

Diarienummer OAN.2016.82

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

## Fallolycka på äldreboende

### Tidsredovisning

16-03-03 Fallolyckan inträffar  
 16-03-07 UT får information om det inträffade  
 16-03-16 UT samt Enhetschef på äldreboendet analyserar händelsen  
 16-03-16 UT övertar utredningen och tillämpar utredningsmodell för Lex Maria  
 16-04-26 UT slutför utredning och fattar beslut  
 16-04-20 UT samt enhetschef inbjuder till möte med närstående  
 16-05-02 Möte planeras med närstående

### Sammanfattning

Den enskilde faller i det gemensamma köket på äldreboendet, efter att troligtvis rest sig ur sin rullstol vid köksbänken. På sjukhus konstateras ett subduralhematom och den enskilde avlider efter två dygn på sjukhuset.

### Händelseförlopp

Den enskilde har troligtvis rest sig ur rullstolen vid diskbänken i det gemensamma köket på boendet. Personalen i det gemensamma utrymmet satt vid tillfället med ryggen vänd åt köket och hör en duns. Personalen uppmärksammade omedelbart det inträffade, såg att den enskilde skadat sig och påkallade hjälp. Sjuksköterskan kom inom kort och undersökte den enskilde. Sjuksköterskan kontaktade läkare på vårdcentral som planerade att komma till boendet för att suturera en sårskada i huvudet. Då sjuksköterskan hade svårt att få undersöka den enskilde närmare omvärderade hon ställningstagandet, och skickade in den enskilde med ambulans till sjukhuset. På sjukhuset fick den enskilde röntga huvudet och dagen efter konstaterades ett subduralhematom.

Efter två dagar avled den enskilde på sjukhuset.

### Analys

#### Den enskildes egen förmåga till förflyttning

Den enskilde var rullstolsburen, men klarade självständigt förflyttningar mellan rullstol och säng eller mellan rullstol och toalett. Ofta hände det att den enskilde reste sig ur rullstol för att sträcka sig efter saker, exempelvis vid köksbordet. Förmågan att självständigt kunna genomföra vissa förflyttningar uppmuntrades och gångträning genomfördes som en riskförebyggande och rehabiliterande åtgärd.

#### Konstaterad fallrisk

Fallrisken var uppmärksamman av boendets olika personalkategorier. Sedan 2014-08-11 finns en dokumenterad riskbedömning i form av screening enligt Downton Fall Risk Index, DFRI med efterföljande upprättade åtgärdsplan på individnivå. Det riskförebyggande arbetet dokumenterades i kvalitetsregistret Senior Alert samt i vårdplaner i patientjournalen.

Exempel på insatser i åtgärdsplanen var utöver gångträning, assistans och/eller stöd vid förflyttningar och personlig vård, anpassning av möbler och inventarier, hjälpmedelsförskrivning, erbjudande om höftskyddsbyxor, sensorlarm och extra tillsyn samt

läkemedelsgenomgång.

### **Läkemedel**

Den enskilde var emellanåt orolig på kvällstid och mot detta sattes läkemedelsbehandling in i form av en lugnande tablett (T. Oxascand) I augusti 2014 genomfördes en läkemedelsgenomgång för den enskilde. Dock behandlades den enskilde med bara ett läkemedel stadigvarande och tablett Oxascand vid behov.

Vid en översyn över i vilken utsträckning den enskilde erhöll Tablett Oxascand konstateras ca 10 tillfällen per månad (räknat under januari samt februari 2016)

I januari 2015 påvisar prover att den enskilde eventuellt hade njursvikt, men vid efterföljande hembesök med läkare beslutas ingen vidare åtgärd med anledning av detta.

I avvikelserapporten beskrivs att den enskilde var som vanligt denna morgon, men trött. Tröttheten som möjligen kunnat påverka risken för fall kan eventuellt hänga samman med den tablett Oxascand som den enskilde fick kvällen innan fallet.

### **Fallavvikelser**

Från 2013 och framåt finns det sammanlagt rapporterat 17 fall. Två av dessa är rapporterade som fall med skada, samt en rapport om fall med allvarlig skada, vilken rör denna händelse.

Under tiden från 2014 och framåt har det rapporterats nio avvikelser rörande skyddsåtgärder. Åtta av dessa har handlat om felaktig eller utebliven användning av golvsensor.

Inga avvikelser som rör användningen av skyddsåtgärderna har sammanfallit med fallolyckor.

Vid några fall har den enskilde ropat på hjälp inifrån ett rum eller sin lägenhet och i några fall har den enskildes fall uppmärksammats av att personalen hört en duns.

Att aktivt vidta åtgärden sensorlarm har haft till syfte att förbättra möjligheterna för personalen att uppmärksamma situationer där den enskilde självständigt påbörjat förflyttning. I flera av fallavvikelserna har sensorlarmet uppmärksammat personalen om att den enskilde redan fallit och har då hittats på golvet, men vid flera tillfällen har personalen uppmärksammat att den enskilde påbörjat förflyttning på egen hand innan något fall inträffat med hjälp av sensorlarmet.

Det är svårt att hitta mönster i den fallhistorik som fallavvikelserrapporterna visar. Fall har skett vid olika tidpunkter på dagen och i olika rum. Det som förenar fallavvikelserrapporterna är att fallen har skett när den enskilde självständigt förflyttat sig.

### **En av åtgärderna som beslutades var extra tillsyn**

Någon ökad bemanning på enheten har man inte haft mot bakgrund av den identifierade risken för den enskilde. Två personal är alltid inne på varje avdelning på boendet och tre personal finns i hela huset som har fyra avdelningar, under nattetid. Enhetschef beskriver att extra tillsyner handlar mer om att ha ett extra vakande öga över personer med identifierad risk för fall.

### **Kvarstående risker för fall samt skydd för personlig integritet**

Den enskilde beskrivs som en person som självständigt ville kunna företa sig saker trots att förmågan till förflyttning var nedsatt och i viss mån riskfylld. Vid händelsen för fallet i fråga fanns personal på plats i rummet, men var vid tillfället vänd med ryggen åt den enskilde. Det finns alltid möjligheter för enskilda att tappa balansen och falla, trots att personal finns närvarande och i vissa fall i ganska nära anslutning till personen. Syftet med det riskförebyggande arbetet är att så långt det är möjligt försöka förebygga att fall inträffar. Men detta inte kan inte helt eliminera risken för att enskilda faller. Möjligtvis kan det minimera konsekvenserna för den enskilde.

Trots vidtagna åtgärder som beskrivs i dokumentationen av den enskilde har vårdgivaren inte lyckats förhindra det som inte fick hända. Detta skall sättas i relation till rätten till den personliga integriteten för den enskilde samt riktigheten i att ”övervaka” och ”passa på” personer med fallrisk, samt personalens förutsättningar för att vidta åtgärden ”extra tillsyn” för att förhindra fall.

### **Den fysiska utformningen av gemensamhetsutrymmet**

Hade personalen som befann sig i samma rum vid fallolyckan kunnat agera annorlunda? Om personalen som satt med ryggen vänd åt köket, hade suttit vänd åt andra hållet hade det eventuellt kunnat innebära att fallrisken hade upptäckts innan fallolyckan var ett faktum. Det hade lika väl kunnat vara så, liksom flera fallavvikelse rapporter beskriver, att den enskilde kunnat förflyttat sig självständigt på annan plats i boendet.

Personalen i gemensamma utrymmet hade lika väl kunnat befinna sig i ett annat rum, till exempel tillsammans med sin arbetskollega vid en omvårdnadssituation som kräver dubbelbemanning, vilket är fallet i andra fallavvikelse rapporter för samma person.

### **Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder**

Sjuksköterskan kom till boendet inom en tidsram om ca 15-20 minuter och försökte undersöka den enskilde som inte ville medverka till detta. Sjuksköterskan kontaktade läkaren på vårdcentralen och det beslutades att läkaren inom 1-2 timmar skulle komma på hembesök till den enskilde för bedömning och insats (suturering). Innan läkaren kommer ut till den enskilde väljer sjuksköterskan att omvärdera beslutet om att låta den enskilde kvarstanna i väntan på läkarkontakt och ombesörjer istället transport till sjukhus. På sjukhuset konstaterades senare samma kväll en blödning i hjärnan (subduralhematom) Den enskilde avlider efter 2 dygn.

### **Identifierade orsaker till händelsen**

Den enskilde antas av egen vilja ha rest sig ur sin rullstol och fallit mot diskbänken i köket och slagit i huvudet, vilket antas ha lett till dödlig utgång.

### **Riskbedömning**

Det kan inte helt uteslutas att liknande händelse kan inträffa i verksamheten igen. Detta med beaktande av tidigare erfarenheter kring liknande händelser som kommunicerats och gjorts kända i verksamheter av liknande art hos vårdgivaren. Risker i samband med nedsatt förmåga

till självständig vid förflyttning hos vård och omsorgstagare kvarstår. Riskförebyggande åtgärder som formuleras med anledning av händelsen syftar till att så långt det är möjligt begränsa omfattningen av konsekvensen för enskilda, om det inte går att eliminera att fallolyckor alls inträffar.

Vårdgivarens samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen tillämpar riskförebyggande arbete i enlighet med det arbetssätt som utgör grunden i kvalitetsregistret Senior Alert.

## Händelser av liknande art som tidigare inträffat i verksamheten

Händelser som kan betecknas som fallolyckor har tidigare inträffat i verksamheten. Dock ej med samma katastrofala konsekvens.

## Risikoförebyggande åtgärder

### Arbetsmodell för risikoförebyggande arbete –Senior Alert

Samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen arbetar risikoförebyggande rörande bland annat fallolyckor enligt den modell som har sin utgångspunkt i kvalitetsregistret Senior Alert. Efter samtycke från den enskilde gjordes en första riskbedömning 14-08-11, vilken sedan reviderades 14-11-14 samt 15-05-12. Då risk framkom, upprättades en åtgärdsplan i samband med den första riskbedömningen. Vid uppföljningstillfällen av åtgärdsplanen 14-11-14 lades det till en ny risikoförebyggande åtgärd i form av anpassning av belysning och ljud.

### Förbättra uppföljning av åtgärder i åtgärdsplan vid fallrisk

En arbetsmodell för risikoförebyggande åtgärder är positivt utifrån ett gott teamarbete mellan olika professioner på enheten. Att riskbedöma och upprätta åtgärdsplaner vid konstaterade risker hos enskilda är en självklar fortsättning vid identifierade risker. Dock bör det påpekas att systematisk uppföljning av antalet fall och hur insatta åtgärder fungerat behöver kontinuerligt följas upp, ibland med korta tidsintervall. Mot bakgrund av att 17 fallavvikelser rapporterats kring den enskilde hade en mer frekvent uppföljning av insatta åtgärder behövt genomföras för att tidigare upptäcka att åtgärderna inte var tillräckliga.

## Bedömning

Vårdgivaren bedömer att händelsen är en fallolycka med katastrofal utgång för den enskilde. Trots uppmärksammas fallrisk med insatta åtgärder har händelsen kunnat inträffa, och frågeställningen är därför om händelsen hade kunnat undvikas om andra/ fler åtgärder hade vidtagits i tid. Händelsen bedöms ha föregåtts av ett risikoförebyggande arbete med beslutade och genomförda risikoförebyggande åtgärder. Men trots detta har vårdgivaren inte lyckats förhindra fallolyckan med katastrofal utgång.

## Beslut

Vårdgivaren anser att händelsen är att betrakta som en fallolycka med katastrofal utgång. Då vidtagna risikoförebyggande åtgärder inte varit tillräckliga beslutar vårdgivaren att anmäla händelsen som en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg.

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)

<b>Datum:</b>	160426	
<b>Beslut har fattats av</b>	Namn: Åsa Fredriksson	Befattning/titel: MAS
<b>Underskrift</b>	Namn: <i>Åsa Fredriksson</i>	