



D.nr. OAN2016.219

Utredning av vårdskada/allvarlig vårdskada eller risk för vårdskada/allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Fotledsfraktur efter fall ur säng

Tidsredovisning

18/7 -16 Fallhändelse inträffar och avvikelse rapporteras
 18-21/7 -16 patienten erhåller smärtlindring mot generell smärta
 21/7 -16 patienten undersöks av sjuksköterska
 26/7 -16 Patienten skickas till sjukhus och fraktur konstateras
 2/1 -17 händelsen anmäls till IVO enligt Lex Maria
 14/2 -17 Anmälan kompletteras med utredning som skickas till IVO

Sammanfattning

En patient på ett särskilt boende hittas på golvet, men inga synliga skador noteras. Patienten har pga. känd smärtproblematik sedan tidigare smärtplåster samt vid-behovsordinerad smärtstillande läkemedel i kombination. Efter två dygn undersöks patienten av sjuksköterska. Inga tecken på fraktur upptäcks och man avvaktar vidare åtgärd. Fem dygn härefter uppmärksammas svullnad och rodnad på vänster ben och patienten sänds till sjukhus. Fraktur verifieras genom röntgen på sjukhuset efter 8 dygn.

Händelseförlopp

En rullstolsburen patient med en känd smärtproblematik sedan tidigare, hittas på golvet Kl. 00:30 18/7-16. Sjuksköterska kontaktas av nattpersonal. Sjuksköterska noterar ”inga synliga skador” i journal efter samtal med nattpersonal. Patienten erhåller Morfin pga. stark ospecificerad smärta i benen. Avvikelse rapport skrivs och kategoriseras som ”fall utan skada”. Kl. 17.00 samma dygn erhåller patienten vid-behovs ordinerat läkemedel (Alvedon) i kombination med fentanylplåstret, på grund av smärta i en höft (ospecificerat). 19/7 kontaktar personalen på boendet sjuksköterska med anledning av att patienten har smärtor i höft och ben (ospecificerat) och att patienten erhållit Alvedon igen mot smärtorna. Även på dagen 21/7 noterar sjuksköterska att Alvedon ges relaterat till smärtor i ben (ospecificerat) Sjuksköterskan noterar att Alvedon tidigare haft god effekt mot smärtan. Sjuksköterskan noterar och rapporterar till kollegan att patienten skall undersökas. kvällssjuksköterska besöker patienten samma kväll och undersöker ben, höft och knäleder. Palperar och böjer leder. Vänster fot är svullen, men tolkas som ödem. Lätt blånad lateralt vä. fotled men ej öm vid palpation. Distalstatus är utan anmärkning.

26/7 uppmärksammas rodnad och svullnad samt mycket smärta i vänster ben. Patienten skickas till sjukhuset med frågeställning blodpropp. Sjuksköterskan vet inte att patienten ramlat ur sängen åtta dagar tidigare, och inte heller den undersköterska som är i tjänst, varför den informationen inte skickas med till sjukhuset genom vårdbegäran. Inte heller anhöriga som följer med till sjukhuset har fått information om att patienten ramlat. 28/7 meddelar sjukhuset att patienten har en tibifaktur vänster ben.

Analys

Flera omständigheter kring fallhändelsen behöver analyseras.

Fallrisk

Patienten hade en förhöjd fallrisk enligt riskbedömning utförd 2016-04-27

Aktuella riskförebyggande åtgärder framgår i journal i form av vårdplan upprättad samma datum. Riskförebyggande åtgärder som beslutats då var:

- assistans vid förflyttning,
- användning av lift,
- assistans vid personlig vård samt
- sensorlarm och extra tillsyn

Ingen dokumenterad utredning i journalen finns kring ställningstagande till användning av skyddsåtgärd såsom exempelvis sänggrind.

Information om inträffad fallhändelse mellan personal

Information om fallhändelsen har inte delgivits närstående.

Information om fallhändelsen har inte framkommit till den sjuksköterska som sänder patienten till sjukhuset efter 8 dagar, vilket gjorde att informationen inte heller nådde sjukhuset när patienten skrevs in. Sjuksköterskor som noterat i patientens journal kring smärta och åtgärder mot smärta mellan 18/7 och 26/7 har hänvisat till fallhändelsen flera gånger. Sjuksköterskan som återkom från semester 25/7 hade läst sina patienters journalanteckningar sedan 2-3 dagar tillbaka i tiden för att hålla sig informerad och uppdaterad. Inga noteringar finns vid detta tillfälle (25/7) i patientens journal efter 21/7 varför information rörande fallhändelsen inte framkom i journaltexten som sjuksköterskan läste.

Information om inträffad fallhändelse till närstående/anhörig

Enligt lokal rutin för avvikelshantering i sektorn ligger ansvaret för att information delges närstående/anhörig vid inträffad avvikelse, hos Hälso- och sjukvårdspersonalen (Sjuksköterska). Ibland görs ställningstaganden kring att undvika att ringa närstående/anhöriga nattetid kring inträffade avvikelser, men dagtid bör snarast information ges av tjänstgörande sjuksköterska/patientansvarig sjuksköterska. Avsteg från rutin att omedelbart kontakta närstående/anhöriga, dokumenteras oftast vid inskrivningssamtal i hemsjukvården eller då insatser planeras/påbörjas nattetid.

Avvikelsehantering

Avvikelse rapporten upprättades och registrerades i verksamhetssystemet samma dag som fallhändelsen inträffade. Avvikelsen kategoriserades som "fall utan skada" vilket i efterhand visade sig inte vara korrekt kategori.

Rutin för avvikelserapportering, utredning och hantering finns framtagen för sektorns verksamheter, men saknar tydlig instruktion för hur man skall hantera avvikelser som behöver kategoriseras på nytt/annat sätt, till exempel från "fall utan skada" till "fall med skada"

I rutin för avvikelshantering står att enhetschef samt MAS skall underrättas vid händelser av allvarlig karaktär. Detta har gjorts, men efter för lång tid, vilket resulterat i att händelsen inte rapporterats till IVO enligt de bestämmelser som framgår i SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal

Rutin finns framtagen för omvårdnads/omsorgspersonal skall ta kontakt med Hälso- och

sjukvårdspersonal som t.ex. vid fallhändelser. Omvårdnads/omsorgspersonal har följt rutinen.

Dokumentation

I Hälso- och sjukvårdsjournalen framgår inte om sjuksköterska besökt patienten vid fallhändelsen 18/7 eller om besök gjordes i samband med kontakt 19/7. Dock finns journalnotat för dessa datum att man varit i kontakt med undersköterska/personal på boendet med anledning av att vid behovsmedicin mot smärta (ospecificerat till "höft" och "ben") eventuellt skulle ges.

Journalanteckningen 21/7 innehåller uppgift om utförd undersökning av patienten på plats. Inga journalanteckningar kring kontakt från omvårdnads/omsorgspersonal rörande smärta, vid-behovsläkemedel eller annat finns i patientens journal mellan 22-25/7.

Missad fraktur

Ospecifik smärta i ben och kontinuerlig smärtlindring i form av fentanylplåster i kombination med annan vid- behovsmedicin (Morfin och/eller Alvedon) förelåg. Patienten undersöktes utförligt 21/7, dock inte med röntgen och frakturen missades. Fem dagar förflöt härefter utan att kontakt med sjuksköterska togs eller hembesök av sjuksköterska gjordes enligt journal. Inga journalanteckningar, varken rörande SoL eller HSL finns under dessa fem dagar. Ordinarie personal (sjuksköterska och omvårdnads/omsorgspersonal) som återkom efter semester 25/7, upptäckte svullnad och rodnad på benet efter en dag 26/7. Då information om fallhändelsen inte var känt av undersköterska eller sjuksköterska, skickas patienten till sjukhuset med misstanke om blodpropp. Närstående som möter patienten på sjukhuset känner inte heller till fallhändelsen, då denna information inte delgivits. Först på sjukhuset upptäcks frakturen.

Det kan vara svårt att bedöma frakturmisstanke enbart vid en fysisk undersökning, och i synnerhet hos patient med sedan innan känd och läkemedelsbehandlad smärtproblematik. Trots utförlig fysisk undersökning kunde inte sjuksköterskan hitta hållpunkter för frakturmisstanke.

Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder

Så snart fallet inträffade, registrerades fallavvikelse och sjuksköterska kontaktades. Sjuksköterskan noterar att patienten klagar över smärta i båda benen och vid behovsläkemedel ges mot smärta. En fullständig undersökning av sjuksköterska utfördes 21/7 och dokumenterades i journal. Sjuksköterskan valde att avvakta vidare åtgärd men uppmanar personal att kontakta sjuksköterska om smärtlindring skulle behövas. Så snart smärtan i vänster ben samt svullnaden vä. fotled upptäcktes 26/7 sändes patienten till sjukhuset för undersökning.

Identifierade orsaker till händelsen

Fallhändelse ur säng

Patienten hittas vid sängen under natten. Fallrisk hade identifierats och riskförebyggande åtgärder hade beslutats under april 2016. Utredning kring eventuella skyddsåtgärder såsom sänggrind är inte genomfört enligt hälso- och sjukvårdsjournal.

Information om inträffad fallhändelse

Enligt rutinen för avvikelshantering framgår att legitimerad sjuksköterska ansvarar för att närstående/anhöriga informeras vid inträffade avvikelser. Detta har inte gjorts, varken av tjänstgörande sjuksköterska på natten eller av sjuksköterska som avlöste morgonen därefter, eller av någon sjuksköterska någon gång under de 8 dygn som förflöt fram till att patienten sändes till sjukhuset.

Hemsjukvårdens sjuksköterska/sjuksköterskor har brustit i följsamhet till rutinen för avvikelshantering i sektorn.

Rapportering av fallhändelse

Det framgår att rapportering mellan arbetspassen för sjuksköterskorna i tjänst, inte nödvändigtvis innehållit information om aktuell fallhändelse. I Hälso- och sjukvårdsjournalen kan läsas att patienten fallit vid notering av händelsen 18/7, men därefter först 21/7 återkommer notering om att en fallhändelse ägt rum.

Missad fraktur

Trots utförlig undersökning av patienten 21/7, hade patienten ådragit sig en fotledsfraktur. Först efter 8 dygn verifierades frakturen genom röntgen.

Anmälan enligt Lex Maria

Information om allvarlighetsgrad för fallhändelsen, kom till MAS kännedom efter att två månader passerat, vilket är gränsen för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria.

Riskbedömning

Risk finns att händelse av liknande slag kan upprepas om verksamheten inte vidtar ett antal förebyggande åtgärder.

Att patienter med en känd smärtproblematik med pågående smärtlindring kan "maskera" smärtan vid exempelvis fraktur, kan inträffa om verksamheten inte reviderar/skapar rutiner för hur samtliga fallolyckor skall handläggas. Risken för upprepad händelse ökar också om

fallavvikelser inte rapporteras mellan personal och arbetspass, så att tidigare fall inte vägs in i bedömningen som skall göras av sjuksköterska.

Trots att fallrisk var identifierad och åtgärder beslutade, inträffade fallet. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen säger inget om utredning/ställningstagande till om skyddsåtgärd hade övervägts. Att följa riktlinjer för användning av skyddsåtgärder bygger på kunskap och medvetenhet kring medbestämmande och delaktighet från den enskilde. Skyddsåtgärder skall utgöra skydd för enskilda och aldrig begränsningar. Samtycke kring skydd är avhängigt den möjlighet som organisationen och personalen har att vara lyhörd och se när uttryckligt samtycke inte kan ges, men där konkludent samtycke kan vara möjligt.

Rutin för hantering av avvikelser behöver vara tydlig för att utgöra stöd för verksamheten, bland annat när det gäller ansvar och uppdrag. På detta sätt finns förutsättning för att allvarliga avvikelser snabbt utreds och anmäls inom tidsram enligt Lex Maria.

Händelser av liknande art som tidigare inträffat i verksamheten

Händelser där skador på patient upptäckts en tid efter fallhändelser har tidigare inträffat i verksamheten. Dock finns dock inga kända avvikelser rapporterade där lika lång tid förflutit innan skadan upptäckts.

Risikoförebyggande åtgärder

Genomgång av riktlinje för skyddsåtgärder i verksamheterna

Verksamheterna inom äldreomsorgens särskilda boenden skall under mars och april månad gå igenom riktlinjen för skyddsåtgärder tillsammans med MAS och verksamhetschef, som ett led i att höja kunskapen och därmed tillämpningen av riktlinjen för användning av skyddsåtgärder där det är möjligt.

Verksamheten har fastställt processen för användning av skyddsåtgärder under 2016 och planerar att starta egenkontroll kring denna under 2017.

Genomförande av egenkontroll som är kopplad till processen skall ske enligt följande: Processledare (MAS) begär in statistik för användning av skyddsåtgärder från tre enheter inom ett verksamhetsområde.

Typen av skyddsåtgärder som ska ingå i granskningen varierar enligt fastställd ordning:

2017: Bälten och dörrlarm inom särskilda boenden och hemtjänst

2018: GPS-klocka och larmmattor inom särskilda boenden och hemtjänst

Processledaren ska kontrollera följande:

- Finns det en åtgärds- och handlingsplan för skyddsåtgärden?
- Finns samtycke hos den enskilde dokumenterat?
- Har minst tre olika funktioner närvarat vid teamträffen?
- Finns en dokumenterad riskanalys?

Godkänd nivå: Samtliga kriterier ska uppfyllas.

Tid för genomförande: Oktober.

Lokal rutin/checklista vid fall utan skada

Hemsjukvårdens sjuksköterskeorganisation skall ta fram en lokal rutin för uppföljning av alla rapporterade fall utan skada, där samtliga rapporterade fall utan skada skall generera ett hembesök av sjuksköterska inom 1-2 dagar. Checklistan kommer även innefatta kontroll av att kontakt med närstående/anhöriga vid fall, genomförts. Checklistan skall färdigställas och implementeras senast under april 2017. Checklistan skall innefatta ett beslutsstöd i allvarlighetsbedömning där till Det finns anledning att i de fall risk finns för "maskerad" smärta, alltid kontakta läkare för rådfrågan och bedömning kring röntgenundersökning. exempel pågående smärtlindring vid känd smärtproblematik, innebär risk för "maskerad" smärta vid fallhändelse.

Implementering av checklistan följs upp i sektorns kvalitets och patientsäkerhetsrapport per augusti 2017.

Revidering lokal rapportrutin

Lokal rapportrutin mellan arbetspass för sjuksköterskor kommer att utökas med punkten

fallavvikelser, så att samtliga inträffade fall oavsett allvarlighetsgrad når ansvarig sjuksköterska vid arbetspassbyte. Den lokala rapportrutinen kommer att tas fram av sjuksköterskorna, med detta tillägg, under mars 2017.

Uppföljning kring användning av den reviderade rapportrutinen följs upp i sektorns kvalitets och patientsäkerhetsrapport per augusti 2017.

Metodstöd och rutin för avvikelshantering

MAS och SAS skall färdigställa ny riktlinje för avvikelshantering i sektorn som skall implementeras senast under maj 2017. Ny avvikelseriktlinje kommer att innefatta en tydlig arbetsprocess med samtliga typer av avvikelser såsom ansvarsfördelning rörande utredning, allvarlighetsbedömning, beslutandet av riskförebyggande åtgärder samt uppföljning av resultat på individnivå.

Uppföljning av följsamhet till ny riktlinje för avvikelshantering i sektorn sker i kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen för 2017. Specifika egenkontroller kommer att innefatta:

- statistik över rapporterade avvikelser,
- inventering av om lokala rutiner för avvikelshantering upprättats på enhetsnivå,
- om och när regelbundna analysmöten av avvikelser sker på enhetsnivå,
- samt kontroll av arbetsprocess för allvarliga avvikelser som antingen lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada/allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande, inkommit till IVO inom tidsgräns för respektive föreskrift.

Bedömning

Händelsen bedöms falla inom ramen för allvarlig vårdskada, då patientens vårdbehov väsentligt ökat och Hälso- och sjukvård krävts på annan vårdnivå. I bedömningen vägs in att patienten fått vänta 8 dygn för att få skadan verifierad med röntgen.

Beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med.

Patienten har ådragit sig en allvarlig vårdskada som hade kunnat förhindras vid kontakt med Hälso- och sjukvården genom ett riskförebyggande fallpreventivt arbetssätt. Därmed anses bestämmelsen om Lex Maria tillämplig.

En allvarlig vårdskada har inträffat 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), (SOSFS 2013:3)

Risk för en allvarlig vårdskada har förelegat 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659). (SOSFS 2013:3)

Datum:	170214 <i>Åsa Fredriksson</i>	
Beslut har fattats av	Namn: Åsa Fredriksson	Befattning/titel: MAS
Underskrift	Namn:	