

Kunskapsbanksnummer: KB4985863

Datum: 2018-12-20

Händelseanalys

Fall på avd. Fraktur Th6.

Maj 2017

Analysledare
Verksamheten för Kvalité - och patientsäkerhet
Regionledningsförvaltningen
Region Västernorrland

Sammanfattning

Händelseanalys har skett efter anmälan från länsverksamhetschef Region Västernorrland. Uppdraget var att utföra händelseanalys av patientens vård i syfte att upptäcka eventuella systembrister som påverkat vårdförloppet och att synliggöra förbättringsutrymmen för att minimera risken för återupprepande. Händelseanalysen utfördes av verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet i samverkan med utsedda teammedlemmar från berörd verksamhet.

Händelseanalysen berör en person som inkom med ambulans till akutmottagning vid midnatt efter fall i hemmet. Efter 6 timmar på akuten skrevs patient in på avdelning tidig morgon. Ingen fallriskbedömning utfördes trots förekomst av flera fallriskfaktorer. Vid ett obevittnat tillfälle ramlade patienten och ådrog sig en ryggfraktur med känsel och rörelsebortfall i benen.

Patient transporterades till annat sjukhus för operation.

Analysteamet har hittat bakomliggande orsaker som kan ha bidragit till händelsens utfall. Dessa bakomliggande orsaker återfinns inom områdena; Omgivning & organisation och Procedurer/rutiner & riktlinjer. Bristande fallpreventivt arbete bedöms möjligen vara en bidragande orsak till händelsens utfall.

De åtgärdsförslag som ges är:

Utifrån bakomliggande orsak "Procedurer/rutiner & riktlinjer":

- Ta upp denna händelse som ett lärande. Belys gällande regiongemensamma riktlinje "Fallprevention"
- Personalutbildning via Socialstyrelsens webbutbildning "Ett fall för teamet"
- Se över rutiner kring checklista vid inskrivning. Säkerställ att relevant information dokumenteras i patientjournal. Revidera rutiner och checklista vid behov.
- Se över rutiner kring överrapportering. Belys vikten av strukturerad informationsöverföring (SBAR).
- Förbättra och förtydliga dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder utifrån det befintligt journalsystemets möjligheter
- Överväg att på kliniken införa rutiner för att icke legitimerad personal skall dokumentera i journalsystemet en första bedömning av omvårdnadsbehov, risker, hudstatus, nutritionsbehov och insatta preventiva omvårdnadsåtgärder. Modifierad checklista bör användas vid patientmötet.

Utifrån bakomliggande orsak "Omgivning & organisation"

- Se över personalbemanning och gör en översyn om bemanningen kan stärkas vid tidpunkter på dygnet där sårbarheten är störst.

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	5
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	Riskbedömning	7
4.6	Händelser av liknande art.....	7
4.7	Förebyggande åtgärder	7
4.8	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling	9
6.3	Uppföljning	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Att utföra händelseanalys av patientens vård i syfte att upptäcka eventuella systembrister som påverkat vårdförloppet och att synliggöra förbättringsutrymmen för att minimera risken för återupprepande.

1.1 Uppdragsgivare

Länsverksamhetschef
Länsverksamhet Kirurgi, urologi, ÖNH
Specialistvården Västernorrland
Region Västernorrland

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-06-05

Startdatum: 2018-07-30

Orsak till sen start av händelseanalys: Brist på analysledare

1.3 Återföringsdatum

2019-02-18

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdutvecklare	Verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet /Regionledningsförvaltningen
Vice analysledare / vårdutvecklare	Verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet /Regionledningsförvaltningen
Teammedlem/ Sjuksköterska	Länsverksamhet kirurgi, urologi, ÖNH
Teammedlem/Kvalitetssjuksköterska	Länsverksamhet kirurgi, urologi, ÖNH
Teammedlem/ Undersköterska	Länsverksamhet kirurgi, urologi, ÖNH

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner, Regiongemensamt styrdokument "Fallprevention", styrdokument 338047 "SBAR", lokal rutin "Checklista vid inskrivning" och "RETTS omvårdnad på akutmottagningen XX"
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal. En läkare, en undersköterska och två sjuksköterskor.
- Intervju med två direkt/indirekt involverade sjuksköterskor
- Redogörelse från patient eller närstående saknas. Påminnelsebrev är skickat januari 2019 till närstående men inget svar har inkommit.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

20170531 00.21

Inkommer med ambulans till sjukhus kl 00.21 efter fall i hemmet. Nyligen utskriven (dagen innan).

Tidigare vårdtillfälle på grund av revbensfraktur efter fall.

Anamnes; Diabetes typ 2, hjärtsjukdom, förmaksflimmer och tidigare hjärtinfarkt.

1.20170531 00.21-06.00

Vistas under natten på akutmottagningen. Fallrisk konstateras samt bedöms ha ett ökat omvårdnadsbehov.

Felhändelse identifierad men som inte bedöms ha påverkat händelsens utfall. Se bifynd i rapport.

2. 20170531 06.01

Inskrivs på avdelning. Ohållbar hemsituation. Smärtproblematik.

Felhändelse

Ingen Fallriskbedömning eller fallpreventiva åtgärder finns dokumenterade trots förekomst av flera fallriskfaktorer som tidigare kända fallolyckor samt medicinering av diuretika och antihypertensiva.

3. 20170531 ca 12.00

Vårdtagare uppmanas kontakta personal vid förflyttningar ur säng. Hen ramlar obevittnat på avdelningen på toaletten/badrum. Hittas liggande på golv. Avsaknad av känsel i ben. Läkare tillkallas

och efter röntgen-undersökning konstateras fraktur Th6 med medulla påverkan. Patient hade antihalksockor och bedömdes som adekvat.

Felhändelse

Fall med fraktur. Ingen Fallriskbedömning eller fallpreventiva åtgärder finns dokumenterade innan fallhändelsen. Kliver ur säng trots uppmaning att kontakta personal vid förflyttning.

4. 20170531 Eftermiddag/kväll

Transporteras till annat sjukhus för operation.

20170531

Händelsens utfall.

Fallolycka på avdelning leder till operation på annat sjukhus. Avlider efter ca två månader på sjukhus.

Slutsats

Man kan inte med säkerhet säga att händelsen gått att undvika. Men det är möjligt att händelsens utfall blivit annorlunda om en strukturerad fallriskbedömning hade utförts och fler individanpassade fallpreventiva åtgärder hade satts in.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation och Procedurer/rutiner & riktlinjer. Inom området Kommunikation & information, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens har ingen bakomliggande orsak identifierats.

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak

Hög arbetsbelastning med flera överbeläggningar och underbemanning kan ha bidragit till att man tappade fokus kring det fallpreventiva arbetet på avdelningen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak

Bristande följsamhet till den rådande regiongemensamma riktlinjen "Fallprevention". Bristande dokumentation.

Kommentar till bakomliggande orsaker

Kännedom om preventivt omvårdnadsarbete, däribland risk för fall, fanns bland vårdpersonalen men en strukturerad fallriskbedömning gjordes inte. Det framkommer i analysarbetet att en missuppfattning om att fallriskbedömning skall göras inom 24 timmar ha bidragit till att bedömningen uteblev. Med bättre följsamhet till rådande rutiner och diskussion i arbetsgruppen kring fallprevention bör eventuella missuppfattningar elimineras.

Enligt redogörelser hade patienten fått halksockor och blivit uppmanad att kontakta personal vid behov. Ringklocka fanns och patienten hade blivit erbjuden gånghjälpmedel, men avböjt. Dokumentation av åtgärder saknas i journalen.

Avdelningen använder en särskild checklista vid inskrivning där bland annat fallriskbedömning ingår. Utfall från checklisten skall sedan dokumenteras i journal. Checklisten är ingen journalhandling och kasseras enligt rutin vid utskrivning och har därför ej varit möjlig att granska i händelseanalysen. Oavsett om checklisten utfördes eller inte så saknas en dokumenterad fallriskbedömning med dokumenterade åtgärder i patientens journal.

Fallriskbedömning skall dokumenteras enligt avdelningens rutin i inskrivningsanteckningen. Som datajournalssystemet är uppbyggt idag dokumenteras sedan insatta åtgärder i en annan ny anteckning; omvårdnadsstatus. Detta upplevs bland personalen som omständigt och risk finns att dokumentation av insatta åtgärder utelämnas. Personal menar vidare att risken ökar om arbetsbelastning upplevs hög.

Vidare så är det oklart om muntlig överrapportering vid skiftbyte med informationsöverföring gällande fallrisk utfördes. Muntliga överrapporteringar sker sedan tidigare med hjälp av SBAR, skriftliga rutiner för detta fanns.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Brister i dokumentation på vårdavdelning

Förutom avsaknad av strukturerad fallriskbedömning finns det övriga brister rörande dokumentation. Dessa brister kan vara en potentiell risk för patientsäkerheten. I analysarbetet framkommer det att viss dokumentation inte är journalförd i kronologisk ordning vilket försvårar möjligheten till att följa händelseförloppet och få en sammanhållen bild över vården.

Brister i omvårdnadsarbetet akutmottagning

I samband med analysarbetet identifierades brister:

1. Avsaknad av omvårdnadsplan utifrån omvårdnadsbehov.
2. Avsaknad av fallpreventiva åtgärder.
3. Lång vistelsetid på akutmottagningen.

Bakomliggande orsak:

Bristande följsamhet till rådande rutin/styrdokument "RETTS omvårdnad på akutmottagningen XX"

I analysarbetet framkommer det att patienten besökte akutmottagningen där bedömning och beslut om inskrivning till slutenvård tas. Tidpunkt för inskrivning på akuten är 00.21 och inskrivning på

avdelningen är 06.01. Patienten befann sig på akutmottagningen under ca 6 timmar innan inläggning på avdelningen.

Äldre och sköra patienter kan fara illa av att vistas länge på akutmottagning. Strukturerade rutiner för att identifiera äldre patienter med ökade omvårdnadsbehov är implementerade på ex Norrtälje och Södertälje sjukhus med goda resultat. Detta strukturerade arbetssättet benämns som silverstigen eller silverpilen och är ett sätt att ge den geriatriska patienten ett snabbspår i vårdkedjan. Identifiering av omvårdnadsbehov och riskbedömning sker efter strukturerade rutiner och en omvårdnadsplan upprättas redan på akutmottagningen.

Utifrån förutbestämda kriterier bedöms omvårdnadsbehov och åtgärder sätts in direkt. Ett flödesschema (bilaga 2) gör processen enkel att följa.

Ett strukturerat arbetssätt där en geriatrisk riskprofil görs kan leda till att omhändertagandet av äldre patienter förbättras. Omvårdnads kvalitén ökas och tiden för handläggning och inskrivning/inläggning slutenvård (door-to-door) kortas för sköra äldre. Risker för fall, trycksår och malnutrition etc belyses och preventiva åtgärder kan sättas in direkt eller överrapporteras till inskrivande enhet om behov av slutenvård är aktuellt.

I en retrospektiv tvärsnittsstudie från 2015 (Holzmann et al) beskrivs det att ett geriatriskt snabbspår skulle kunna minska långa väntetider och onödiga undersökningar. Ett anpassat omhändertagande till den geriatriska patienten är nyckeln för att undvika långa onödiga vistelsetider på akutmottagningen.

I aktuell händelse ses i dokumenterad akutjournal att en omvårdnadsbedömning är utförd, där ett ökat behov finns gällande gå+stå samt toa. Rutin för ökad fallrisk är även den markerad. En strukturerad omvårdsplan med åtgärder saknas i akutjournalen. Ett strukturerat arbetssätt för identifiering av omvårdnadsbehov görs alltså redan och mot den bakgrunden finns förutsättningar för utveckling av omhändertagandet av äldre sköra patienter. Ett förslag för förbättring är att införa ett länsövergripande arbetssätt liknande "Silverstigen".

Befintlig aktuell akutjournal som redan används bör revideras och anpassas inför ett eventuellt införande.

Referenser:

Holzmann, Martin et al. 2015. *Äldre som söker akut sjukvård bör få särskilt omhändertagande*. Läkartidningen. 2015;112:DFD4
[<http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/D4/%5BDFD4%5D/DFD4.pdf> hämtad 20181010]

Bilaga 2 "Silverstigen – strukturerad omvårdnad på akuten"

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Det är sannolikt att fallskadan förlängde vårdtiden, men på grund av patientens övriga sjuklighet är det svårt att avgöra i vilken grad och därmed svårt att beräkna exakta vårdskadekostnader.

Fallhändelsen resulterade i en fraktur där operativt ingrepp utfördes på annat sjukhus, denna kostnad bör dock betraktas som en ökad vårdskadekostnad. Operation med postoperativ vård på annat sjukhus beräknas till 423 554 kr.

Den rehabiliterade vård efter vårdtillfället som senare skedde på hemsjukhuset bör också betraktas som ökad vårdskadekostnad. Detta beräknas till 156 429 kr.

Utöver detta omöjliggjordes återgång till hemmet på grund av stort omvårdnadsbehov och svårläkt trycksår. Ekonomisk beräkning över vistelse på kommunalt boende lämnas ogjord. Trycksår bedöms som förorsakat under vårdtid på annat sjukhus utanför regionen.

Även om de ökade vårdskadekostnaderna är stora så är det lidande som patienten drabbades av omöjligt att beräkna i pengar.

4.5 Riskbedömning

Under 2017 hade berörd enhet 4394 avslutade vårdtillfällen. Denna siffra får ses som ett övergripande mått. Omorganisationer inom själva enheten har skett under tiden.

Antalet registrerade fallhändelser i avvikelssystemet under året 2017 var 33 stycken. Av dessa gick en händelse vidare till en händelseanalys (denna). Majoritet av fallhändelserna var av allvarlighetsgrad mindre (29 st). Senast en fallhändelse gick till händelseanalys var 2015. Under 2018 fram till december månad har 35 fallhändelser rapporterats varav ingen med katastrofal till betydande allvarlighetsgrad.

Sannolikheten för att det ska inträffa en liknande händelse igen kan betecknas som mycket liten. Med föreslagna åtgärder ökar dock sannolikheten att antalet fallhändelser, oavsett allvarlighetsgrad, bli färre inom berörd verksamhet. Minskar antalet fallhändelser totalt minskar också risken för fall med katastrofal till betydande allvarlighetsgrad. De åtgärder som föreslås benämns i handbok "Riskanalys och händelseanalys", som metodiken för händelseanalys baseras på, som effektiva till begränsat effektiva åtgärder.

4.6 Händelser av liknande art

Se avsnitt 4.5 Riskbedömning.

4.7 Förebyggande åtgärder

Förslag på förebyggande åtgärder utifrån händelseanalysen och verksamhetschefens kommentarer inklusive dennes åtgärdsplan återfinns under punkterna 4.8, 6 samt i bilaga 3.

4.8 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag Omgivning & organisation

1. Se över personalbemanning och gör en översyn om bemanningen kan stärkas vid tidpunkter på dygnet där sårbarheten är störst.

Kommentar

Kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA) är en akut intagningsavdelning och överbeläggningar tillhör vardagen. Det är toppar och dalar i patientflödet och det varierar hela dygnet. Förutsättningarna vid händelsens tidpunkt och dags dato har dock förändrats. Tidigare var KAVA integrerad i befintlig kirurgisk vårdavdelning, idag har man en separat avdelning för akutvård. Detta kan förbättra möjligheterna för en mer behovsanpassad bemanning utifrån patientflödet.

Åtgärdsförslag Procedurer/rutiner & riktlinjer

2. Ta upp denna händelse som ett lärande. Belys gällande regiongemensamma riktlinje "Fallprevention"

3. Personalutbildning via Socialstyrelsens webbutbildning " Ett fall för teamet"

4. Se över rutiner kring checklista vid inskrivning. Säkerställ att relevant information dokumenteras i patientjournal. Revidera rutiner och checklista vid behov.

5. Se över rutiner kring överrapportering. Belys vikten av strukturerad informationsöverföring (SBAR).

6. Förbättra och förtydliga dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder utifrån det befintligt journalsystemets möjligheter.

7. Överväg att på kliniken införa rutiner för att icke legitimerad personal skall dokumentera i journalsystemet en första bedömning av omvårdnadsbehov, risker, hudstatus, nutritionsbehov och insatta preventiva omvårdnadsåtgärder.

Kommentar

Med anledning av att nytt journalsystemet håller på att upphandlas kommer enligt IT avdelningen inga ändringar göras i befintligt system. För att göra dokumentation av fallriskbedömningar och insatta åtgärder tydligare är ett förslag att inskrivningsanteckningen direkt följas av en omvårdnads-statusanteckning.

Det framgår ur redogörelser att arbetsbelastningen var hög med flera överbeläggningar. Med anledning av att avdelningen ofta har ett högt patientflöde och stundtals hög arbetsbelastning kan ett förslag vara att icke legitimerad person dokumenterar en första bedömning av risker och sätter in åtgärder direkt. Undersköterskor som tar emot nya patienter utför sedan tidigare enligt rutin MEWS kontroll på nyanlända patienter till avdelningen. En första riskbedömning som sedan dokumenteras och muntligt överrapporteras till ansvarig sjuksköterska kan vara ett sätt att tidigt identifiera risker

och behov. Detta fråntar inte att sjuksköterskan har det yttersta omvårdnadsansvaret och bör göra en egen bedömning i närtid. Riskbedömning relaterat till läkemedel bör fortfarande utföras av en sjuksköterska.

Åtgärdsförslag till bifynd vårdavdelning

8. Ta upp händelsen som ett lärande, belys vikten av strukturerad dokumentation i kronologisk ordning och i möjligaste mån i närtid.

Åtgärdsförslag Bifynd brister i omvårdnadsarbetet akutmottagning

1. Ta upp händelsen som ett lärande. Belys gällande rutin "RETTS omvårdnad på akutmottagningen XX"
2. Överväg implementering av särskild omvårdnadsprocess till patienter 80 år eller äldre. Syftet med en strukturerad omvårdnad redan på akuten är att identifiera omvårdnadsbehov och upprätta omvårdnadsplan samt minska vistelsetiden för sköra äldre på akutmottagningen.

Utvärdering/uppföljning av insatta åtgärder

Att utvärdera sitt arbete är ett bra sätt att förbättra kvalitén i vården. Förslag på metoder:

- Skärpt avvikelshantering med effektuppföljning.
- Använda IT-stöd som t.ex Rutinkollen. Ett stöd som erbjuds gratis av SKL.
- Journalgranskning

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	4

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Uppdragsgivare – Tf. verksamhetschef godtar åtgärdsförslagen enligt handlingsplanen med undantag för förslagen 6 och 7 som inte kan antas leda till förbättring. Upphandling av nytt journalsystem pågår och att i nuläget ändra en befintlig huvudsakligen fungerande rutin får ses som en risk snarare än en utveckling.

Vad avser förslag 1 så har stor förändring skett i bemanning då en helt ny akutvårdsavdelning öppnats under hösten 2018 där man inte blandar akutvård med elektiv vård. Utrymme för överbeläggning finns utan att patienter behöver vårdas i korridor. Utöver det har bemanningen utökats med en till undersköterska nattetid.

Efter händelsen inträffade har en sjuksköterska avslutat sin specialistutbildning inom kirurgi och har i sin arbetsbeskrivning bland annat till uppgift att agera handledare och mentor för mindre erfarna kollegor vilket även det bör leda till en kvalitetsutveckling inom beskrivna orsaksområden.

6.2 Återkoppling

Återkoppling kommer att ske till berörda medarbetare samt vid arbetsplatsträff för vårdavdelningen som en del i ett allmänt lärande. Återkoppling kommer även att ske till de andra avdelningarna inom kliniken för att samtliga ska få ta del av utförda åtgärder för att förhindra upprepning. Kontakt kommer att tas med anhörig enligt dennes önskemål efter avslutad utredning.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av insatta åtgärder kommer att ske enligt 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
SBAR	En akronym för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer. SBAR är en minnesregel som används av sjukvårdspersonal vid rapportering och överlämning av patienter
Medulla	medulla spinalis = ryggmärgen, medulla oblongata = förlängda märgen. I aktuell händelse är det ryggmärgen som avses vid medullapåverkan.
MEWS	Modified Early Warning Score. Instrument för tidig upptäckt av försämring hos patient genom bedömning av vitala funktioner

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: "Silverstigen – strukturerad omvårdnad på akuten"

Bilaga 3: "Handlingsplan"