

Kunskapsbanksnummer: KB5456870

Datum: 2019-05-02

Händelseanalys

Patienten som plötsligt insjuknat med vänstersidig svaghet. Faller under vårdtiden och får höftfraktur.

Mars 2019

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med Händelseanalysen har varit att klarläggande omständigheterna kring vården och fallet.

Patienten har kl; 12:30 plötsligt insjuknat med vänstersidig svaghet. Närstående ringde ambulans och patienten togs till sjukhus A på strolarm. Patienten har sedan tidigare haft stroke vid flera tillfällen, hypertoni, diabetes typ 2 och har en kognitiv svikt. Datorröntgen genomförs utan nytillkomna tecken på färsk infarkt eller blödning. Bedömningen på sjukhus A är att patienten drabbats av en klinisk stroke samt att trombolys inte är aktuellt. Överenskommelse om transport till strokeenhet på sjukhus B för fortsatt vård.

Ankomst till sjukhus B och vårdavdelning. Ankomstsamtal utförs samt riskbedömningar för trycksår med Nortonpoäng, undernäring med BMI 25, munhälsa=frisk, Downton fall risk index=3 poäng (indikerar en ökad risk för fall). Plan för fall vid fall, risk öppnas och de åtgärder som skrivs ner är; tillsyn vid toalettbesök då patienten har nedsatt insikt, halksockor och sänggrindar uppe då patienten är liggande samt träning. Det framgår inte av planen vem som skall genomföra åtgärderna, hur ofta de skall vara tillsyn eller hur uppföljning skall genomföras.

Patienten satt och åt lunch i dagrummet och har gått upp själv utan att förvarna i dagrummet, där patienten ramlade. Patienten har slagit i den paretiska sidan där patienten ömmar över muskulaturen i låret. Jourläkare tillkallas och vänster ben är förkortat och utåtroterat. Röntgen beställs. Röntgen visade en collumfraktur grad 4. Hade halksockor på fötterna vilket var en del av planen.

Analysteamet har identifierat brister såsom bristande tillsyn och kompetensbrist i fallprevention.

Analysteamet har förslagit åtgärder för att minska risken för att åtgärda bristerna såsom utbildningsinsatser på verksamhetsområdet i fall och fallförebyggande åtgärder. Fall kampanj på vårdavdelningarna samt workshopsdagar. Riktade utbildningsinsatser till sjuksköterskor genom internutbildning i riskbedömningar kopplat till den kliniska bedömningen och värderingen. Implementering av Vårdhandbokens rutin för fallprevention.

Analysteamet förordar också en bemanningsöversyn av de internmedicinska vårdenheter som vårdar patienter med omfattande omvårdnadsbehov och som är i behov av frekvent tillsyn.

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

Klarlägga händelsen samt eventuella brister i omhändertagandet av patienten.

1.1 Uppdragsgivare

Område 2

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-15

Startdatum: 2019-04-04

1.3 Återföringsdatum

2019-05-02

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Vårdenhetschef på berörd enhet	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar

- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1 kl 12:30

Patienten har kl; 12:30 plötsligt insjuknat med vänstersidig svaghet. Närstående berättar att hen fann patienten hängande framåt och tittande på rollatorn åt vänster. Patienten var även sned i vänster mungipa och total pares i vänster arm. Innan händelsen hade patienten mått väl. Närstående ringde ambulans och patienten togs till sjukhus A på strolarm. Patienten har sedan tidigare haft stroke vid flera tillfällen, hypertoni, diabetes typ 2 och har en kognitiv svikt

1.

Dag 1 kl 13:21

Patienten anländer till sjukhus A;s datorlab kl 13:30. NIHSS=11 poäng. Datorröntgen genomförs utan nytillkomna tecken på färsk infarkt eller blödning. Bedömningen på sjukhus A är att patienten drabbats av en klinisk stroke samt att trombolys inte är aktuellt pga. tidigare spontana ICH samt att patienten nyligen haft en cerebral infarkt. Överenskommelse om transport till strokeenhet på sjukhus B för fortsatt vård.

2.

Dag 1 kl 14:36

Ankomst till sjukhus B och vårdavdelning. Ankomstsamtal utförs samt riskbedömningar för trycksår med Nortonpoäng=21(ingen ökad risk för trycksår), undernäring med BMI 25 (ingen undervikt), munhälsa=frisk, Downton fall risk index=3 poäng (indikerar en ökad risk för fall). Plan för fall vid fall, risk öppnas och de åtgärder som skrivs ner är; tillsyn vid toalettbesök då patienten har nedsatt insikt, halksockor och sänggrindar uppe då patienten är liggande samt träning. Det framgår inte av planen vem som skall genomföra åtgärderna, hur ofta de skall vara tillsyn eller hur uppföljning skall genomföras.

Felhändelse; Inkomplett plan för fallriskminimering

3.

Dag 1 kl 23:05

Patienten ramlar på toaletten. Inga synliga skador. Avvikelse rapport skrivs. Riskbedömning för fall uppdateras inte, inte heller planen för att förhindra fall.

Felhändelse; Utebliven tillsyn.

4.

Dag 2 kl 14:34

Patienten satt och åt lunch i dagrummet och har gått upp själv utan att förvarna i dagrummet, där patienten ramlade. Patienten har slagit i den paretiska sidan där patienten ömmar över muskulaturen i låret. Jourläkare tillkallas och vänster ben är förkortat och utåtroterat. Röntgen beställs. Röntgen visade en collumfraktur gard 4. Hade halksockor på fötterna vilket var en del av planen.

Vid samtal med närstående berättar de att patienten inte ber om hjälp och har aldrig gjort det. Därför är närstående 2 st. inte alls förvånade över att patienten gått upp själv utan att be om hjälp, patienten själv kan relaterat till sina kognitiva nedsättningar inte delge någon information om händelsen.

Felhändelse; Utebliven tillsyn.

Dag 2 kl 20:29

Röntgen visade en collumfraktur gard 4. Kontakt tas med ortoped och patienten tas över till sjukhus C för operation påföljande dags morgon, där patienten opereras med cementerad hemiprotes enligt Lubinus SP, Mega huvud. Postoperativt okomplicerat förlopp och patienten återförs till sjukhus B, samma vårdavdelning som tidigare. Patienten erhåller där strokehabilitering och vårdplanernas, beviljas fortsatt rehabilitering på korttidsboende.

4.2 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak: Brister i bemanning

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak; Bristande tillsyn

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Bristande kompetens i fallrisk

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

Utbildningsinsatser på verksamhetsområdet i fall och fallförebyggande åtgärder. Fall kampanj på vårdavdelningarna samt workshopsdagar. Riktade utbildningsinsatser till sjuksköterskor genom internutbildning i riskbedömningar kopplat till den kliniska bedömningen och värderingen.

Bemanningsöversyn av internmedicinska vårdenheter som vårdar patienter med omfattande omvårdnadsbehov och i behov av frekvent tillsyn

Implementering av Vårdhandbokens rutin för fallprevention

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	7
För analysteam	3
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	11

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är konkreta och realistiska och har redan vidtagits.

6.2 Återkoppling

Händelsen har redan diskuterats med berörd personal på Avdelningen. Nu kommer Händelseanalysen att återföras till hela personalgruppen på berörda enheter.

6.3 Uppföljning

Åtgärdsförslagen har redan vidtagits. Uppföljning sker på respektive enhet men också på verksamhetsnivå genom PiR och internutbildningar.

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

Bilaga 2: Handlinsplan