

Datum: 2018-02-07

# Händelseanalys

## Utebliven trombosprofylax i samband med operation

December 2017

Analysledare:

Sjuksköterskor i  
Västra Götalandsregionen

### **Sammanfattning.**

Avvikelsen handlar om en multisjuk och cancersjuk patient som övertagits från palliativa enheten för akut lårbensamputation på ortopedkliniken. Patienten får i det post-operativa skedet inte administrerat blodförtunnande behandling (Fragmin). Patienten avlider med misstanke om lungemboli som dödsorsak.

Syfte: Utredda orsaker till att patienten inte fick blodförtunnande läkemedel.

De viktigaste felhändelserna är att journalsystemet inte möjliggör planering inför vård på mottagande klinik så länge som patienten är inskriven på ursprungsavdelningen.

Systematiska kontroller av att patienten får läkemedel som patienten enligt klinikens rutin ska ha saknas.

Några viktiga bakomliggande orsaker och åtgärder är:

#### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

- Sjukhusgemensam rutin saknas för ordination av läkemedel vid utskrivning från en klinik eller avdelning inom sjukhuset till en annan.
- Systematisk kontroll saknas för att säkerställa att skriftlig ordination av ordinerade profylaxer finns.
- Klinikens arbetssätt kring vem som ansvarar för vad är otydlig när huvudoperatör inte dikterar operationsberättelsen.

#### **Åtgärdsförslag:**

- Skapa sjukhusgemensam rutin för ordination av läkemedel vid utskrivning från en klinik eller avdelning inom sjukhuset till en annan.
- Införa arbetsrutin för kontroll av att ordinerade profylaxer som anges vid time out vid operationsstart finns dokumenterade i patientens journal.
- Förtydliga operatörernas arbetsfördelning i samband med operation, vem som har ansvaret för olika moment i samband med operation. Om avsteg från gällande rutin sker måste det tydligt uttalas vem som gör vad. Diktering, kontroll av läkemedelsordinationer, skriva ut patienten från uppvakningsavdelning om det är dagkirurgisk patient samt planering av återbesök.

## 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

Avvikelsen handlar om en multisjuk och cancersjuk patient som övertagits från palliativa enheten för akut lårbensamputation på ortopedkliniken. Patienten får i det post-operativa skedet inte administrerat blodförtunnande behandling (Fragmin). Patienten avlider med misstanke om lungemboli som dödsorsak.

Syfte: Utredda orsaker till att patienten inte fick blodförtunnande läkemedel. Det finns misstanke om att patienten ådragit sig en undvikbar vårdskada.

Orsaksutredningen börjar från det att beslut om övertag till ortopedkliniken fattas 21/12 2017 tills patienten skrivs ut till palliativa avdelningen.

## 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Ortopedkliniken  
Västra Götalandsregionen

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-01-17

Startdatum: 2018-01-17

## 1.3 Återföringsdatum

2018-02-09

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Ortopedklinik
Vice analysledare / Sjuksköterska	Ortopedklinik
Sjuksköterska vårdavdelning	Ortopedklinik
Läkare	Ortopedklinik
Sekreterare	Ortopedklinik
Representant för journalsystem	IT avdelning

På grund av den snabba handläggningen av analysen har inte personal från anestesikliniken bjudits in. Kunskap har inhämtats via intervjuer med personal på anestesikliniken. Det är en brist i arbetet att båda analysledarna kommer från samma klinik.

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervjuer med direkt och indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer och rutiner
- Anhörig intervjuas inte eftersom bedömning görs att de inte kan tillföra information kring varför trombosprofylaxen inte uppmärksammats.

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Multisjuk och cancersjuk patient som överflyttas från palliativa avdelningen till kärlmottagningen på annat sjukhus för att göra en kärllirurgisk bedömning. Beslut fattas om att patienten ska genomgå en lårbensamputation och skrivs in på ortopediskvårdavdelning för postoperativ vård efter lårbensamputation.

1.

1. Torsdag kl 12

Läkare 1 (ortopedkonsultläkare) träffar patienten på kärlmottagningen och fattar beslut om övertag till avdelning 1. Remiss skickas till röntgen för kartläggning inför operation.

Ingen felhändelse.

2.

Torsdag kl 12

Läkare 1 skapar ett öppenvårdstillfälle (men tror att det är ett slutenvårdstillfälle) som heter avdelning 1 och ordinerar läkemedel. Läkaren dikterar också inläggningsanteckning på samma vårdtillfälle.

Felhändelse: Läkemedel avsedda för SV (slutenvård) ordineras i ett ÖV (öppenvårds) tillfälle

3.

Torsdag kl 12.38

Sekreterare öppnar ett slutenvårdstillfälle i samband med att inläggningsjournal ska skrivas.

Felhändelse: Öppenvårdstillfället finns kvar och innehåller information som inte flyttas med till slutenvårdstillfället.

4.

Torsdag kl 12.50

Patienten överflyttas från kärlmottagningen till operationsavdelningen.

Ingen felhändelse.

5.

Torsdag kl 14.11

Time out vid operationsstart.

Felhändelse: Ingen upptäcker att skriftlig ordination av trombosprofylax saknas.

6.

Torsdag

Patienten opereras.

Assisterande operatör dikterar operationsberättelse.

Felhändelse 1: Kontroll av ordination av profylax uteblir.

Felhändelse 2: Profylaxen dikteras inte operationsberättelsen.

7.

Torsdag kl 15.10

Läkare 2 (huvudoperatör) lämnar operationssalen innan avslutad operation.

Felhändelse: Arbetsfördelning efter avslutad operation säkerställs inte.

8.

Torsdag

Patienten vårdas på uppvakningsavdelningen.

Felhändelse: Patienten får inte trombosprofylax.

9.

Fredag kl 03

Patienten kommer från uppvakningsavdelningen till avdelning 1.

Ingen felhändelse.

10.

Fredag fm

Sittrond. Sköterska 1 berättar att läkemedelsordinationer saknas.

Ingen felhändelse.

11.

Fredag kl 13.15

Läkemedel ordineras.

Felhändelse: Trombosprofylax ordineras inte.

12.

Vårdas på kliniken i 7 dagar.

Patienten vårdas på avdelning 2.

Felhändelse: Patienten får inte trombosprofylax under vårdtiden.

13.

Söndag (julafton)kl 01.30

Läkare 5 undersöker patienten eftersom hen fått feber och förhöjd puls

Ingen felhändelse.

14.

Måndag (juldag)em-kväll

Läkemedel inte pilade för morgondagen. Kontakt tas med jourläkare (Läkare 5) som pilar till nästkommande dag.

Felhändelse: Läkaren upptäcker inte att ordination av trombosprofylax saknas.

15.

Torsdag kl 17

Läkare 6 skriver ut patienten till palliativa avdelningen.

Felhändelse: Läkare på ortopedavdelningen upptäcker inte att ordination av trombosprofylax saknas.

16.

Torsdag – fredag

Patienten vårdas på palliativa avdelningen. Plötsligt insjuknande.

Detta förlopp ingår inte i analysen.

Ingen felhändelse.

Fredag kl 10.25

Patienten avlider.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

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

### Kommunikation & information

- Vårdprogram för amputationer är sparad i ett dokumenthanteringssystem som inte används av personalen på avdelningen.

### Omgivning & organisation

- Lägre bemanning på helgdagar ffa läkarbemanning.
- Strukturerat stöd till nys ST läkare på avdelningen saknas.

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Arbetsrutin saknas för kontroll av patients ordinationer i samband med ordination/pilning jourtid.
- Att uppdatera läkemedel i aktuella ordinationer upplevs ta tid och det är trots uppdatering osäkert vilka läkemedel patienten faktiskt står på.
- Behörighet att flytta över all information från ett vårdtillfälle till ett annat finns endast för två sekreterare på kliniken.
- Klinikens arbetssätt kring vem som ansvarar för vad är otydlig när huvudoperatör inte dikterar operationsberättelsen.
- Profylax saknas i checklistan för diktering av operationsberättelse som sitter i dikteringsrummen på operation.
- Rutin för kontroll av att kliniken följer rutiner för profylax och behandling saknas på mottagande enhet.
- Sjukhusgemensam rutin saknas för ordination av läkemedel vid utskrivning från en klinik eller avdelning inom sjukhuset till en annan.
- Systematisk kontroll saknas för att säkerställa att skriftlig ordination av ordinerade profylaxer finns.

### Teknik, utrustning & apparatur

- Varningstext i journalen anger inte att registreringen blir ett öppenvårdstillfälle.



### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Analysledarna ser i detta och andra arbeten att patienten utsätts för fler/allvarligare risker på jourtid. I detta fall är det julhelg vilket innebär fyra helgdagar i rad. Tjänstgörande läkare har ingen möjlighet att gå igenom alla ineliggande patienter utan de är beroende av att omvårdnadspersonal upptäcker förändringar/tecken till komplikationer, ordinationer, uppföljning av provtagning etc och påkalla läkares uppmärksamhet. Någon regelrätt genomgång av ineliggande patienter sker inte på helger.

Under arbetets gång har vi också upptäckt att de mätvärden som registreras under NEWS redovisas tillsammans med NEWS parametrar. Detta innebär att det inte går att få ett diagram över exempelvis alla blodtrycksvärden, man behöver välja NEWS värden eller enskilda blodtrycksvärden.

Läkemedelsordinationer inom regionen går inte att säkerställa. Det behövs en nationell databas för läkemedelsordinationer.

Initialt planerades patienten till avdelning 1 eftersom det var platsbrist på avdelning 2. Dagen efter operation fördes patienten över till avdelning 2 (som nu hade fått ledig plats). Det vore bra om en översyn görs angående fördelning av patienter på akutavdelningarna så att de diagnoser som vårdas på respektive avdelning hamnar rätt från början. Det har troligen inte påverkat händelseförloppet men varje överflyttning innebär en ökad risk.

Patienten önskade överflyttning till palliativa avdelningen postoperativ men bedömning gjordes att det var för tidigt. Enligt teamets läkare fanns inga medicinska hinder utifrån ett ortopediskt perspektiv för att ta kontakt med palliativa avdelningen för diskussion kring var patienten skulle vårdas.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Händelsens art gör att det inte går att räkna ut vårdskadekostnad.

### 4.5 Åtgärdsförslag

- Införa arbetsrutin för kontroll av att ordinerade profylaxer som anges vid time out vid operationsstart finns dokumenterade i patientens journal. Införande av strukturerad kontroll i samband med operationsstart är lätt att genomföra och får stor påverkan för att patienten ska få rätt profylax i samband med operation.
- Skapa sjukhusgemensam rutin för ordination av läkemedel vid överflyttning mellan kliniker inom sjukhuset. Detta är ett sjukhusgemensamt problem oavsett om patient ska opereras eller inte. Ofta fattas beslut om övertag i samband med att läkare utför en konsult när patienten är ineliggande på vårdavdelning. Det går inte att ordinera läkemedel eller göra inskrivning för den vårdavdelning som patienten ska flyttas till i patientens journal.

- Förtydliga arbetssätt, vem som har ansvaret för olika moment i samband med operation. Diktering, kontroll av läkemedelsordinationer, skriva ut patienten från uppvakningsavdelning om det är dagkirurgisk patient samt planering av återbesök.
- Komplettera varningstext i patientens journal när det inte går att skapa det vårdtillfälle som önskas.
- Lägg till profylax i checklisten som finns som stöd till läkarna i samband med diktering av operationsberättelse och synliggör befintlig dikteringsmall i dikteringsrummet på operationsavdelningarna.
- Ge avdelningssekreterare behörighet till att flytta över all information från ett vårdtillfälle till ett annat. Denna åtgärd kan innebära andra risker som behöver utredas före åtgärd ex dubbel ordination, avsaknad av ordination samt att inaktuella ordinationer förs över.
- Checklista i samband med mottagande av patient (från akuten, uppvakningsavdelningen eller annan avdelning).
- Genomgång av hur inskrivning av läkemedel kan utföras via aktuella ordinationer på säkrast och effektivast sätt.
- Diskutera om det finns patientgrupper där patientens diagnos ska avgöra vilken avdelning patienten läggs in på istället för att beläggningstal endast styr vilken avdelning patienten läggs in på.
- Införa arbetsrutin som säkerställer erforderligt stöd till nya ST läkare.
- Publicera klinikens vårdprogram bland klinikens rutiner eller på avsedd plats för vårdprogram på klinikens hemsida.
- Skapa arbetsrutin för kontroll av patients ordinationer i samband med ordination/pilning även jourtid ffa de läkemedel som är insatta i samband med aktuell diagnos/behandling.
- Systematisk genomgång av sjukhusgemensam rutiner som är aktuella för kliniken (i detta fall speciellt för läkemedelsmodulen i Melior).
- Översyn av arbetsrutiner och bemanning jourtid.
- Genomgång av avdelningens vårdprogram minst 2 ggr/år samt vid introduktion.

## 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	64
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	89

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

*Se handlingsplan*

### **6.2 Återkoppling**

*Se handlingsplan*

### **6.3 Uppföljning**

*Se handlingsplan*

## 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
Time Out	Standardiserad procedur med i förväg fastställda kontrollpunkter som utförs i samband med operationsstart och avslut.
Trombosprofylax	Förebyggande behandling med läkemedel för att förhindra blodproppsbildning.
ST-läkare	Läkare under specialist utbildning (har läkarexamen)

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rutin trombosprofylax (Ortopedkliniken)

Bilaga 3: Rutin läkemedelsdokumentation (Sjukhusgemensam)