

Kunskapsbanksnummer: KB4674706

Datum: 2019-02-19

Händelseanalys

Patient faller ur stol och får lårbensfraktur

Maj 2018

Analysledare:

Rehab medicinska kliniken US
Sinnescentrum
Region Östergötland

Sammanfattning

Uppdrag i att utreda händelseförloppet för att identifiera bakomliggande orsaker för att hitta förbättringsområden till hur kliniken kan jobba mer preventivt med fall.

Patienten var ineliggande för intensivträning på klinikkens 4 veckors intensiv rehabilitering "intensiv rehab". Kring dessa patienter jobbar man i team där samtliga professioner ingår. Vid inskrivning hålls ett inskrivningssamtal med patienten och teamet där en aktivitetsbedömning utförs av fysioterapeut och arbetsterapeut. En rehabplan upprättas men ingen konkret dokumenterad fallriskbedömning utförs.

Patienten tränar på enligt rehabplan men då arbetsterapeut och fysioterapeut dokumenterar sina bedömningar vid inskrivning och utskrivning görs ingen löpande dokumentation om eventuella förändringar/förbättringar. Muntlig rapport om ändrad aktivitetsförmåga inom teamet.

Näst sista dagen på rehabiliteringsperioden hålls en träningsaktivitet i grupp ute på klinikkens träningsterrass som sista aktivitet för dagen. Patienten glider av den Grythyttan stol utan karmstöd (enda typen av stol vid aktuellt bord) vid uppresning efter aktivitetens slut. Personal närvarande ser hur patienten sakta glider av åt vänster men hinner inte fram.

Patienten har svårt att gå självständigt (vill försöka) tillbaka till rummet, får hjälp av två levande stöd men vill inte använda rullstol. Vill inte ligga i sängen efter fallet. Personal observerar en haltande gång där vänster ben inte hänger med. Läkare bedömer patienten, undersöker ben och höft som känns mjukt och bra. Låg frakturmisstanke hos läkaren vilket gör att ingen röntgen genomförs.

Vid toalettbesök på natten kan patienten inte stödja på benet. Ny läkarbedömning av en annan läkare görs på morgonen r/t smärta och oförmåga att stödja på benet. Patienten skickas på röntgen och DT där diagnos ställs, inkilad collumfraktur.

Fallriskpreventionsarbete har initieras av en fallriskgrupp på kliniken.

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

Utreda händelsen för att identifiera förbättringsområden och hur kliniken kan jobba mer preventivt med fall.

1.1 Analysledare

Verksamhetschef
Rehab medicinska kliniken US
Sinnescentrum
Region Östergötland

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-06-11

Startdatum: 2018-06-18

1.3 Återföringsdatum

~~Juli 2018~~2019-03-06

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Undersköterska	Sinnescentrum/Rehab medicinska kliniken US Linköping
Analysteammedlem/Undersköterska	Sinnescentrum/Rehab medicinska kliniken US Linköping

Analysteammedlem/Underläkare

Sinnescentrum/Rehab medicinska kliniken US
Linköping

Analysteammedlem/Fysioterapeut

Sinnescentrum/Rehab medicinska kliniken US
Linköping

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport ur Synergi
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal (involverad läkare, paramedicinsk personal och undersköterska, totalt fem personer).
- Intervju med patient per telefon
- Journalhandlingar ur Cosmic
- Riktlinjer/rutiner (arbetsbeskrivningar och bokningsunderlag för intensivrehab)

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på de uppgifter som framkommit under faktainsamlingen och som presenteras i grafiska presentationen i bilaga 1. Patienten är en kvinna i 70-årsåldern som fått en stroke och som inkommer för fyra veckors intensivrehabilitering.

1.

Dag 1

Inskrivningsamtal med team där målsättning för perioden sätts upp.

Använder rullstol vid inskrivning. Går sporadiskt.

Fallriskbedömning görs inte utan en aktivitetsbedömning av fysioterapeut (FT) och arbetsterapeut (AT) görs.

2.

Dag 2-24

Tränar på enligt rehabplan. Förbättras väsentligt under perioden.

Muntlig bedömning/rapport av aktivitetsförmåga av FT/AT, skrivs inte i Cosmic löpande under vårdtiden. Finns inte skrivet på rapportbladet som används vid överrapportering mellan undersköterskorna. Skrivet på whiteboardtavlan på patientsalen kan inte verifieras då rummet städas vid utskrivning.

3.

Dag 25 ca kl.14.00

Träningsaktivitet i grupp på terrassen. Gemensam aktivitet vid ett bord på terrassen där Grythyttanstolar utan karmstöd fanns. Personal i form av två AT och en undersköterska var närvarande under aktiviteten.

Vid aktivitetens slut ska patienten resa sig upp men glider sakta ur stolen vid uppresning.

4.

Dag 25 kl.15.00

Läkare bedömer/undersöker patienten. Undersöker höfter och ben, känns mjukt och bra. Låg frakturmisstanke vilket gör att ingen röntgen eller annan åtgärd vidtas.

Kan under natten inte stödja på benet vid toalettbesök.

5.

Dag 26 på morgonen

Ny läkare undersöker patienten på nytt r/t smärta och oförmåga att stödja på benet. Skickas på röntgen då patienten inte kan stödja på vänster ben.

Får även göra en DT då första röntgenresultatet inte visar fullständig diagnos, inkilad collumfraktur. Ortopedjour kontaktas, överflyttas till ortopedden VIN.

Dag 27

Operation av lårbensfraktur.

4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Läkare gör ingen bedömning av fallrisk utifrån läkemedelslista. Saknas rutin för detta inom läkargruppen på kliniken.

Kommunikation & information

Inga bakomliggande sjukdomstillstånd finns dokumenterade i Cosmic. Undersökningen visar ingen omedelbar orsak till fraktur.

Kommunikation & information

Muntlig rapport given till ny personal inför aktiviteten att patient klarar uppresning självständigt och inte behöver stöd eller tillsyn.

Omgivning & organisation

[Ansvarig läkare för vårdlaget som skrev in patienten har slutat och ny ansvarig läkare inte tillsatt på grund av bristande ansvarsfördelning inom läkargruppen. Patienter inom intensivrehab är bedömda som medicinskt stabila och har därför inte haft kontinuerligt läkarstöd \(utom in- och utskrivning, 1 avstämning per vecka\) utan läkare kontaktas vid behov.](#)

Omgivning & organisation

Grythyttans stolar inköpta för avsett bruk utomhus. Stolar med karm fanns runt ett annat bord på terrassen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutin för fallriskbedömningar saknas sedan lagstiftningen förtydligats gällande fallprevention.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutin för intensivrehabpatienter gällande dokumentation av aktivitetsbedömning utförs av FT/AT vid inskrivning och utskrivning. Detta medför att inga löpande journalanteckningar gällande aktivitetsförmåga dokumenteras i Cosmic.

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Patienten saknar insikt om sin egen rörelseförmåga och kroppsuppfattning.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga andra upptäckta risker eller bifynd identifierade under analysen.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Höftoperation på annat sjukhus ~~medförde att vårdtiden förlängdes med~~ inom ortopedisk slutenvård ~~medförde att vårdtiden förlängdes.~~

4.5 Åtgärdsförslag

Blanda befintliga stolar med och utan armstöd. Vid behov av nyinköp ska stolar med armstöd prioriteras. Insikt om vilken stol som ska väljas till patienten framför dig ska alltid tas i beaktande mot patienter med ökad fallrisk.

Chefssjuksköterska kommer på avdelningsforum för att informera och utbilda i hur man dokumenterar gällande fallriskbedömningar och åtgärdsprogram. Detta har medfört en fallriskpreventionsgrupp som tar fram rutiner och riktlinjer.

Generell utbildning till all personal om uttröttbarhet, att ligga steget före och att miljö och träning kan ge förändrad aktivitetsförmåga. Internutbildning från hjärnskadeteamet gällande uttröttbarhet har lagts som förslag till teamsamordnarna som planerar utbildningarna.

Rutiner och ansvarsfördelning har gått igenom med läkargruppen. Bristande rutiner och ansvarsfördelning har åtgärdats.

Skriftlig dokumentation i Cosmic ska upprättas vid förändringar och/eller vid funktionsrund.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Läkarundersökning efter fallet	Ingen vidare åtgärd vidtagen	Läkare	Klart
Läkarundersökning dagen efter, röntgen höft	DT röntgen beställs Akut Ortopedjour kontaktas	Läkare	Klart
Överflytt till Ortopeden VIN	Akut	Läkare	Klart
Operation av collumfraktur	Akut	Läkare	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	24
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	60

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga föreslagna åtgärder har etablerats på avdelning 55. Fallrisk tas även upp enligt Gröna Korset. Därutöver har fallpreventionsgrupp skapats som utarbetat tydliga rutiner (PM) för teambaserad fallriskbedömning samt dokumentation av dessa bedömningar. Dessa nya rutiner sjsätts 2019-04-23. Inkomna fallhändelserapporter via synergi kommer som tidigare analyseras löpande som en del av patientsäkerhetsarbetet. Dessutom kommer uppföljning av det systematiska fallpreventiva arbetet ske kontinuerligt och återkopplas på APT/professionsmöten.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen har återkopplats i form av workshops till alla medarbetare i slutenvården som genomförts av nyetablerad fallpreventionsgrupp. Nya rutiner inklusive PM för fallriskprevention har delgivits samtliga medarbetare i skriftlig form.

6.3 Uppföljning

Uppföljning och utvärdering av den nya rutinen sker i fallpreventionsgruppen senast september 2019.

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