

Kunskapsbanksnummer: KB590094

Datum: 2018-06-20

## **Händelseanalys**

**Flera fall, multisjuk äldre**

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare  
Skaraborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Uppdrag ges för att utreda allvarlig vårdskada på en multisjuk patient född -39 som inkommit akut efter att ha fallit i hemmet och ådragit sig en höftfraktur. Under vårdtiden har patienten ramlat två gånger, trots grindar på säng. Patienten får av dessa upprepade fall en blödning under hjärnhinnan och avlider senare av skadorna. Patienten låg inne på ortopedavdelning, och opererades enligt planering dagen efter inskrivning. Det är en uppenbar risk för både fall och trycksår. I vårdplan framgår att personal bör gå med patienten efter operation.

De huvudsakliga felhändelserna som identifierats är att det saknas fördjupande åtgärder i fallriskbedömning och att dokumentationen i stort brister. Det framkommer att man inte dokumenterar relevant information bland annat för att man på avdelningen skriver på block och överrapporterar muntligt till varandra istället för i journalsystemet. Analysteamet och intervjuerna identifierar att det brister i patientsäkerhetskulturen på avdelningen. Det verkar också saknas kunskap om dokumentationssystemet samt lokala rutiner.

Identifierade bakomliggande orsaker är följande: brister i kommunikation/information av annat skäl, brister i omvårdnad, brister i agerande utanför eget kompetensområde, brister i kommunikation och information inom enheten, brister i instruktion, brister i utförande av uppgift.

De åtgärdsförslag som analysteamet tagit fram är:

- Administrativt stöd för att anpassa intranät/Barium efter ortopedin.
- Patientsäkerhetsutbildning för kliniskt basår och avdelningens personal bör utökas och stärkas.
- Anpassad utbildning i journalsystemet för olika användare och professioner. Fler antal utbildningstillfällen/-platser.
- Utökat ansvarsområde för undersköterskor gällande dokumentation.
- Läkarna ska skriva sina egna rondanteckningar.
- Utbilda och informera om intranätet.
- Se över när, hur och vem som öppnar omvårdnadsstatus i journalsystemet.

## 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 .....	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling .....	10
6.3	Uppföljning .....	10
7	Ordförklaringar .....	11
8	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

Multisjuk patient född -39 inkommer akut efter att ha fallit i hemmet och ådragit sig en höftfraktur. Frakturen spikas. Under vårdtiden ramlat två gånger, trots grindar på säng.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, ortopedi  
Skaraborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-22

Startdatum: 2018-01-12

Arbetet dröjt pga hög arbetsbelastning

### 1.3 Återföringsdatum

2018-06-19

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Verksamhetutvecklare	Skaraborgs Sjukhus/Kvalitets- och utvecklingsenheten
Analysteammedlem / Undersköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område Ortopedi
Analysteammedlem / Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område Ortopedi
Analysteammedlem / Enhetschef	Skaraborgs Sjukhus/Område Ortopedi
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område Ortopedi

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Journalhandlingar
- Rutindokument fallrisk
- Intervjuer med personal på avdelningen, sjuksköterskor 3 stycken (varav en tidigare placerad under kliniskt basår)
- Intervju med rektor klinisk basår
- Intervju med närstående ej aktuellt då den avlidne patienten saknade sådana

## 4 Resultat

Här beskrivs händelsen i text utifrån den grafiska presentationen i bilaga 1. Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

### 4.1 Händelseförlopp

Inledande information:

Äldre multisjuk patient kommer till akutmottagning med misstänk höftfraktur efter fall i hemmet. Patienten har bland annat allvarlig hjärtsjukdom. Bara några dagar tidigare var patienten inlagd på njurmedicinsk avdelning pga misstänkt kardiell frånvaroattack. Patienten läggs in på ortopedavdelning, och planeras för operation av frakturen i höften. 0 HLR sedan tidigare, vilket betyder att man inte påbörjar hjärt-lungräddning om patientens hjärta slutar slå. Framkommer vid bedömning att det är en uppenbar risk för både fall och trycksår. Patienten är förvirrad. I vårdplan framgår att personal bör gå med patienten efter operation. Operation planeras till nästa dag. Patienten opereras dag 2 med så kallade LIH-spikar, som är en operationsmetod vid höftfraktur.

1.

Dag 1 Inskrivning på ortopedavdelning

Klinisk riskbedömning görs för fallrisk. Inskrivningssjuksköterska öppnar vårdplan, och skriver in åtgärd "följ patienten efter operation".

Felhändelse: Personal skriver in vårdplan under fel flik/mall, så att man inte kan se åtgärder för fallrisk enligt förvald flik. Det saknas därför även fördjupande åtgärder, till exempel grindar på sängen, låg säng, nära expedition eller annat samt datum för insatt åtgärd. Detta försvårar uppföljning.

2.

Dag 3 Efter operation

Patienten har sovit dåligt, men blir relativt pigg efter smärtstillande läkemedel på morgonen. Kontrollröntgen görs utan anmärkning. Patienten är plötsligt mycket svår att få kontakt med då personal skall mobilisera patienten inför lunch. Hen är påverkad i andning, och har små ryckningar i kroppen. Läkare tillkallas, mobilisering avvaktas. Patienten försämras under förmiddagen, med varierande vakenhetsgrad. Patienten kan inte få fram tydligt tal och har oregelbunden andning. Man misstänker delvis epileptisk aktivitet. Man misstänker en ny stroke och akut skiktröntgen av hjärnan, så kallad CT hjärna, beställs av läkare. 0 HLR sedan tidigare står kvar. Patienten börjar senare krampa, läkare tillkallas igen. Skiktröntgen var dock utan anmärkning. Undersökning av den elektriska aktiviteten i hjärnan, en så kallad EEG, bedöms kan göras polikliniskt efter helgen.

Felhändelse ej identifierad.

3.

Dag 4-10

Patienten har varit uppe och gått med gåbord. Det gick bra men var lite stappligt. Patienten har även suttit uppe i rullstol. När patienten gått med gåbord har det varit längre sträcka än under gårdagen.

Hen sätter sig nästan själv på sängkanten. EEG genomförs, inga tecken på epilepsi, eller aktivitet, däremot ospecificerad bild av generell encefalopati, vilket betyder någon typ av skada på hjärnan. Senare under dagen är patienten åter svår att väcka. Hen reagerar på smärtstimuli och röster men öppnar inte ögonen. Patienten rör på båda extremiteterna (armar och ben) symmetriskt. Personal gör kontinuerliga BAS-kontroller. Situationen är oklar, läkaren på ortopedavdelningen skickar därför remiss till medicinmottagningen. Patienten vaknar till under eftermiddagen. Medicinläkare konsulteras, men allt är ok enligt bedömning. Patientens mående verkar sedan stabilt under några dagar, sjukgymnast och arbetsterapeut på avdelningen.

Felhändelse: Omvårdnadsstatus ej uppdaterad under flera dagar.

4.

Dag 11

Patienten ramlar ur sängen på natten. Hen behöver extra tillsyn på grund av stor fallrisk. Man har dokumenterat fallet i journalsystemen.

Felhändelse: Ingen avvikelse skrivs. Det saknas omvårdnadsanteckning, där bedömning och åtgärd skall framgå. Saknas fortfarande vårdplan för fallrisk.

5.

Dag 15

Fall nr 2 på avdelningen, även nu under natten. Patienten sparkar, eller får loss fotändan på sängen och hen faller ned på golvet. Man skriver nu en avvikelse. Direkt vidtagna åtgärder: patienten körs ut till personal/korridor.

Felhändelse: Saknas dokumentation om fallet, trots att avvikelse skrivs. Saknas dokumentation kring åtgärder vidtagna sedan förra fallet. Oklart om man vidtagit åtgärder alls. Dörren till salen var stängd vilket gjorde att man inte hörde patienten tidigare.

6.

Dag 16, på kvällen

Personal uppmärksammar att patienten inte pratar vid middagen. Hen ser oförstående ut. Senare svarar patienten på tilltal, men det går inte att förstå vad patienten säger. BAS-kontroller görs av personalen och man tar kontakt med läkare. Skiktröntgen av hjärnan görs på kvällen och visar nu på subduralhematom, vilket är en blödning under hjärnhinnan.

Felhändelse ej identifierad

7.

Dag 17

Enligt läkarbedömning skall man inte operera blödningen som uppstått. Patienten vårdas nu palliativt, det vill säga symptomlindrande i livets slutskede. Hen har en sängplats med grindar, nära

sjusköterskeexpedition. Patienten bedöms som döende, och planeras flytta till kommunalt korttidsboende efter inläggande vård.

Felhändelse ej identifierad.

### **Händelsens utfall**

Patienten avlider senare, cirka en månad efter operationen av höftfraktur. Orsak enligt närsjukvårdsläkare: subduralhematom (blödningen under hjärnhinnan) och höftfraktur.

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. Här presenteras orsakområde och typ av bakomliggande orsak. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation.

### **Kommunikation & information**

Bakomliggande orsak 1 (Bristar i kommunikation/information av annat skäl):

Det saknas nödvändig information kring omvårdnadsstatus dokumenterad. Ingen dokumentation, ingen information. Omvårdnadsstatus öppnas endast på söndagar.

Bakomliggande orsak 2 (Bristar i omvårdnad):

Eventuellt har personal ej fått korrekt/uppdaterad/relevant information. Eller så vet man inte var man hittar denna info. Lathund för Melior finns, men är inte känd.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

(Bristar i agerande utanför eget kompetensområde):

SSK skriver läkarnas rondanteckningar.

### **Teknik, utrustning & apparatur**

Bakomliggande orsak 1 (Bristar i kommunikation/information inom enheten):

Arbetsmiljön är inte utformad på rätt sätt för dokumentation och sekretess. Verktyg för att dokumentera inte lättillgängligt, tid och plats. Melior som system är inte användarvänligt. Går inte att få en överskådlig syn i Melior (ej kronologisk ordning omvårdnadsanteckningar)

Bakomliggande orsak 2 (Bristar i kommunikation/information av annat skäl):

Journalssystemet (Melior) är inte anpassat till hur man arbetar på avdelningen. Meliormallar utgår från att användaren vet hur man ska göra.

### **Utbildning & kompetens**

Bakomliggande orsak 1 (Bristar i instruktion):

Meliorutbildning har blandade professioner. Inte tillräckligt anpassad för användarna. Dålig tillgång till utbildningstillfällen. Dåligt anpassad utbildning.

Bakomliggande orsak 2 (Bristar i utförande av uppgift): Patientsäkerhetsklimat brister.

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har identifierats.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader ej beräknade.

### 4.5 Åtgärdsförslag

Bifogat till analysrapport finns handlingsplan, här presenteras åtgärdsförslagen kopplade till identifierade bakomliggande orsaker.

Orsaksområde, detaljerad bakomliggande orsak	Typ av bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	Typ av åtgärd
<b>Kommunikation &amp; information</b> Eventuellt har personal ej fått korrekt/uppdaterad/relevant information. Eller vet ej var man hittar denna info. Lathund för Melior finns.	Brister i kommunikation/information av annat skäl	Administrativt stöd för att anpassa intranät/Barium efter ortopedin.	Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg
<b>Kommunikation &amp; information</b> Det saknas nödvändig information kring omvårdnadsstatus dokumenterad. Ingen dokumentation, ingen information. Omvårdnadsstatus öppnas endast på söndagar.	Brister i omvårdnad	Patientsäkerhetsutbildning för kliniskt basår bör utökas och stärkas. Även för personal på avdelningen.	Utbildning
<b>Utbildning &amp; kompetens</b> Patientsäkerhetsklimat brister.	Brister i utförande av uppgift	Utökad ansvarsområde för USK gällande dokumentation.  Patientsäkerhetsutbildning för kliniskt basår bör utökas och stärkas. Även för personal på avdelningen.	Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner
<b>Utbildning &amp; kompetens</b> Meliorutbildning har blandade professioner. Inte tillräckligt anpassad för användarna. Dålig tillgång till utbildningstillfällen. Dåligt anpassad utbildning.	Brister i instruktion	Anpassad Meliorutbildning för användare och professioner. Fler antal utbildningstillfällen/-platser.	Utbildning
<b>Procedurer/rutiner &amp; riktlinjer</b> SSK skriver läkarnas rondanteckningar	Brister i agerande utanför eget kompetensområde	Läkarna skriver sina egna rondanteckningar. Tas upp i läkargruppen.	Förändring av process
<b>Teknik, utrustning &amp; apparatur</b> Systemet (Melior) är inte anpassat till hur man arbetar på	Brister i kommunikation/infor	Utbilda informera om intranätet. Ingen info i	Utbildning samt förenkling av processen och reduktion av



Orsaksområde, detaljerad bakomliggande orsak	Typ av bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	Typ av åtgärd
avdelningen. Meliormallar utgår från att användaren vet hur man ska göra.	mation av annat skäl	pärmar utan bara online.	antalet processteg
<b>Teknik, utrustning &amp; apparatur</b> Arbetsmiljön är inte utformad på rätt sätt för dokumentation och sekretess. Verktyg för att dokumentera inte lättillgängligt, tid och plats. Melior som system är inte användarvänligt. Går inte att få en överskådlig syn i Melior (ej kronologisk ordning omvårdnadsanteckningar)	Brister i kommunikation/information inom enheten	Se över när, hur och vem som öppnar omvårdnadsstatus i Melior.	Förändring av process

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	26

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

I egenskap av tillförordnad verksamhetschef för ortopedkliniken (under vecka 25) har jag tillsammans med chefläkare, gått igenom händelseanalysen samt föreslagna åtgärder. De förslag som läggs fram i analysen bör vara både möjliga och rimliga med tanke på analysteamets kompetens. Ett antal åtgärder ska vara pågående för att införas, bland annat rättning av vem som skriver läkares rondanteckning. Generellt anser vi att de föreslagna åtgärderna är realistiska med blandad effektivitet, enligt SKLs manual för Risk- och konsekvensanalys. När det gäller åtgärder kring patientsäkerhet och utbildning föreslås att enhetschef bjuder in uppdragsledare för fokusområde fallskador.

När ordinarie uppdragsgivare (verksamhetschef) åter är i tjänst behöver vederbörande ge återkoppling till berörda. Då bör det framgå vilka övriga åtgärder som eventuellt kan förtydligas, eller ej genomföras samt av vilken orsak. Detta kan då bifogas och uppdateras i handlingsplanen. Det pågår förbättringsarbete på enheten gällande arbetssätt och ansvarsfördelning för alla professioner. Det är därför viktigt att de föreslagna åtgärderna integreras i det redan pågående arbetet.

### 6.2 Återkoppling

För återkoppling ligger ansvar på den enhetschef som deltagit i analysarbetet. Resultatet av denna händelseanalys bör utan dröjsmål återkopplas till berörd avdelning.

### 6.3 Uppföljning

Uppföljning och genomförande av åtgärder är i första hand enhetschefens ansvar. Vederbörande kommer vidare att behöva återrapporera till ordinarie verksamhetschef (uppdragsgivare) då denne åter är i tjänst.

## 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
Subduralhematom	Blödning under hjärnhinnan
0 HLR	Hjärt-lung-räddning kommer inte påbörjas om hjärtat slutar slå.
LIH-spikar	En operationsmetod vid höftfraktur
CT hjärna	Skiktröntgen av hjärnan
EEG (elektroencefalografi)	Undersökning av den elektriska aktiviteten i hjärnan
Polikliniskt	I öppenvården
Generell Encefalopati	Hjärnsjukdom, skador, eller fel.
BAS-kontroller	Mätning av grundläggande kroppsfunktioner
Palliativ vård	Behandling som syftar till att lindra symtom under livets slutskede

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan