

Kunskapsbanksnummer: KB911485

Datum: 2019-02-04

## **Händelseanalys**

### **Hantering av DHS-platta**

November 2018

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Patient kommer in till sjukhuset efter att ha ramlat i hemmet och fått smärta i vänster höft. Slätröntgen utförs av vänster höft som inte visar på fraktur. Tre dagar senare får patienten mer smärta varför en magnetröntgen utförs. Fraktur konstateras i vänster höft och patienten opereras med DHS-platta. (Dynamic Hip Screw, platt-och skruv implantat till höftled för sammanfogning av benfragment )

Under operationen uppstår vissa svårigheter med att få DHS-plattan på plats. Läkaren tar bort skruvförlängaren ett moment för tidigt i operationen vilket gör att plattan inte passar in mot skruven. Läkaren får knacka hårt för att få den på plats. Sköterskan gör läkaren uppmärksam på att informationsplansch för DHS-platta finns att tillgå samt frågar om bakjour ska tillkallas. Planschen används inte under operationen och bakjour tillkallas inte. Den slutgiltiga genomlysningen görs inte av hela frakturen och inte heller av hela DHS-plattan.

Vi sedvanlig röntgenkontroll dagen efter operationen upptäcks att skruven helt släppt från plattan och ligger till hälften inne i bäckenet. Patienten opereras igen och borttagning av DHS-plattan sker. Ingen skada på organ eller kärlstruktur har skett.

Patienten rehabiliteras på korttidsboende och får inte belastat sitt vänstra ben. Efter fem veckor är frakturen helt läkt och patienten får belasta sitt ben.

Bakomliggande orsaker:

- Läkaren inte tillräckligt förberedd gällande operationsmetod och material
- Handhavandefel vid insättning av DHS-plattan
- Bristande kommunikation mellan sköterska och läkare

Åtgärdsförslag:

- Operatör vara uppdaterad på operationsmetod och material som ska användas.
- Överläkare säkerställa att operatör har den kompetens som krävs
- Skapa förutsättningar för en kultur som uppmuntrar till att fråga och lyssna på varandra oavsett yrkeskategori.

## 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 .....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	7
4.5	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

Utredningen skall påvisa vilka risker som föreligger vid hanteringen av DHS-platta som beskrivs i händelsen. Syftet med utredningen är att undvika att felhantering sker i framtiden. Ingreppet och materialet är att anse som beprövat och skall inte vara föremål för analys.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, Ortopedi

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-11-19

Startdatum: 2018-12-05

### 1.3 Återföringsdatum

2019-05-02

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Verksamhetsutvecklare	Övergripande sjukhus
Analysteammedlem / Läkare	Ortopedi
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Anestesi, Operation, IVA
Analysteammedlem / Undersköterska	Anestesi, Operation, IVA
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Anestesi, Operation, IVA
Vice analysledare / Verksamhetsutvecklare	Övergripande sjukhus

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

#### Tid för händelse Dag 1

Patienten ramlar i hemmet får smärta i båda höfterna mest uttalat i vänster höft. Slätröntgen visar ingen fraktur. Tre dagar senare får patienten mer smärta i vänster höft varför magnetröntgen utförs. Magnettröntgen visar på en genomgående höftledsfraktur på vänster sida. Fallet diskuteras på röntgenronden och beslut tas om att operera frakturen med DHS-platta. (Dynamic Hip Screw, platt- och skruv implantat till höftled för sammanfogning av benfragment )

1.

#### Tid för händelse Dag 7

Patienten opereras med sluten reposition av vänster höftled, DHS-platta sätts in. Operationsalen förbereds med informationsplansch för DHS-platta. Läkaren är ensam operatör. Under operationen uppstår vissa svårigheter med att få DHS-plattan på plats. Läkaren får knacka hårt för att få fast skruven. Sköterskan gör läkaren uppmärksam på att använda planschen frågar också om de ska tillkalla bakjour. Genomlysning görs efter avslutad operation med fokus på DHS-plattan och inte på glidskruven.

#### Felhändelser

Läkaren tar bort skruvförlängaren DHS-skruv ett moment för tidigt vilket gör att glidplattan inte passar in mot glidskruven.

Läkaren fortsätter att knacka på skruven trots att det kärvar. Det upptäcks inte under operationen att skruven pressas ut genom höftledsgropen i bäckenet.

Genomlysning görs inte av hela frakturen och hela DHS-plattan visualiserades inte efter operationens slut.

Under operationen används inte den informationsplansch som finns på salen.

Bakjour tillkallas inte.

1.

#### Tid för händelse Dag 8

Sedvanlig röntgen efter operationen visar att skruven helt släppt från plattan och ligger till hälften inne i bäckenet.

2.

### **Tid för händelse Dag 10**

Reoperation med ingång både från buken och vänster höft. Borttaganden av DHS-platta. Vid operationen kunde ingen skada upptäckas på organ eller kärlstruktur i bäckenet.

### **Händelsens utfall**

Patienten kommer för återbesök 15 dagar senare har ingen smärta har avlastat vänster ben helt, haft hjälp av personal på korttidsboende. Nytt återbesök ytterligare tre veckor senare frakturen nu helt läkt patienten får belasta fullt åter till korttidsboende för rehabilitering.

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

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

### **Kommunikation & information**

Bristande kommunikation mellan yrkeskategorier.

Läkaren lyssnar inte på operationssjuksköterskans råd.

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

Bristande arbetssätt vid säkerställande av operatörs kompetens.

Läkaren var inte tillräckligt förberedd vad gäller operationsmetod och material.

### **Utbildning & kompetens**

Bristande kunskap

Handhavandefel vid insättning av DHS-plattan

Läkaren inte uppmärksam på att genomlysning ska göras på hela frakturen och hela DHS-plattan

Ovanlig operationsmetod vid höftledsfraktur

## **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

Innan och under den aktuella operationen så har Safe Surgery tillämpats vilket innebär att man använder sig av "Checklista för säkerhet vid operationer", utifrån WHO surgical safety checklist.

Vid intervju av patienten och dess anhörig undrar de om varför patienten inte redan innan operationen fått frågan om hen ville opereras eller inte. De menar att läkaren innan skulle ha förklarat att det fanns två olika alternativ, att bli opererad eller att inte operera alls utan att benet kan självläka.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Händelsen har genererat merkostnader i form av reoperation, extra vård dygn, kostnader för röntgen och rehabilitering. Kostnaden uppgår till 70 095 kr.

Händelsen har också medfört att patienten har fått tillbringa fem veckor på kommunens korttidsboende i vänta på att frakturen ska läka.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

Skapa förutsättningar för en kultur som uppmuntrar till att fråga och lyssna på varandra oavsett yrkeskategori.

Förenklad tillgång till manualer på operationssalen. Att kunna projicera direkt på väggen i operationssalen. Ha manualen på datorn så att man kan följa de olika ingreppen via manualen, exempelvis använda sig av företaget DePuy Synthes manualer.

Gå med erfaren kollega innan man tar sig an ny operationsmetod.

Operatör ska se till att vara uppdaterad på den operationsmetod och det material som ska användas.

Överläkare säkerställa att operatören har den kompetens som krävs.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	16
För analysteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	24

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Den enskilt viktigaste åtgärden är att skapa förutsättningar för en kultur som uppmuntrar till att fråga och lyssna på varandra oavsett yrkeskategori. Det måste dock anses att en sådan kultur inte skapas från en dag till nästa. Men genom att uppmuntra operatören att ställa frågor till bakjour i samband med ovanliga operationer kan vi på sikt uppmuntra till ökad dialog. Det är viktigt att denna dialog uppmuntras även utanför professionen så att kompetens inte förbigås på grund av titel.

Att operatören är förberedd inför operationen är en grundförutsättning för att lyckas. I de fall operatören är osäker bör det vara en skyldighet att ta del av det stöd som finns att tillgå, dvs i det här fallet att ha använt den manual som fanns tillgänglig.

### 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen skall som första steg delges den personal som var delaktig vid operationen. Därefter skall patient och eventuellt andra anhöriga delges. Slutligen skall analysens slutsatser delges vid APT på Ortopedkliniken.

### 6.3 Uppföljning

Se bilaga *Handlingsplan vid händelseanalys*.



## 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
DHS-platta	Dynamic Hip Screw, platt-och skruv implantat till höftled för sammanfogning av benfragment

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf