

Kunskapsbanksnummer: KB6526207

Datum: 2018-12-18

Händelseanalys

Patient avlider efter fall på vårdavdelning

Augusti 2018

Analysledare:
Verksamhet Urologi
Område 5
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med analysen har varit att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen. Händelseanalysen förväntas vidare ge svar på frågeställningarna; Har rutiner för fallriskbedömning följts? Har personal agerat i enlighet med resultatet av en sådan bedömning? Fanns det tecken hos patienten som hade kunnat tidigarelägga diagnos av hjärnblödning om de hade uppmärksammats?

Analysen gäller en patient som skrivs in på urologisk vårdavdelning för att genomgå en operation där stenar i urinblåsan ska tas bort. Inskrivning sker dagen innan ingreppet då även en pleuratappning utförs på inrådan av narkosläkare. Patienten opereras som planerat. Är medtagen vid ankomst till avdelningen. Natten efter operationen blir patienten motoriskt orolig och agiterad, vill upp ur sängen hela tiden. Personal håller patient under tät uppsikt, men trots detta tar sig patienten under oövervakat ögonblick upp ur sängen, in på intilliggande vårdavdelning, faller över en trätröskel och slår upp sår på kind och stortå. Patienten är fortsatt orolig efter fall och personalen har nu patienten under ständig uppsikt. På morgonen ter sig patienten något lugnare i sinnet, men upplevs fortfarande motoriskt orolig, besväras av sin kateter och vill upp flera gånger för att kissa. Under oövervakat ögonblick tar sig patienten upp, ut i korridoren, faller och slår upp ett jack i ögonbrynet. Är agiterad efter fallet, men vid medvetande, och ter sig initialt relativt opåverkad. Efter en dryg timme blir patienten medvetandesänkt och illamående. Mobila intensivgruppen (MIG) tillkallas. Patienten genomgår därefter en datortomografi av hjärnan. Undersökningen visar på en stor hjärnblödning och neurokirurg bedömer patienten som inoperabel.

Patienten vårdas palliativt (i symtomlindrande syfte) och avlider på vårdavdelning dagen efter.

De viktigaste bakomliggande orsakerna är bristande följsamhet till rutin att fallriskbedömning ska göras inom 24 efter att patient anländer till vårdavdelning samt att det råder vissa otydligheter kring hur denna typ av motoriskt oroliga vårdkrävande patienter ska övervakas.

I detta fall anser vi att det hade varit av stort värde om en fallriskbedömning hade gjorts på vårdavdelningen. Vi anser även att det bör finnas möjlighet för läkare att ordinera så kallat "klistervak" för motoriskt oroliga patienter med fallrisk vilket ska innebära att en personal alltid ska finnas vid patientens sida.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam.....	5
3	Metodik	5
4	Resultat	6
4.1	Händelseförlopp.....	6
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.4	Åtgärdsförslag	8
6	Övrigt.....	9
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
7.1	Åtgärder.....	11
7.2	Återkoppling	11
7.3	Uppföljning.....	12
8	Ordförklaringar	13
9	Bilagor	13

1 Uppdrag

Härmed ger jag analysledaren i uppdrag att leda en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Händelseanalysen förväntas vidare ger svar på frågeställningarna; Har rutiner för fallriskbedömning följts? Har personal agerat i enlighet med resultatet av en sådan bedömning? Fanns det tecken hos patienten som hade kunnat tidigarelägga diagnos av hjärnblödning om de hade uppmärksammats? Analysledaren föreslår lämpliga medarbetare för deltagande i händelseanalysen. I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera patient/anhörig, berörd/berörda avdelningar samt medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras samt tillse att stöd ges till inblandade medarbetare. Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla analysens resultat till patient/anhörig och medarbetare.

1.1 Uppdragsgivare

T f verksamhetschef, Verksamhet Urologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-09-25

Startdatum: 2018-11-01

Anledning till sen start är att det har varit svårt att mobilisera en analysgrupp tidigare. Arbetet med patientsäkerhet på kliniken har genomgått stora förändringar det senaste halvåret, bl a har personer som tidigare har funnits att tillgå för händelseanalysarbete, och som har kännedom om analysmetodiken, slutat.

1.3 Återföringsdatum

2019-01-07

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5/Urologi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5/Urologi
Analysmedlem / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5/Urologi
Analysmedlem / Undersköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5/Urologi
Sakkunnig / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 5/Urologi

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Patientjournal – Melior
- Röntgensvar – WebAdapt
- Intervjuer/samtal med berörda medarbetare:
 - 4 sjuksköterskor
 - 3 undersköterskor
 - 1 läkare
- Samtal med anhöriga
- Rutinbeskrivning riskbedömningar och omvårdnadsplaner enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) åtgärds paket. **(Bilaga 2)**
- Skrivelse från SKL "Nationell satsning för ökad patientsäkerhet – Åtgärder för att förebygga" **(Bilaga 3)**
- Information från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/sanggrindar/bedomning/> angående användande av sänggrindar. **(Bilaga 5)**
- Socialstyrelsens text "Frågor och svar om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg av vuxna" <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds> **(Bilaga 6)**

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

FÖRUTSÄTTNING - Dag 1

Patient med myelodysplastiskt syndrom (blodsjukdom som innebär att man har svårt att bilda blodplättar) är på inskrivningsmottagning. Patienten planeras för operation där blåsstenar ska tas bort. Patienten är fullt rörligt, men går med käpp, och använder rullstol vid längre sträckor. Har utöver det även förmaksflimmer och högt blodtryck. Är rökare. Har sista tiden upplevt ökad trötthet.

Dag 10

Patienten skrivs in dagen innan ingreppet. Innan inskrivning på avdelning genomgår patienten en pleuratappning vilket innebär att lungsäcken tappas på vätska. Detta görs på inrådan av narkosläkare inför operationen.

Dag 11

Patienten genomgår ingreppet. Är något lättblödande under operation, men överstår ingreppet väl. Postoperativt är patienten klar och adekvat. Återkommer till vårdavdelningen under sen eftermiddag. Är då mycket medtagen och illamående. Mätvärden eftermiddag och kväll är utan anmärkning. Det görs ingen notering i journalen om att något skulle avvika från normalförloppet

Midnatt dag 11-12

När sköterska träffar patienten första gången under natten, tar hen mätvärden på patienten. Hen noterar då att patienten ter sig irriterad och inte verkar förstå riktigt vad som sker. Sköterskan förklarar för patienten att hen ska spola katetern och noterar även där att patienten inte riktigt förstår. Patienten samtycker dock till att katetern spolas. Därefter blir patienten alltmer irriterad på personalen och uttrycker tydligt, både verbalt och med kroppsspråk, att hen vill vara ifred. Patienten är på väg upp flera gånger och glömmar att ta med sin KAD (kateter). Sköterskan noterar oron och tänker lite snabbt att patientens förvirring kan bero på operationen och sjukhusmiljön. Hen hinner dock inte tänka mer på detta då det larmar och andra patienter behöver ses till.

Personal har därefter patienten under tät uppsikt och tittar till med några minuters mellanrum. Vid midnatt (då personalen går en sedvanlig runda hos patienterna för omvårdnad, kontroller etc) hittar de inte patienten på rummet. De upptäcker då patienten på intilliggande vårdavdelning (som för närvarande inte används för vård). Patienten har där fallit över en trätröskel vid en avspärning och in i byggplats. Hen har var vid fallet ådragit sig sår på kind och stortå. Personal är omgående på plats och hjälper patienten, som är något ostadig, upp och tillbaka till sängen. Mätvärden tas och visar inget anmärkningsvärt.

Tidig morgon dag 12

Patienten är fortsatt orolig, arg och förvirrad under resten av natten. Personalen har patienten under ständig uppsikt och placerar hens säng utanför sjuksköterskeexpeditionen. En personal finns bredvid patienten varje gång hen går runt på vårdavdelningen.

Morgon dag 12

Under morgonen är patienten relativt lugn men är besvärad av sin kateter och vill upp och kissa flera gånger. Kateter dras senare under morgonen. Patienten har nu larmmatta och sängen är sänkt. En personal (personal 1) sitter hos patienten hela morgonen och samtalar med hen. Personal 1 känner sig trött och lite yr och behöver få något i sig. Rapporterar detta till sina kollegor och går ut i lunchrummet för frukostrast tillsammans med kollegor. Under rasten hörs larmmattan larma.

Personal 2 går för att svara på larmet och ser att patientansvarig (PAS) sköterska och rondande läkare är på rummet. Stänger av larm och återvänder till lunchrum och informerar personal 1 om att PAS och läkare är hos patienten. En stund därefter hörs tumult i korridor. Patienten har återigen tagit sig upp ur sängen och ut i korridoren där hen har ramat och slagit upp ett jack i ögonbrynet.

Morgon dag 12

Patienten vid medvetande efter fall, jämrar sig och är agiterad. Hjälps till säng av personal. Flyttas till rum beläget närmre sjuksköterskeexpeditionen. Efter en dryg timme blir patienten medvetandesänkt och kräks. Mobila Intensivvårdsgruppen (MIG) larmas och kommer till avdelningen efter några minuter. Patienten spontanandas, men det föreligger svårigheter att hålla fria luftvägar, varför patienten intuberas. Därefter transporteras patienten till Röntgen och genomgår datortomografiundersökning av hjärnan.

Förmiddag dag 12

Datortomografin på hjärnan genomförs och visar på stor hjärnblödning. Neurokirurg bedömer skadan som inoperabel p g a mycket dålig prognos. Intensivvårdsläkare finner det utsiktslöst med fortsatt intensivvård varför patienten överförs till vårdavdelning för palliativ vård (vård i symtomlindrande syfte).

Dag 13

Patienten avlider på vårdavdelning i närvaro av anhöriga.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

- Olika uppfattning om hur vårdkrävande orolig patient ska övervakas.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Bristande följsamhet till befintlig rutin att fallriskbedömning ska utföras på patienter inom 24 efter att de skrivits in på vårdavdelning.
- Avsaknad av tydlig rutin/arbetssätt när larmmatta ska användas.
- Bristande följsamhet till användande av befintlig blankett för registrering av kontroller (mätvärden) och att den ska skannas in i journal.

- Bristande följsamhet till patientsäker journalföring av väsentlig information.
- Otydlig ansvarsfördelning vid överlämning av vårdkrävande patient.

4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

IVA-vård 27 046 kronor. Datortomografi hjärna 2 379 kronor.

4.4 Åtgärdsförslag

- Förbättringsåtgärd avseende bristande följsamhet till rutin att fallriskbedömning ska göras senast 24 timmar efter att patienten kommit till vårdavdelning är redan genomförd. Riskbedömningar lyfts numera vid varje morgonmöte. Patienter som ska riskbedömas, antecknas på whiteboardtavla på sjuksköterskeexpeditionen.
Kommentar: Det har tidigare funnits problem på vårdavdelning med att fallriskbedömningar inte tillämpades i tillräckligt stor utsträckning, därför genomgick personal under våren 2018 "reutbildning" i fallriskbedömning. Trots detta har det tagit tid innan rutinen "satt sig". Efter aktuell händelse skärptes rutinen upp ytterligare, och numera lyfts fallriskbedömningar på varje morgonmöte. För att tydliggöra antecknas även de patienter som ska fallriskbedömas på whiteboardtavlan på sjuksköterskeexpeditionen.
- Information/förtydligande på arbetsplatsträffar om vilken information som bör journalföras.
Kommentar: Analysgruppen ser det som en brist att journalanteckning från första eftermiddag, kväll och natt på vårdavdelning saknas. Det bör t ex ha funnits information om att patienten var åter på vårdavdelning efter pleuratappning och hur hen mådde efter denna undersökning.
- Göra befintlig rutin med observationsblad känd genom information på arbetsplatsträffar. Viktigt även att bladet skannas in i patientens journal.
Kommentar: I situationer där tempot är högt och tid inte finns att gå i patientjournalen och anteckna mätvärden, används ett så kallat "Observationsblad" (se bifogat). Det är oklart om detta observationsblad har använts efter fallet, då det inte finns något sådant inskannat i patientjournalen. Analysgruppen anser därför det vara av värde att påminna och tydliggöra denna rutin genom information på arbetsplatsträffar.
- Införande av rutin/arbetsätt att larmmatta ska användas när patienter är motoriskt oroliga och agiterade.
Kommentar: De larmmattor som finns att tillgå, kopplas in på samma system som patienternas vanliga "larmknappar" och larmar med samma signal, därför har användning av larmmatta begränsade effekter, framförallt dagtid. Det är inte säkert att personal kan komma till undsättning omedelbart då de kan vara upptagna med andra patienter.

Analysgruppen har kommit till den slutsatsen att larmmatta på natten kan ha något större effekt då patienter inte larmar lika ofta på natten.

- Skapa rutin/arbetsätt som innebär att patienter som är motoriskt oroliga alltid ska ha personal vid sin sida. Insats ska kunna ordinerars av läkare.
Kommentar: Patienter som är motoriskt oroliga bör ständigt ha en personal vid sin sida. För att tydliggöra en sådan insats anser analysgruppen att detta bör kunna ordinerars av en läkare.
- Samtal på arbetsplatsträffar angående vikten av att anhöriga ska hållas underrättade och kontaktas vid försämring. *Kommentar:* Om anhöriga samtycker (som i detta fall) bör de kontaktas om patienter är oroliga. Oftast har anhöriga en lugnande inverkan.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Rutin runt fallriskbedömningar har skärpts upp ytterligare	Numera lyfts fallriskbedömningar på varje morgonmöte. För att tydliggöra antecknas även de patienter som ska fallriskbedömmas på whiteboardtavlan på sjuksköterskeexpeditionen.	VEC Vårdavdelning	Ja

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	31
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	66

6 Övrigt

Det har i samtal med anhöriga framkommit synpunkter på vad de upplever hade kunnat göras annorlunda. Vi har i analysen försökt beakta dessa synpunkter och har på olika sätt berört dem i graf och rapport. Övriga punkter för vi fram nedan.

- Diskussion har förts om användande av sänggrindar, se punkt 5 i analysgrafen. Vi vill hänvisa till de riktlinjer som finns upptagna i Vårdhandboken (En tjänst från Sveriges Landsting, Regioner och Kommuner). Texten finns bifogad i sin helhet i analysen, se bilaga 1, samt finns att läsa under nedanstående länk:

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv->

[omvardnad/sanggrindar/bedomning/](#)

Vi vill även hänvisa till de riktlinjer som finns på Socialstyrelsens hemsida

<https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds>

- Diskussion har förts om att det tog lång tid från det att patienten blev dålig efter andra fallet, tills datortomografin genomfördes. Anhöriga har här, via information de uppfattat från vårdpersonal, kommit till slutsatsen att patienten blev dålig efter 10-15 minuter. Analysgruppen har granskat journalen och noterat att tid för fall är angivet till kl 9.00. Exakt tidsangivelse för när patienten började bli medvetandesänkt finns ej i journal. Läkare som arbetade med patienten har uppgivit att medvetandesänkningen skedde cirka en timme efter fallet. Vi ser också detta som mest troligt då samme läkare skrev en daganteckning med aktuellt status i journalen strax efter kl 10.00 på morgonen utan uppgift om att patienten var medvetandesänkt. Det torde ha skett strax efter denna anteckning gjordes vilket överensstämmer med tid för MIG-larm och registrering av röntgenremiss, se tider i analysgraf.
- I uppdraget ställs frågan om fanns det tecken hos patienten som hade kunnat tidigarelägga diagnos av hjärnblödning om de hade uppmärksammats. Enligt sakkunnig läkare i analysgruppen, som granskat patientens journal, fanns det inga symtom eller avvikande mätvärden som gjorde att man hade kunnat förutse själva hjärnblödningen. Analysgruppen har även ställt frågan till sakkunnig läkare, om patientens blodsjukdom kunde påverka utfallet vid hjärnblödning. Sakkunnig läkare har här granskat patientens trombocytvärden och bedömt att de fortfarande var i så god koncentration att det inte ska ha gett ökad blödningsbenägenhet. Analysgruppen har ej heller hittat några belägg för att oron i sig skulle ha varit ett tidigt tecken på den förestående hjärnblödningen. Att patienter är oroliga efter ett operativt ingrepp är sig inte ovanligt på aktuell vårdavdelning, speciellt inte då det rör sig om äldre sjukliga patienter.

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Ökad följsamhet kring rutin för fallriskbedömningar

Bedöms som den enskilt viktigaste åtgärden. Åtgärd genomförd enligt ovan.

Information/förtydligande på arbetsplatsträffar om vilken information som bör journalföras

Det är angeläget att minska dokumentationen, både för att minska det administrativa arbetet och för att relevant information lätt ska framgå i journalen. Det som ska journalföras är i första hand det som avviker från det normala förloppet. Vårdavdelningen arbetar aktivt med dokumentation på olika nivåer och ytterligare åtgärder anses inte vara nödvändiga. Åtgärden genomförs ej.

Göra befintlig rutin med observationsblad känd genom information på arbetsplatsträffar

Åtgärden kommer att genomföras under februari 2019.

Införande av rutin/arbetssätt att larmmatta ska användas när patienter är motoriskt oroliga och agiterade

Åtgärder för att förebygga fall ska planeras individuellt efter en strukturerad bedömning. Larmmatta är en av flera möjliga åtgärder som kan sättas in, om patienten samtycker. En rutin som anger i vilka situationer en larmmatta ska användas är därför inte tillämplig. Det finns en sjukhusövergripande rutin för fallprevention, vi följer också SKLs åtgärdspaket för att förebygga fall och fallskador. Åtgärden genomförs ej.

Skapa rutin/arbetssätt som innebär att patienter som är motoriskt oroliga alltid ska ha personal vid sin sida. Insats ska kunna ordinerars av läkare

Vak hos en patient ger stor påverkan på förmågan att ge vård till övriga patienter, och nyttan måste i varje fall värderas mot riskerna. En rutin som anger i vilka situationer detta ska användas går därför ej att tillämpa. Befintliga rutiner ger utrymme för att ordinaera vak vid behov. Åtgärden genomförs ej.

Samtal på arbetsplatsträffar angående vikten av att anhöriga ska hållas underrättade och kontaktas vid försämring

Att kontakta anhöriga vid försämring om patienten så önskar är rutin. Det kan dock finnas skäl att påminna om detta. Åtgärden genomförs under februari 2019.

7.2 Återkoppling

Händelseanalysen återförs till berörda medarbetare via cheferna på enheten. Patientens närstående får analysen i skriftlig form, genomgång vid besök här om så önskas.

7.3 Uppföljning

Kontroll av om fallriskbedömning gjorts vid framtida falltillbud. Åtgärderna kring observationsblad och kontakt med anhöriga följs upp genom kontinuerlig mätning av antal avvikelser kopplat till rutinen i organisationens avvikelssystem.

8 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

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
Mätvärden	Även kallat vitalparametrar. Kontroller i form av puls, blodtryck och syremättnad.
Datortomografiundersökning	Datortomografi är en särskild form av röntgen som skapar mycket detaljerade bilder av kroppens organ (från https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Undersokningar/Datortomografi/ hämtad 2018-12-19)
Intuberas	I detta fall införande av rör i luftvägar för att säkerställa fri luftväg.

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rutinbeskrivning riskbedömningar och omvårdnadsplaner enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) åtgärdspaket.

Bilaga 3: Skrivelse från SKL "Nationell satsning för ökad patientsäkerhet – Åtgärder för att förebygga".

Bilaga 4: Observationsblad.

Bilaga 5: Information från <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/sanggrindar/bedomning/> angående användande av sänggrindar (Hämtad 2018-12-19)

Bilaga 6: <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds> angående användande av sänggrindar (Hämtad 2018-12-19)