

Kunskapsbanksnummer: KB3196859

Datum: 2018-09-11

## **Händelseanalys**

**Subaraknoidal och subdural blödning efter fall**

April 2018

Analysledare:

Södra Älvsborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Händelsen är anmäld enligt Lex Maria och grundar sig i närståendes anmälan till IVO. Utredningen följer patientens vårdtillfälle där patienten faller och ådrar sig hjärnblödningar då patienten får en lång paus i hjärtrytmen, i samband med ett oövertakat toalettbesök.

Då patienten sökte vården sex dagar tidigare på grund av svimning, men skrevs hem, sker även utredning av det vårdtillfället i en separat händelseanalys. Båda analyserna ingår i samma Lex Maria anmälan till IVO.

Analysen har identifierat bakomliggande orsaker, gett förslag till förbättringsåtgärder samt upprättat tillhörande handlingsplan. Syftet med analysen är att förhindra upprepning av det inträffade och skapa lärande inom förvaltningen.

### Analysresultat:

Analysen visar att det på enheten inte fanns tydliga rutiner kring omvårdnaden av denna patientgrupp. Patienten fick därav inga direktiv om att hen inte fick gå upp på egen hand. Vid vårdtillfället var det hög belastning på enheten och fallriskbedömning genomfördes inte när patienten kom till avdelningen, vilket innebär att förebyggande åtgärder inte sattes in. Då närstående framfört kritik mot att återkoppling och uppföljning av vårdskadan uteblev har uppdragsgivaren tydligt framför ett önskemål om att denna process belyses i analysen. Detta är anledningen till att felhändelsen i ruta 13 finns med i analysen, trots att den inte påverkar det direkta händelseförloppet och utgången för patienten.

### Bakomliggande orsaker:

- Procedurer/Rutiner & riktlinjer, 4 stycken
- Omgivning & Organisation, 4 stycken
- Utbildning & Kompetens, 2 stycken

Av dessa tio identifierade bakomliggande orsaker är alla unika och inte återkommande för upprepning. Samtliga områden gällande bakomliggande orsaker har beaktats av analysteamet.

### Förbättringsåtgärder:

Analysteamet har föreslagits tolv förbättringsåtgärder.

- *Mycket effektiva åtgärder:* 3 stycken.

Bland annat förändring av den fysiska utformningen av enheten och anpassa vårdplatsantalet efter det varierade säsongbehovet.

- *Effektiva åtgärder:* 5 stycken

Bland annat att skapa diagnosbaserad checklista för omvårdnad i samband med TTX-övervakning

- *Begränsat effektiva åtgärder:* 3 stycken

Bland annat att införa armband i annan färg som signalerar fallrisk på patient för att all personal ska kunna förutse risker utan att ha detaljerad information om patienten.

Kombinationen av förbättringsförslag kommer att skapa mer robusta barriärer för att eliminera liknande händelser, minimera vårdskador och skapa en mer säker arbetsmiljö för sjukhusets medarbetare.

## 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

Analysteamets uppdrag är att identifiera bakomliggande orsaker och utarbeta åtgärds- och uppföljningsförslag i syfte att förhindra att liknande händelser upprepas.

Uppdragsgivaren önskar en analys för att skapa lärande för verksamheten med fokus på rutiner och riktlinjer vid omhändertagande av patient med rytmövervakning. Med anledning av anhörigas klagomål önskas även en belysning av kunskapen i organisationen gällande omhändertagande av vårdskada.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Medicinkliniken  
Södra Älvsborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Händelsedatum: 2018-04-09

Avvikelseregistrering: 2018-04-21

Uppdragsdatum: 2018-05-21

Startdatum: 2018-05-21

### 1.3 Återföringsdatum

2018-09-11

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

#### Roll / titel

Analysledare / Vårdadministratör  
Analysteammedlem / Sjuksköterska  
Vice analysledare / Sjuksköterska  
Analysteammedlem / Läkare  
Analysteammedlem / Undersköterska

#### Enhet

Södra Älvsborgs Sjukhus  
Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik  
Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik  
Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik  
Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående
- Klagomål
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

Patienten har erbjudits med avböjt intervju och involvering i händelseanalysen.

Närstående har fått beskriva sin upplevelse av händelsen och deras beskrivning är en del i den kronologiska händelsekedjan. De har även givits möjlighet att komma med förbättringsförslag som analysteamet beaktat i sina åtgärdsförslag.

### 4 Resultat

Händelseförloppet är återgivet med avidentifiering av berörda och anses av analysteamet att vara, objektiv, faktabaserad och neutral.

#### 4.1 Händelseförlopp

Nedan följer en beskrivning av händelseförloppet som även återfinns i den grafiska presentationen i bilaga 1.

Händelsebeskrivningen bygger på den information som framkommit i samband med faktainsamling.

**2018-04-09**

**Kl: 11:45**

**Hjärtsjuk, men mycket vital, 80-årig patient som sökt akutmottagning sex dagar tidigare för avsvimning, inkommer nu till akutmottagningen efter trafikolycka där hen svimmat vid ratten och kört i diket.**

**1. Kl. 11:45-15:00**

Läkare tar anamnes och undersöker patienten. Inga fysiska skador av trafikolyckan.

EKG visar förmaksflimmer med varierande hjärtfrekvens och på hjärtövervakningen finns pauser i hjärtrytmen på upp till 3 sekunder.

I samråd med kardiolog tas beslut om inläggning för övervakning och eventuell pacemakerinläggning.

En bula i huvudet upptäcks, med tanke på waranbehandling skrivs remiss för skiktröntgen av hjärna.

**2.**

Patienten önskar gå på toaletten. Sjuksköterskan övervakar hela tiden patienten.

**3. Kl. 17:15**

Läkaren har bedömt röntgensvaret från skiktröntgen. Inga tecken till blödning eller skelettskada.

**4. Kl. 17:45-18:15**

Patienten läggs in på medicinsk akutvårdsavdelning med hjärtövervakning enligt prio 1, hjärthandbok.

Patienten får information om att ringa på klockan om hen vill ha hjälp.

Strax efter patienten kommer till avdelningen anländer närstående.

---

**Felhändelse:**

Patienten placeras på lägre vårdnivå trots tillstånd som motiverar vård på hjärtintensivavdelning enligt hjärthandbok.

**5. Kl. 18:15-20:15**

Under kvällen har patienten flera pauser i hjärtrytmen, på upp till 5 sekunder. Patientens känner inte av pauserna. Dottern noterar endast att patienten blir röd i ansiktet.

Sköterskan kontaktar kvällsjouren som ordinerar injektion Atropin vid behov.

**6. Kl. 20:19**

Patienten får ytterligare en paus i hjärtrytmen, nu på 7,4 sekunder.

**7.** Sjuksköterskan kontaktar nattjouren som svarar att hen kommer till avdelningen för att bedöma patienten.

**8.**

Närstående åker hem. Innan de lämnar avdelningen pratar de med personal på avdelningen (som inte hade hand om patienten) och frågar om de vågar åka hem, då patienten haft många pauser i hjärtrytmen och de upplever det rörigt på avdelningen.

De får till svar att personalen har koll, samt att sköterskan som ansvarar för patienten är upptagen, men att de skall framföra informationen.

---

**Felhändelse:**

Patientansvarig sjuksköterska är inte tillgänglig när närstående lämnar avdelningen.

Information om att närstående lämnat förmedlas inte.

**9. Kl. 21:00**

Patienten går själv på toaletten. På väg dit förmedlar hen till någon personal att hen klarar sig själv.

---

**Felhändelse:**

Dokumentation om fallriskbedömning och förebyggande åtgärder saknas.

Patienten får inte tydliga direktiv om att hen inte får gå upp på egen hand och går själv upp på toaletten.

**10.**

På toaletten får patienten ytterligare en paus i hjärtrytmen på 9 sekunder. Patientens svimmar och faller raklång i golvet. När patienten hittas är hen frånvarande. Hjärt- lungräddning startas och Atropin ges.

När hjärtstartare är på plats har patienten puls och vaknar till.

Medicineläkare och narkosläkare anländer.

I akutsituationen upptäcker man även att patienten blöder ymnigt från bakhuvudet. Kirurgläkare tillkallas.

**11. Kl. 21:15**

Patienten har två sår i bakhuvudet som kirurgläkaren syr ihop. Då patienten står på waran skrivs remiss för skiktröntgen av hjärnan.

Beslut tas att patienten skall flyttas till hjärtintensivavdelning.

**12.**

Sjuksköterskan ringer dottern och meddelar att patienten tyvärr har ramlat på toaletten, då hen haft en paus i hjärtrytmen och svimmat.

13. Kl. 22:15

Patienten flyttas till hjärtintensivavdelning

---

**Felhändelse:**

Uppföljningen av vårdskadan och akutsituationen uteblir för patient/närstående och personal.

14. Kl. 23:50

Patienten gör skiktröntgen av hjärnan som visar subaraknoidal blödning och subduralt hematom.

Läkemedel ges för att motverka waranets blodförtunnande effekt.

Kontakt tas med neurokirurg, beslut om att avvakta ytterligare åtgärd. Kontroller ordinerar en gång per timma.

**Patient med kardiell synkope som fått hjärnblödning efter fall, då hen obevakat gått på toaletten och där fått paus i hjärtrytmen och svimmat. Patienten har efter hjärnblödningen kvarstående fysiska och mentala besvär.**

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Analysteamet har beaktat alla orsaksområden i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: *Kommunikation & information och Teknik, utrustning & apparatur.*

### Omgivning & organisation

- Brist på sjuksköterskor har orsakat neddragning av vårdplatser och ökat antal patienter per sjuksköterska
- I samband med skiftbyte ökar risken för att överenskommelser om ansvarsuppgifter inte görs, då personalen skingras.
- Patienten kommer till avdelningen under en tidpunkt då det är hög arbetsbelastning med många moment som skall genomföras.
- På grund av upprepade organisatoriska förändringar och många chefsbyten har tidigare arbetssätt fallerat.
- Vid tillfället var det högt patientinflöde i relation till antalet platser.



### Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Enheten saknar tydlig rutin för att i Gröna korset rapportera händelser som inträffar under kvällar och nätter
- Enligt gällande författningar åligger det personalen att värna patientsäkerheten och förutse risker
- Klara direktiv angående mobilisering för patient med TTX-övervakning saknas.
- Personalen har varken möjlighet eller rätt till att få detaljerad information om alla patienter på enheten

### Utbildning & kompetens

- Vårdgivarens ansvar vid inträffad vårdskada var inte känd av ansvarig tillförordnad chef
- Vårdgivarens ansvar vid inträffad vårdskada var inte känd av personalen

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Under analysen har följande bifynd identifierats som inte direkt bidragit till händelsens utfall men som verksamheten bör beakta och omhänderta.

- Utöver uppföljning och återkoppling efter vårdskadan har det i intervju framkommit flera andra brister som närstående upplevt under vårdtiden. Dessa brister gäller bemötande, uppföljning och information kring sjukdomstillstånd, felaktiga uppfattningar hos personal om vårdtillfället och händelser i det, planering kring bland annat återbesök och kontakt med dem som närstående. Då flera enheter är involverade i denna kritik kommer detaljerad information kring dessa brister att återkopplas direkt till ansvariga chefer.
- Övervakningssystemet på vårdavdelningen, där alla larm piper till all personal innebär en påfrestande arbetsmiljö för personalen och en patientsäkerhetsrisk i att man inte reagerar på de larm man bör reagera på, då de försvinner i mängden.  
I intervju framkom även att all TTX-övervakning inte går att se på alla skärmar.  
Personalen upplever det även som ett arbetsmiljöproblem och en patientsäkerhetsrisk att det inte finns någon monitor för TTX-övervakningen i personalrummet.  
Verksamheten bör se över arbetet kring TTX-övervakning på enheten
- I intervju framkom en otydlighet kring rutin för dokumentation av TTX-övervakningen. I journalen anges vid detta vårdtillfälle enbart mätvärden, som enbart ger en ögonblicksbild. Informationen från TTX-övervakningen försvinner efter 72 timmar. Om en sammanfattande dokumentation saknas försvinner fakta om pauser och variation av frekvens. Verksamheten bör säkerställa att rutin kring denna dokumentation är tydlig och känd för medarbetarna.

- Medicinläkare har ett stort uppdrag under jourtid och under den tidpunkten händelsen inträffade är ofta belastningen extra hög, då det kommer många samtal från sjuksköterskor som önskar ordinationer efter kontroller och inför skiftbyte. För att minska belastningen på jouren bör arbetet med eftermiddagsrond utvecklas, då en del frågor som kommer till jouren borde lösts ut då. Det finns idag inte heller möjlighet för läkarna att koppla upp och se TTX-övervakning på alla enheter, vilket innebär att de behöver förflytta sig mellan enheter i större utsträckning. För att förbättra situationen anser analysteamet att verksamheten bör se över möjligheten att koppla TTX-övervakningen mot en portabel enhet, som läkarna kan bära med sig och koppla upp sig mot var de än befinner sig.
- När fallriskbedömning genomförs dagen efter den akuta händelsen anges "Nej" på fråga om patienten fallit senaste året och "Nej" på bedömd fallrisk under vårdtiden. Om fallriskbedömningen inte genomförs på ett korrekt sätt mister det sin funktion och verksamheten bör se över kompetens och arbetsätt kring fallriskbedömning.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Den viktigaste och allvarigaste konsekvensen av händelsen är patientens och närståendes lidande och den kan inte skattas i pengar.

Kvalitetsbristkostnader för förvaltningen har inte beräknats av analysteamet.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

De föreslagna åtgärdsförslagen är konkreta, realistiska och möjliga att genomföra inom rimlig tid. Samtliga är riktade mot de identifierade bakomliggande orsakerna. Analysteamet föreslår 12 åtgärdsförslag som sträcker sig från sjukhusövergripande nivå ner till enhetsnivå.

Åtgärdsförslagen fördelar sig enligt följande:

##### **Mycket effektiv åtgärd:**

- Fortsatt sjukhus-övergripande arbete med rätt patient på rätt plats.
- Utveckla arbetet med säsongsanpassat vårdplatsantal utifrån behov.  
Öka antalet vårdplatser under vecka 1-17 då belastningen historiskt sett alltid är hög
- Säkerställ att händelser från hela dygnet rapporteras i Gröna korset.  
Implementera metodens alla steg, vilket innefattar, bland annat avvikeleregistrering och beslut om vem som pratar med patient/närstående.

### Effektiv åtgärd:

- Skapa diagnosbaserad checklista för omvårdnad i samband med TTX-övervakning
- Arbeta för en positiv marknadsföring och fortsatt rekrytering av sjuksköterskor
- Skapa stabilitet på avdelningen och arbeta för en ökad teamkänsla i personalgruppen
- Säkerställ arbetssätt för omhändertagande av personal vid negativ händelse
- Upprätta arbetssätt för att säkerställa återkoppling till patient, anhörig och personal i samband med allvarlig vårdskada och/eller klagomål

### Begränsat effektiv åtgärd:

- Inför armband i annan färg som signalerar fallrisk på patient för att all personal ska kunna förutse risker utan att ha detaljerad information om patienten
- Skapa och implementera rutin för att genomföra riskbedömning direkt vid patientens ankomst till avdelningen.
- Säkerställ kompetens kring innebörden av vårdskada samt det ansvar som medföljer

Kombinationen av förbättringsförslag kommer att skapa mer robusta barriärer för att eliminera liknande händelser, minimera vårdskador och skapa en mer säker arbetsmiljö för sjukhusets medarbetare.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Uppföljande samtal med patient och närstående		Verksamhetschef medicinkliniken	2018-06-26

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	45
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	65

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Uppdragsgivaren har tagit del av slutrapport och föreslagna åtgärder anses relevanta. Kliniken hänvisar till handlingsplanen när det gäller vilka åtgärder de tänker vidta.

Förutom angivna åtgärder i handlingsplanen tas beslut att genomföra repetitions utbildning för ledningsgrupp och vårdavdelnings överläkare i Gröna korset, i syfte att stärka upp metodiken i sin helhet. Utbildning planerad september, oktober -2018.

### **6.2 Återkoppling**

Återkoppling har skett till Medicinkliniken 2018-09-11

### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning sker i flera steg enligt bifogad handlingsplan med slut datum 2019-09-30

## 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
Anamnes	Sammanställning av information av vikt för diagnostik och patientvård
EKG	Elektrokardiogram. Görs för att undersöka hjärtats elektriska aktivitet
Förmaksflimmer	När hjärtat inte följer normal rytm utan slår oregelbundet och ofta även snabbare. Hjärtat arbetare hårdare, men betydligt mindre effektivt
Kardiolog	Läkare, specialiserad på hjärtsjukvård
Waran	Blodförtunnande läkemedel
Hjärthandbok	Sjukhusövergripande handbok för vård av hjärtsjuka patienter (se bilaga)
Atropin	Läkemedel för behandling av långsamma hjärtslag
TTX-övervakning	Kontinuerlig övervakning av patientens hjärtverksamhet
Subaraknoidal blödning	Blödning mellan spindelvävshinnan och mjuka hjärnhinnan.
Subduralt hematom	Kvarstående blodansamling i utrymmet mellan hjärnan och ryggmärgens hårda hinna och spindelvävshinnan
Implementera	Genomföra och ge praktisk möjlighet
Gröna korset	Metod att dagligen identifiera patientsäkerhetsrisker (se bilaga)
Kardiell Synkope	Svimning orsakad av hjärtsjukdom

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan

Bilaga 3: Avsnitt ur hjärthandboken

Bilaga 4: Metodbeskrivning Gröna korset