. Rena sår.

6.

Dag 6

Sårrevision, debridering av nekrotisk vävnad och omläggning. Foten har börjat utveckla kontraktur (rörelseinskränkning i leden). Remiss till ortopedteknisk avdelning för ortos mot droppfot.

7.

Dag 7

Flyttas från intensivvårdsavdelning till ortopedavdelning för fortsatt omvårdnad och rehabilitering. Kontakt tas med arbetsterapeut och fysioterapeut för fortsatt rehabilitering i form av ADL-träning, gångträning samt eventuell hjälpmedelsutprovning.

8.

Dag 20

Skrivs ut från sjukhus för fortsatt vård och rehabilitering via primärvård

Dag 20

Klinisk droppfot vänster, ingen aktiv dorsalextension eller rörelser i tår.

Patienten inkom med tryckskada som utvecklade sig till muskelnekros, det har inte utvecklats infektion och amputation har inte behövt göras varför bedömning görs att det inte är en vårdskada.

4.2 Bakomliggande orsaker

Eftersom inga felhändelser har identifierats finns det inga bakomliggande orsaker.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Analysteamet vill utifrån patientsäkerhetsperspektiv uppmärksamma att patienter flyttas på grund av platsbrist trots allvarliga tillstånd. I aktuellt patientfall har det dock inte påverkat patientens vård och behandling.

4.4 Åtgärdsförslag

Utifrån analysens bifynd, att patienter flyttas på grund av platsbrist föreslås fortsatt arbete inom sjukhuset för att minimera flyttar av patienter.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	8
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	17

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Framtagna förslag från analysgruppen anses adekvata d.v.s. fortsatt arbete inom sjukhuset för att minimera antalet flyttar.

6.2 Återkoppling

Verksamhetens processchefer informerar sina medarbetare i samband med ett läkarmöte.

6.3 Uppföljning

Antalet flyttar mäts efter insatta åtgärder.

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)
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 felhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Debridering	Kirurgisk vidgning av sår samt borttagande av död vävnad för att underlätta läkning
Rabdomyolys	Process där skelettmuskelceller förstörs och myoglobinhalten stiger i blodet
Myoglobin	Ett prov som mäter halten av myoglobin i blodet. Myoglobin är den viktigaste syrebindande molekylen i muskelvävnad
CK	Ett prov som visar halten av kreatinkinas i blodet. Kreatinkinas är ett enzym som utsöndras när muskelvävnad förstörs
Fasciotomi	Klyvning av bindvävshinnan
CRUSH-syndrom	Process där skelettmuskelceller förstörs och myoglobinhalten stiger i blodet
Muskelnekros	En allvarlig cirkulationsstörning som gör att muskulatur och nerver dör av syrebrist
Kompartmentsyndrom	Tillstånd som uppstår när ökat tryck inne i ett muskelkompartiment hämmar cirkulationen och funktionerna hos muskler, sensor och nerver inne i ett kompartiment
Muskelkompartiment	När flera muskler ingår i en muskelgrupp men är åtskilda från varandra och omges av bindvävskidor – flera sådana bildar ett muskelkompartiment
Intox	Akut förgiftning med exempelvis alkohol, narkotika eller läkemedel
Kontraktur	Rörelseinskränkning i en led
Ortos	En ortos är ett kroppsburet hjälpmedel som används för att stödja leder eller rätta till/förhindra felställningar

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf