

Datum: 2018-01-25

## *Mall för slutrapport för händelseanalyser*

*Den kursiva texten är anvisningar för vad du bör skriva i rapporten under respektive avsnitt. Kom ihåg att ta bort all kursiv text i den slutliga rapporten.*

Den text som inte är skriven med kursiv stil kan du komplettera och använda i rapporten.

### **Händelseanalys**

**Fördröjd diagnos av halskotefraktur**

Analysledare:

Område 3  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

## **Sammanfattning**

*Sammanfattningen ska innehålla allt väsentligt som redovisas i rapporten. Den får inte innehålla någon ny information som inte återfinns på annan plats i rapporten. Sammanfattningen disponeras ungefär på samma sätt som rapporten som helhet.*

*Sammanfattningen skall vara max en halv A4 sida där du redovisar*

- ✓ *uppdrag och syfte*
- ✓ *en kort beskrivning av händelsen och eventuella felhändelser*
- ✓ *kortfattat de viktigaste bakomliggande orsakerna*
- ✓ *de viktigaste åtgärdsförslagen som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna*

## 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

# 1 Uppdrag

*Redovisas syftet med analysen som det formulerats av uppdragsgivaren - det framgår av uppdragsbeskrivningen.*

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

Till analysledare utses Ingrid Höglund Karlsson. analysledaren föreslår lämpliga medarbetare för deltagande i händelseanalysen.

I egenskap av uppdragsgivare åter jag mig att informera berörda parter samt involvera medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras. Efter analysen s slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla till analysens resultat till involverad medarbetare

Med vänlig hälsning,

Henrik Malchau  
Verksamhetschef Ortopedi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal

## 1.1 Uppdragsgivare

*Ange uppdragsgivarens titel och klinik eller enhet. Uppdragsgivaren är den som resultatet rapporteras till, det vill säga den person som ansvarar för att resultatet tas tillvara och för att eventuella åtgärder vidtas.*

Område 3  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

*Ange uppdragsdatum, det datum då uppdragsgivaren kontaktar analysledaren. Om uppdragsdatumet skiljer sig markant från det faktiska startdatumet ange varför analysen har dröjt.*

Uppdragsdatum: 2017-12-28

Startdatum: 2018-01-02

### 1.3 Återföringsdatum

*Ange det datum då händelseanalysens resultat rapporterats till uppdragsgivaren.*

## 2 Deltagare i analysteam

*Ange vilka personer som har deltagit i analysteamet eller medverkat i analysen på annat sätt och även vilken roll de har haft.*

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## 3 Metodik

*Beskriv vilka dokument och annat material som ni har använt som faktaunderlag. Beskriv även vilka roller och hur många ni har intervjuat.*

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig

## 4 Resultat

*Presentera händelsen, bakomliggande orsaker och era åtgärdsförslag.*

*Använd så långt som möjligt de svenska orden för medicinska termer – tänk på att rapporten även ska kunna läsas av personer utan medicinsk utbildning. Om ni använder förkortningar i texten ska dessa förklaras antingen direkt i texten vid första tillfället de förekommer eller i kapitlet Förklaringar av termer och begrepp.*

## 4.1 Händelseförlopp

Beskriv händelsen i text och hänvisa till den grafiska presentationen i bilaga 1. Inled texten med att händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Dag 1

Patient med missbruksproblem, Bechterew sjukdom och juvenil artrit ramlar ur rullstol på boende

1.

Dag 2

Söker akut (AKM) på sjukhus 1 för trauma mot arm och höft efter gårdagens fall. Rtg höft och axel utförs. Ingen skelettskada syns på rtg

Felhändelse

2.

Dag 7- dag 18

Läggs in på annan klinik pga dyspn? och symtom på sepsis. Klagar över höftsmärta och har varit sängliggande sedan dag 2.

Felhändelse

3.

Dag 46

Söker ånyo AKM nu med känselbortfall i båda nedre extremiteterna med nedsatt motorik och kraft sedan 2 dagar. Blir inlagd på vårdavdelning

Felhändelse

4.

Dag 46-dag 47

Rtg brösttrygg görs där ingen patologi ses. Utskrivs med remiss i handen till neurologen. Om utebliven förbättring efter 10 dagar skall patienten söka neurolog via AKM

1. Ej komplett kliniskt och radiologiskt us.

2. Remiss till neurologen skulle skickats alternativt borde en begäran om neurologkonsult ha gjorts under vårdtillfället.

5.

Dag 57

Söker själv AKM sjukhus 2 med den tidigare utfärdade remissen till neurolog eftersom ingen förbättring skett.

Felhändelse

6.

Dag 57-dag 63

Läggs in på annan klinik sjh 2. CT halsrygg görs som visar en ej färsk fraktur på C6-C7

Felhändelse

8 v efter fall

Pat överflyttas till ortopedklinik, opereras med fusion och fixation av halskotefrakturerna  
VÅRDSKADA?

## 4.2 Bakomliggande orsaker

*Beskriv vilka bakomliggande orsaker som ni har identifierat och vilka orsaksområden de hörde till. 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, Omgivning & organisation, Procedurer/rutiner & riktlinjer, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.*

Kommunikation & information

Dålig spridning och genomgång av rutiner

Omgivning & organisation

Rutin ej uppdaterad och ej inlagd i gemensamt PM-bibliotek, Barium och därför svåråtkomlig

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej följt gällande rutin

"Traumapatient med neurologisk åkomma" gällande röntgen

Utbildning & kompetens

Brister i vård- och behandling gällande en multisjuk patient. Brister i uppföljning av patienten

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Beskriv om ni har identifierat faktorer som inte direkt bidragit till händelsens utfall men som kan innebära risker i verksamheten.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Beskriv om möjligt vilka merkostnader som händelsen genererat i form av exempelvis förlängd vårdtid, förhöjd vårdnivå eller andra kostnader relaterat till händelsen. Beräkna merkostnaderna i pengar, om det går.

### 4.5 Åtgärdsförslag

Beskriv vilka åtgärdsförslag ni föreslår och hur åtgärderna skulle kunna bidra till en ökad patientsäkerhet.

Beskriv analysteamets utvärdering av åtgärderna: robusthet, relevans och vilka resurser som kommer att krävas. Ta hjälp av följande frågor:

- Är åtgärdsförslaget konkret och realistiskt?
- Riktat det sig mot de bakomliggande orsakerna?
- Går det att utvärdera om åtgärden haft effekt (finns resultatmått)?
- Bygger åtgärdsförslaget på bästa och senaste rön?
- Kan åtgärdsförslaget förstås av utomstående som inte deltagit i analysen?
- Behöver åtgärden prövas i liten skala innan den genomförs?

Alla PM/Rutiner skall finnas i Barium. Information om Barium skall ges vid introduktionen av nyanställda

Frikostig med att konsultera andra specialiteter när patienten är multisjuk

Uppdatering/översyn av befintliga rutiner

Vara frikostig med röntgen vid dessa tillstånd

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Beskriv här om några åtgärder i direkt eller snar anslutning till händelsen utfördes. Detta är inte handlingsplanen.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart



## 5 Tidsåtgång

Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	0
För analysteam	0
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	0

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

*Här beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att vidtas respektive förkastas. Uppdragsgivaren anger också en tidsplan för genomförande. Uppdragsgivaren kan också kommentera om åtgärdsförslagen är konkreta och realistiska eller om andra förslag finns.*

### **6.2 Återkoppling**

*Här beskriver uppdragsgivaren hur händelseanalysen ska återföras till berörd enhet och dess medarbetare samt till patient/brukare eller närstående.*

### **6.3 Uppföljning**

*Här beskriver uppdragsgivaren när och hur insatta åtgärder ska följas upp.*

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

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf