

Kunskapsbanksnummer: KB990921

Datum: 2018-06-28

Händelseanalys

Utlokaliserad kirurgpatient med buksmärta faller och ådrar sig höftfraktur på vårdavdelning

September 2017

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdrag för genomförande av händelseanalys avseende handläggning av patient som inkommer till hemsjukhuset med buksmärta, misstänkt förstoppning, obstipation. På grund av platsbrist koordineras patienten till vård på avdelning, så kallad utlokalisering, på annan sjukhusort. På avdelningen faller patienten och drabbas av en höftfraktur och opereras. Postoperativt försämras patienten med buk/bröstsmärtor. Hjärtinfarkt konstateras och patienten överflyttas till medicinavdelning. Patienten avlider ett par dagar senare.

Analysen syftar till att utreda huruvida handläggningen av patienten följde hemsjukhusets riktlinjer och var förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Analysteamet ser ingen medicinsk felbehandling eller att utfallet av händelsen hade kunnat vara undvikbart efter höftoperationen. Patienten var på grund av hjärt- och kärlsjukdomar skör och svag och kroppen klarade inte en stor höftoperation trots rätt medicinsk vård och omvårdnad. Man ser dock behov av att förbättra arbetet preventivt för att undvika fallolyckor.

Bakomliggande orsaker:

-ej tillförlitlig riskbedömning dokumenterad där risk för fallrisk fanns

Direkta åtgärder:

-förnya rutin till att förnya riskbedömningar vid inskrivning på ny avdelning

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

Uppdrag för genomförande av händelseanalys avseende handläggning av patient som inkommer till hemsjukhuset med buksmärta, misstänkt obstipation. På grund av platsbrist koordineras patient till vård på avdelning på annan sjukhusort. På avdelningen faller patienten och drabbas av en höftfraktur och opereras. Postoperativt försämras patienten med buk/bröstmärta. Hjärtinfarkt konstateras och patienten överflyttas till medicinavdelning. Patienten avlider ett par dagar senare.

Analysen syftar till att utreda huruvida handläggningen av patienten, följde hemsjukhusets riktlinjer och var förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Område K

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-10-20

Startdatum: 2017-11-01

1.3 Återföringsdatum

2018-07-02

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	
Analysteammedlem / Läkare	M/Medicin
Analysteammedlem / Läkare	K/Ortopedi
Analysteammedlem / Läkare	K-Kirurgi, Urologi, Palliativ vård
Analysteammedlem / Sjuksköterska	K-Ortopedi
Vice analysledare / Vårdadministratör	

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal; undersköterska, sjuksköterska, läkare
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner; om vårdplatser, utlokalisering, avdelningsspecifika och sjukhusövergripande

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling och presenteras också i analysgrafan, bilaga 1.

1709xx em

Äldre patient kommer in akut med ambulans efter flera dagar med låga buksmärtor till akutmottagningen. Patienten har sedan tidigare bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och smärtproblematik.

1.

1709xx ca eftermiddag-kväll-midnatt

Ankomstprover "övre buk" tas och bedömning görs.

Läkare försöker flera timmar under kvällen få hem patient men patienten behöver på grund av hemsituationen vårdplaneras. Patient blir därför inskriven, sk social inläggning och placeras på kirurgisk akutvårdsavdelning på grund av förstoppning.

Förstoppningsproblematiken kan ha berott på läkemedel patienten ordinerats vid vårdkontakt en vecka tidigare. Förstoppningsproblematik är känd och vanlig biverkning så ordinationen skulle mycket väl ha kunnat inkludera något för att förebygga det så problem inte uppstod.

Felhändelse

Initial riskbedömning för fall vid inskrivning slutenvård dokumenterades som: Nej, enligt klinisk bedömning inte risk för fall.

2.

Nästkommande eftermiddag

Patienten som tillhör kirurgisk vårdavdelning blir på grund av vårdplatsbrist på hemsjukhuset utlokaliserad till ortopedisk vårdavdelning på annan utbudsart för fortsatt vård av buksmärtor, vilket

i detta fall var laxerande för tarmtömning och vårdplanering.

Rent kirurgiskt är det rätt patient att utlokalisera med tanke på lätt behandling och vårdplaneringsbehov för fortsatt hjälp i hemmet.

Felhändelse

Flytta en äldre skör patient med tidigare ångest och orosproblematik.

3.

Natten efter

På natten tar sig patienten sig upp från sängen och ut ur rummet, faller utanför sitt rum och hamnar på rygg. Patienten medger att det gör ont i vänster höft och benet ser utåtrotterat ut.

Nattpersonal märker det först när patienten ropar på hjälp liggandes på golvet utanför salen. Vid upptäckt kontrolleras vitalparametrar (baskontroll) och en mental status test enligt kvalitetsregistret rikshöft. Mentalt test resulterade i 6p.

Testet innehåller 10 frågor och för var och en av de tio frågorna ger rätt svar 1 poäng, maximal utdelning således 10 poäng. 8-10 anses vara kognitivt klar. 6 poäng indikerar på en sänkt medvetandegrad.

Felhändelse

Patienten som i hemmet använder rullstol till stor del är inte identifierad som högriskperson för fall.

4.

+3 dagar

Omvårdnad och smärtlindring inför operation av höft.

Höftoperation sker inom 24 timmar, fraktur kl 01.32 och operation sker 19.41

5.

+3dagar till + 8dagar

Omvårdnad och medicinsk behandling för att återhämta sig efter operation. På grund av sjukdomshistorik var kroppen för svag för en så hög påfrestning som operationen innebar.

6.

+9 dagar

Palliativt skede och patienten avlider stilla på morgonen.

Dödsorsak var hjärtinfarkt som var en följd av förmaksflimmer.

Patienten var på grund av sedan tidigare hjärt- och kärlsjukdomar skör och svag och kroppen klarade inte en stor höftoperation trots rätt medicinsk vård och omvårdnad.

Analysteamet ser ingen medicinsk felbehandling eller att utfallet av händelsen hade kunnat vara undvikbart efter höftoperationen.

Om patienten hade haft aktiverad hemsjukvård hade patienten blivit utskriven direkt från akutmottagningen. I detta fall hade patienten inte tillräckligt stöd i hemmet vid det tillfället utan kontakter för vårdplanering behövde tas för att säkerställa en trygg hemgång för patienten vilket krävde stora resurser för vårdpersonal och även gjorde att patienten sedan blev utlokaliserad, utflyttad från hemavdelningen, vilket i denna händelse påverkade patienten negativt.

Arbete med att riskidentifiering och preventivt hindra fallolyckor behöver stärkas.

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, Teknik, utrustning och apparatur.

Omgivning & organisation

Platsbrist på rätt vårdavdelning krävde att man flyttade patienter på medicinska grunder dit det fanns disponibla vårdplatser.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Har haft som rutin att följa tidigare gjorda riskbedömningar

Utbildning & kompetens

Bristande kompetens alternativt bristande tid för att göra en grundligare klinisk blick/bedömning och informationssökning angående patientens tillstånd.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patientens liv, smärta och lidande till följd av vårdskadan går ej att ekonomiskt värdera.

De extra kostnader som uppstod i vården med extra vårddygn, operation, behandling och omvårdnad beräknas till minst 95000kr.

Utöver detta med tanke på att det var under en period med vårdplatsbrister innebar detta undanträngningseffekter och ökad belastning i arbetsmiljö för personal och risker i patientsäkerheten som är svåra att kostnadsberäkna men viktiga att tänka på.

4.5 Åtgärdsförslag

På enskilda vårdavdelningar och sjukhuset som helhet behöver man arbeta för att upprätthålla fastställt antal vårdplatser inom de olika vårdavdelningarna för att minska behov av att vårda patienter på andra vårdavdelningar än hemavdelningen.

Information och dialog om riskfaktorer vid fallrisksbedömning på vårdavdelningar.

Öka användandet av tex "larmmattor" och andra hjälpmedel för riskidentifierade personer med fallrisk.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Ändra rutin	Revidera/ göra en ny riskbedömning när patienter skrivs in på avdelningen och inte gå på tidigare gjord.	EC	Nov2017

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	50

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Rutiner för fallriskbedömning finns på SkaS. Utifrån det aktuella fallet kan jag inte se att ytterligare justering av rutiner kan öka patientsäkerheten. Viktigt däremot att vi använder denna händelseanalys till att sprida kunskap om och sätta fokus på vikten av att följa våra riskbedömningsmallar. I detta sammanhang viktigt att påpeka faran i slentrianmässiga och eller ofullständiga riskbedömningar.

Omrövning och revision av riskbedömning skall ske vid relevant förändring i patientens vårdssituation som kan påverka tex fallrisken.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen bör efter färdigställande redovisas vid APT på inblandande vårdenheter

6.3 Uppföljning

Uppföljning vid respektive verksamhetsområdes ledningsgruppsmöte senast december 2018 att händelseanalysen uppmärksammas vid resp enhet enligt ovan.

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