



2019-07-01

Utredning av allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada

Händelse/avvikelsennummer: _____4992 i Treserva_____

Verksamhet: Klingsta vård- och omsorgsboende

Medarbetare involverade i händelsen (*obs skriv inte namn på personal*)

	Yrkeskategori <i>Tex, - undersköterska (USK) 1, USK 2 etc.</i> <i>T.ex. – sjuksköterska (SSK) 1, SSK 2 etc.</i> <i>Tex. Arbetsterapeut, fysioterapeut</i>	Anställningsform <i>ordinarie</i> <i>timanställd</i> <i>vikarie</i>	<i>joursjuksköterska</i> <i>omvårdnadsansvarig</i> <i>sjuksköterska (OAS)</i>
1	<i>Undersköterska natt (USK natt) 1</i>	<i>Ordinarie</i>	<i>Omvårdnadspersonal</i>
2	<i>Undersköterska dag/kväll (USK) 2</i>	<i>Ordinarie</i>	<i>Omvårdnadspersonal</i>
3	<i>Undersköterska natt (USK natt) 3</i>	<i>Ordinarie</i>	<i>Omvårdnadspersonal</i>
4	<i>Sjuksköterska 1 (SSK) 1</i>	<i>Ordinarie</i>	<i>Sjuksköterska natt</i>
5	<i>Sjuksköterska 2 (ssk) 2</i>	<i>Ordinarie</i>	<i>Ordinarie ssk</i>

Ansvarig utredare (befattning)	Kirsi Näränen Olsson, verksamhetschef
Datum för påbörjad utredning	2025-03-17
När inträffade händelsen? <i>Uppge om möjligt datum och klockslag.</i>	Händelsen inträffade 2025-03-15, någon gång mellan kl 00:26 och 00:56.
När uppmärksammades händelsen? <i>Uppge datum, klockslag och vem som uppmärksammade (se ovan i kursiv stil)</i>	USK 1 uppmärksammade att patienten ramlat kl 00:56, 2025-03-15



2019-07-01

Beskriv händelseförloppet. <i>Uppge som minst vad som hänt, vilka omedelbara åtgärder som vidtogs samt till vem händelsen rapporterades vidare.</i> Med en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kan t.ex. avses – en eller flera vidtagna åtgärder, – underlåtenhet att vidta en/ flera åtgärder, – brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation,	USK 1 kommer in i patientens lgh kl 00:56 och hittar patienten liggande på golvet mellan hallen och badrummet. USK 1 ser att patienten blöder kraftigt från huvudet och ringer jour-ssk kl 01:00. Jour-ssk säger att USK 1 ska ringa 112 och be att de skickar en ambulans. USK 1 ringer 112 kl 00:02 och ber om ambulans. Ambulans kommer och kör patienten till akuten på Danderyds sjukhus. Patienten återvänder till verksamheten från Danderyds sjukhus samma eftermiddag (15/3). Patienten har i samband med fallet fått en blödning i hjärnan. Patienten gick självständigt utan hjälpmedel innan fallet. Vid ankomsten tillbaka till verksamheten kan patienten ej längre gå, utan är sängliggande. Paramedicinsk personal förskriver en rullstol till patienten. USK 1 skriver en avvikelse (nr 4992) om fall i Tresa. Vid händelsen för fallet var patienten ordinerad rörelselarm. Det finns en tydlig markering i patientens lägenhet, en tejpad röd ruta på golvet, där rörelselarmet ska stå. Rutan markerar hur larmet ska stå och det är ej tillåtet att flytta eller ta bort rörelselarmet. Denna rutin är välkänd för all omvårdnadspersonal i verksamheten. Larmlogga natten mellan 14-15 mars visar: Kl 00:26 har personal tittat till patienten, som då sov (närvaromarkerat på NFC-tag i lgh så att dörrlarmet ej ska larma). Kl 00:56 går dörrlarmet då personal går in i patientens lgh. Kl 00:59 larmar rörelselarmet och enligt logglistan är responstiden 9 sekunder. Insatstiden är 1 timme och 47 minuter. Ovanstående tyder på att rörelselarmet ej stod på sin plats eller var rätt vänd i samband med att patienten ramlade.
--	---



2019-07-01

	Verksamhetschef startade omedelbart en utredning om vad som hänt när de boende ramlade. Verksamhetschef och HR har haft samtal med USK 1, 2025-03-18 för att höra dennes version om vad som hänt natten mellan den 14-15 mars. USK 1 menar trots larmloggorna, att rörelselarmet stod på sin plats när den boende föll den aktuella natten.
Uppge vilka källor som ligger till grund för beskrivningen ovan (journalanteckningar, listor, avvikelser, intervju med personal etc)	Logglistor för trygghetslarmet. Intervjuer med flertalet omvårdnadspersonal dag/natt som arbetar på avdelningen där patienten bor. Sjuksköterskor i verksamheten. Paramedicinsk personal i verksamheten. Avvikelse rapport för fallet. Journalanteckningar från ssk och läkare.
Hur är patientens beskrivning och upplevelse av händelsen? <i>(Om patienten inte vill eller kan uppge upplevelsen av händelsen ska det anges)</i>	Patienten är demenssjuk och kan ej själv ge någon beskrivning av vad som hänt.
Beskriv vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra. <i>Uppge både de omedelbara konsekvenserna samt om det är några kvarstående konsekvenser.</i>	Innan patienten ramlade gick hen självständigt runt på avdelningen utan hjälpmedel. I samband med fallet slog patienten huvudet och fick ett sår som blödde kraftigt. Patientens fick också en blödning i hjärnan, som ledde till att hen ej längre kunde gå. Tillbaka i verksamheten ordinerade paramedicinsk personal en rullstol då patienten ej längre kunde gå eller sitta självständigt på sängkanten. Efter hemkomsten från sjukhuset behövde patienten förflyttas med taklyft och ha dubbelbemanning. Patientens har varit mycket trött. Under sjukhusvistelsen fick patienten en urinkateter. Patientens hälsotillstånd förbättrades under tiden i verksamheten och fysioterapeut gjorde bedömningen i slutet av april att patienten kunde gå med hjälp av 1-2 personal. Såret i huvudet läkte bra och lades om regelbundet. Såret är helt läkt. Kvarstående konsekvenser efter fallet:



2019-07-01

	Självgående före fallet, men går nu för det mesta med 2 levande stöd i lägenheten. Kan sitta självständigt på sängkanten vissa dagar, men det beror på dagsformen. Använder vanlig rullstol vid förflyttning utanför lägenheten, men även i lägenheten ibland.
Utredarens analys av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen	Den korta responstiden på 9 sekunder tyder på att personal redan finns i patientens lägenhet när rörelselarmet larmar. Detta tyder också på att rörelselarmet ej stod rättvänd på sin plats i den röda rutan på golvet. Patienten hade ej hunnit ta sig hela vägen från sängen till hallen, där hen ramlar om larmet varit på sin plats. Patientens säng står längst in i lägenheten/rummet och hallen/badrummet finns i andra ändan av lägenheten (en enrummare). Larmloggan visar att USK 1 gått in i patientens lägenhet kl 22:52 och varit där under drygt 7 minuter. Hade rörelselarmet ej varit på plats borde hen uppmärksammat detta. Det har tidigare funnits rykten om att USK 1 flyttat undan rörelselarm. Två oberoende rapporter om detta kom till verksamhetschefen i skiftet januari-februari. Mötet 2025-03-18 med USK 1 tillsammans med HR var inbokat av verksamhetschef med anledning av den informationen. Kontroll av larmloggar för när USK 1 har arbetat natt har jämförts med larmloggar när andra nattpersonal har arbetat. Det finns ett mönster i rörelselarmen när USK 1 arbetar, som tyder på att hen medvetet vänder bort patienternas rörelselarm. Detta beteende gör att patientsäkerheten sätts ur spel.
Vilka beslut om åtgärder har tagits för att hindra att liknande händelser inträffar igen, eller begränsa effekterna om det inte går att förhindra helt.	Påmint all personal om att det är absolut förbjudet att flytta eller vända bort rörelselarm då detta är en skyddsåtgärd för att undvika att boende ramlar och skadar sig. Rörelselarm är ordinerat av teamet ssk och paramedicinsk personal i dialog med omvårdnadspersonal och får ej tas bort eller flyttas. Att flytta eller ta bort



2019-07-01

	rörelselarm gör att patientsäkerheten sätts ur spel. Samtal med USK 1 har genomförts: Hen har ej visat någon ånger eller att hen förstår konsekvenserna av sitt handlande av att flytta eller vända bort larm. Verksamhetschef genomför en stadigvarande förflyttning av USK 1 från nattjänst till dagtjänst med start 11/6. Förhandlingen om den stadigvarande förflyttningen med facket avslutades 2025-05-27 och medarbetaren är informerad.
Vem/ vilka ansvarar för att åtgärderna vidtas och ansvarar för att följa upp åtgärderna?	Verksamhetschef, gruppchef och sjuksköterskor följer upp och påminner omvårdnadspersonal om vikten av att boendes rörelselarm står placerade som de ska. Samtal om vilka konsekvenserna blir m man bryter mot rutinen
Beskriv hur personalen har informerats eller ska informeras om analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet	Personalen kommer på APT i juni att få information om vad utredningen visat, samt analys och bedömning. Nattpersonal fick i april under nattnöte veta att det pågår en utredning pga att rörelselarm förmodligen hade flyttats. De blev också påmind om att det är absolut förbjudet att manipulera trygghetslarm genom att t.ex. flytta eller vända bort rörelselarm.
Är närstående underrättade om händelsen och att en utredning pågår? <i>Om ja, uppge datum för underrättande</i>	Anhöriga till patienten har från början (2025-03-17) varit informerade om händelsen och att det påbörjades en utredning. Verksamhetschef har kontinuerlig kontakt med de anhöriga.
Övrig information av betydelse för utredningen <i>här kan skrivas sådant som inte passar in under andra rubriker</i>	Innan patienten ramlade hade dennes kontaktman (USK 2) uppmärksammat dottern på att patienten hade behov av antihalkstrumpor, särskilt nattetid för att inte halka om hen gick upp. 2025-03-13 lämnade dottern in ett par antihalkstrumpor till kontaktmannen, som arbetade den kvällen. Nattpersonal (USK 3) arbetade natten mellan



2019-07-01

	13-14 mars och såg att patienten hade antihalkstrumporna på sig. Patienten har duschdag på fredagar. På morgonen den 14 mars fick patienten hjälp med dusch och antihalkstrumporna hamnade i tvätten. När patienterna har duschdag brukar sängen renbäddas, tvätten tvättas och lägenheten städas. Det var olyckligt att antihalkstrumporna hamnade i tvätten, samma dag som patienten ramlade.
Bedömning	Utredningen visar att det inte förekommit brister i hälso- och sjukvårdspersonalens agerande och inte heller i verksamhetens rutiner eller i bemanning. Fallförebyggande åtgärder hade ordinerats och rutiner för utförande var kända av personalen. Av utredningen framkommer att en enskild medarbetare har underlåtit att följa rutiner trots att hen haft kännedom om rutinen. Åtgärder har vidtagits för att liknande inte ska inträffa igen. Vid händelsen så skadade sig patienten och konsekvensen är ett väsentligt ökat vårdbehov varför händelsen anmäls som en allvarlig vårdskada.
Datum för avslutad utredning. Utredning skickas till kommunens MAS	2025-05-29