

Kunskapsbanksnummer: KB1647675

Datum: 2020-02-03

## Händelseanalys

**Patient avlider oväntat efter planerad rektumamputation**

September 2019

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare

Område 2

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Uppdraget gäller att genomföra en händelseanalys kring vården av en äldre patient som inkommer från väntelistan inför en planerad operation på grund av rektalcancer. Patient genomgår en så kallad laparoskopisk rektumamputation där man opererar bort ändtarmen och syr ihop anus och lägger upp en permanent stomi. Postoperativt är patienten förvirrad och faller vid ett par tillfällen under vårdtiden. Patienten har under vårdtiden fått i sig dåligt med mat och dryck och enligt rapporterade mätvärden har patienten också kissat snålt hela vårdtiden (mellan 300-700ml/dygn). Ingen vikt har tagits på patient efter operation. Patient är också sängliggande mycket efter operationen och ådrar sig ett begynnande trycksår. Inför planerad hemgång görs en vårdplanering men i väntan på utskrivning insjuknar patient med svart avföring och sjunkande blodvärde som tecken på blödning i magtarmkanalen. Ansvarig läkare ordinerar blodtransfusioner samt läkemedel för att skydda magsäcken. Någon gastroskopi görs inte för att lokalisera och behandla blödningsskällan och patientens vitalparametrar följs inte enligt rutin för misstänkt blödning i magtarmkanalen, inte heller blodvärdes-kontroller. Patient hittas avliden i sängen kl. 06.00 på morgonen 10 dagar postoperativt. Obduktionen visar blödande sår i magsäcken, patientens hjärt-kärlsjukdom har varit bidragande till dödsfallet.

De enskilt viktigaste bakomliggande orsakerna som identifierats av analysteam är; otydlighet i vem som ansvarar för att och när riskbedömningar och planer för fall, trycksår och undernäring följs upp och dokumenteras. Bristande kunskap om basala kirurgiska omvårdnadsåtgärder såsom fallrisk hos sköra äldre och patienter med förvirring, kunskap kring handläggning av fallhändelser och bristande kunskap om ERAS (ett standardiserat vårdprogram för förbättrad återhämtning efter kirurgi). Även brister i struktur kring nytt dokumentationssätt som lett till oklarheter kring vem som ska dokumentera vad och även bristande struktur kring vilka uppgifter som ska göras under varje arbetspass har identifierats. Analysteamet har även identifierat brister i handläggandet av misstänkt blödning av magtarmkanalen gällande dokumentation av fortsatt planering, bristande kännedom om befintlig rutin om akut handläggande vid blödning i magtarmkanalen samt att ingen av hälso- och sjukvårdpersonalen var "på tårna" med denna patient trots tydliga risker för att utveckla allvarig blödning samt skörhet på grund av ålder och kronisk hjärtsjukdom som leder till sämre prognos.

De enskilt viktigaste åtgärdsförslagen som analysteamet kommit fram till är; fallgenomgång för avdelningspersonal med diskussion för lärande, fallgenomgång på läkar-APT. Spridning och utbildning av befintliga rutinen gällande blödning i magtarmkanalen, intern utbildningsinsats inom kirurgisk vård som innefattar utbildning av ERAS-konceptet, utbildning av sköra äldre, fallprevention samt SBAR (ett strukturerat kommunikationshjälpmedel). Hjälpmedel för tydligare struktur för vem som ska göra vad och när, såsom både checklista för vilka åtgärder som ska genomföras under ett arbetspass men även förtydligande i arbetsbeskrivning där det framgår vem som ansvarar för att öppna och dokumentera riskbedömningar och eventuella planer för risk och vid vilken tidpunkt under patientens vårdtillfälle.

## 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.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	9
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	11
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	11
4.5	Åtgärdsförslag.....	11
5	Tidsåtgång .....	12
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	13
6.1	Åtgärder.....	13
6.2	Återkoppling .....	13
6.3	Uppföljning .....	13
7	Ordförklaringar .....	15
8	Bilagor.....	16

## 1 Uppdrag

Äldre patient inkommer från väntelistan inför en planerad operation på grund av rektalcancer. Genomgår en rektumamputation. Postoperativt är patienten konfusorisk och faller vid ett par tillfällen under vårdtiden. Inför planerad hemgång görs en vårdplanering men i väntan på utskrivning insjuknar patient med svart avföring och sjunkande blodvärde som tecken på gastrointestinal blödning. Ansvarig läkare ordinerar blodtransfusioner samt protonpumpshämmare i endos. Någon gastroskopi görs ej och patientens vitalparametrar följs ej. Patient hittas avliden i sängen 10 dagar postoperativt. Obduktionen visar ulcerationer i magsäcken.

Härmed ger jag analysledare och överläkare samt specialistsjuksköterska och verksamhetsutvecklare i uppdrag att för verksamhetens räkning genomföra en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen. Vid genomgång av patientens journal framkommer bristande dokumentation avseende nutrition och vätsketillförsel, detta trots att patienten haft högt kreatinivärde och svårt för att få i sig tillräckligt med mat och dryck. Det saknas också en plan för fallrisk trots att man redan vid inskrivning noterat en ökad fallrisk. Det saknas också dokumentation om vitalparametrar för sista vård dygnet trots att man noterat ett fall i blodvärde från 93 till 64 samt att patienten fallit.

### 1.1 Uppdragsgivare

Område 2  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-10-17

Startdatum: 2019-10-17

### 1.3 Återföringsdatum

2020-02-11

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Kirurgi Östra
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Kirurgi Östra
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Kirurgi Östra
Analysteammedlem / Sektionsledare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Kirurgi Östra

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal: SSK x 4, Avancerad specialistsjuksköterska, Avdelningsläkare, bakjour, primärjour, undersköterska natt
- genomgång av patientfall med diskussion på vårdavdelning
- Intervju med expert/sakkunnig: Överläkare övre gastro kirurgi
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner: Rutinerna "Ulcus, blödande ulcus", "Fallprevention", "Konfusion" samt "NEWS 2-Gemensamt bedömningssystem för vitalparametrar"

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Dag 1

Äldre man med högt blodtryck sedan tidigare genomgår planerad rektumamputation med titthålsteknik för cancer i ändtarmen. Patient har inför operation nedsatt aktivitetsnivå och går väldigt dåligt på grund av smärtor i fötter.

1.

Dag 2 natt

Patient vårdas på uppvakningsavdelning. Är oklar och får lugnande. Får blodtryckshöjande medicin för att hålla ett bra blodtryck.

2.

Dag 2

Patient flyttas till vårdavdelning. Äter och dricker. Är under dagen klar och adekvat men blir under natten förvirrad igen. Drar ut sitt aktiva drän.

Patient har enligt inskrivningsanteckning risk för undernäring, plan för undernäring finns inte.

Utebliven plan vid undernäring trots riskbedömning inför operation som beskriver risk för undernäring. Detta saknas även under resten av vårdtiden.

Riskbedömning och plan för trycksår dokumenteras inte vid ankomst till avdelningen trots hög ålder och nedsatt fysisk förmåga. Riskbedömning för trycksår ska genomföras och dokumenteras inom 8 timmar efter ankomst till vårdavdelning.

3.

Dag 3

Patient upplevs klar under förmiddagen men faller under eftermiddagen ut ur sängen. Sänggrindar var uppe. Får ett skrapsår på näsan och ögonbrynet. Uppges må väl efter fallet men är förvirrad och svårbedömd.

Plan för fallrisk saknas trots genomförd riskbedömning inför operation som visar förhöjd fallrisk.

Utebliven kontroll av vitala parametrar i samband med fall. Det finns ingen tydlig riktlinje som beskriver att detta måste göras, men analysteamet anser att detta ansvar ligger hos sjuksköterskan för att kunna göra en helhetsbedömning av en patient som av oklar anledning ramlar. Vitala parametrar kan också ses som ett utgångsvärde vid en eventuell framtida försämring och är också ett underlag för eventuell kontakt med läkare.

4.

Dag 4 Natt

Patient ramlar på nytt under natten. Faller från stående höjd. Inga synliga skador.

Fortfarande inte plan för fallrisk dokumenterad.

Uteblivna kontroller av vitala parametrar i samband med fall. Utebliven reflektion/bedömning kring varför patienten faller på nytt.

5.

Dag 4

Plan vid fallrisk dokumenteras. Patient kissar snålt och har gjort det även under gårdagen (500 respektive 300 ml). Erhåller en liter dropp. Patient är fortfarande tidvis förvirrad.

Ingen vikt efter operation är tagen (tas inte någon gång under vårdtillfället). Ska enligt rutin tas varje dag.

6.

Dag 5

Läkarundersökning efter fall för 1,5 dygn sedan. Noteras smärta i vänster höft. Genomgår röntgen av höftled och bäcken som inte visar någon fraktur. Sätts in på vätskedrivande på grund av fortsatt snål urinproduktion.

Utebliven kontroll av vätskebalans vid ordination av vätskedrivande. Bristande underlag för ordination. Mycket osäkert om det faktiskt var vätskedrivande patient behövde eller mera vätska, då det fortsatt saknas postoperativ vikt samt dokumentation av vätskelista.

7.

Dag 6

Patient är fortfarande oklar och plockig.

8.

Dag 7 till 9

Enligt journal kissar patient fortfarande snålt sedan operation (mellan 300 och 700 ml per dygn). Förutom en anteckning från sjuksköterska om att ny urinkateter sätts efter försök att avveckla denna finns endast rondanteckning dokumenterad dessa dagar där det framgår att patient fått i sig lite mat och dryck. Inga dropp är givna. Patient är fortfarande förvirrad nattetid.

Utebliven uppföljning av vätskebalans.

Utebliven dokumentation om flera omvårdnadsåtgärder såsom gällande nutrition, elimination, aktivitet.

9.

Dag 10 Natt

Patient ramlar under natten inne på sitt rum. Hittas liggandes på vänster sida. Kirurgjour kontaktas som undersöker patient. Inga synliga skador. Vitala parametrar kontrolleras som är normala.

10.

Dag 10 Förmiddag

Helgrondande läkare ordinerar kontroll av blodvärde på grund av fall under natten samt att det legat lite lågt tidigare. Patientens blodvärde sjunkit från 93 till 64 på ett dygn. Ordinerar 2 påsar blod och nytt blodvärde efter detta.

Utebliven dokumenterad bedömning av orsak till sjunkande blodvärde.

Utebliven ordination av kontroller av puls och blodtryck i samband med misstänkt blödning.

11.

Dag 10 Eftermiddag

Kontroll av patientens vitala parametrar genomförs kl. 15. Alla värden är normala. Patient är mestadels sängliggande och det noteras en rodnad i sacrum (trycksår). Patient flyttas över på en trycksavlastande madrass. Patient får även i sig dåligt med mat och mår illa. Vårdpersonal noteras också svart avföring i stomin. Jour vidtalas. Primärjour samt bakjour kommer upp och bedömer patient. Sätter in medicin som skyddar magsäcken till kvällen.

Utebliven dokumentation av plan vid trycksår.

Fortsatt utebliven ordination av puls och blodtryck trots hög misstanke om blödning i magtarmkanalen.



12.

Dag 10 Eftermiddag / Kväll

Blodvärde stiger från 63 till 84 på två påsar blod. Sjuksköterska tar även infektionsprover samt njurfunktionsprover. Visar ökande infektionsprover samt ett förhöjt njurfunktionsprov (från 89 dagen innan till 122). Läkare kontaktas som ordinerar en liter dropp då njurfunktionsvärdet tyder på uttorkning samt en påse blod till.

Utebliven ordination av puls och blodtryck. Även utebliven ordination av Hb-kontroll

13.

Dag 11 Natt

Vitala parametrar kontrolleras igen vid kl. 23. Har då ett sjunkande blodtryck från 132/62 till 108/62. Puls är nu oregelbunden. Andningsfrekvens har ökat från 16 till 19 andetag per minut, kroppstemperatur är låg, 35,7 grader (NEWS-poäng 4) Den ordinerade påsen blod ges aldrig. Inga nya kontroller av vitala parametrar tas under natten. Patient uppges varit vaken mycket under natten och lite oklar stundtals.

Utebliven administrering av ordinerat läkemedel (blod) i samband med misstänkt pågående blödning.

Utebliven omkontroll av vitala parametrar trots försämring, man har inte följt NEWS2-rutin. Även om läkarordination på puls och blodtryck saknas så säger NEWS-rutin att vid NEWS-poäng 4 ska NEWS kontrolleras om inom 4-6 timmar.

Utebliven dokumentation om det fortsätter komma svart avföring från stomi.

Dag 11 kl. 06

Patient påträffas livlös i sängen. Hjärt-lungräddning påbörjas men avslutas efter 20 minuter på grund av asystoli (hjärtstillestånd) och att kroppen är kall. Obduktion visar blödande sår i magsäcken, tidigare hjärt- och kärlsjukdom kan ha bidragit till dödsfallet.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation samt Teknik, utrustning & apparatur.

Kommunikation & information

Bristande dokumentation om fortsatt planering vid misstänkt blödning i magtarmkanalen. *Analysteamet noterade brister i dokumentation då fortsatt handläggning och plan vid misstänkt blödning i mag-tarmkanalen inte dokumenterades. Viktiga resonemang såsom "avsteg" från åtgärd på grund av patientens "skick" måste dokumenteras.*

Kommunikation & information

Bristande kännedom om rutin "Ulcus-blödande ulcus" där akuta handläggande vid blödning i magtarmkanalen beskrivs. *Hade rutinen följts hade kontroller av blodtryck, puls och blodvärde ordinerats.*

Kommunikation & information

Bristande struktur kring nytt dokumentationssätt som leder till oklarheter kring vem som ska dokumentera vad. *Vårdavdelningen hade nyligen infört förändring i dokumentationen som ledde till otydligheter i vad som skulle dokumenteras i omvårdnadsanteckning respektive rondanteckning. Därför dokumenterades inte viktig information om omvårdnadsåtgärder.*

Kommunikation & information

Brister i kommunikation mellan arbetslag. *Överrapporterad ska ske enligt strukturerad kommunikation, SBAR. Om strukturen inte följs finns risker för att viktig information missas att överrapporteras.*

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande kunskap kring ERAS och urinmängd. Låg urinmängd ska bara godkännas när patient är välmående i övrigt och tillgodogör sig sitt vätskebehov själv. *Enligt ERAS-konceptet följs en rad åtgärder för att förbättra återhämtningen efter kirurgi. Bland annat innebär detta att undvika övervätskning av patienter och föredra vätska per oralt. Snål urinmängd är accepterat så länge patienten mår väl och får i sig vätska.*

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande kännedom om rondrutin hos nya medarbetare, där mätvärden tillsammans med mycket annat ska kontrolleras vid varje pass. *Enligt rondrutin ska en SBAR-rondmall följas för att rondens ska ske på ett strukturerat sätt och viktiga saker inte missas att diskutera.*

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande struktur kring vilka uppgifter som ska göras vid varje pass. Avsaknad av checklista för att inte missa viktiga uppgifter. *Flera av vårdpersonalen har sina dagliga uppgifter "i huvudet" och skriver inte ner dessa som en checklista. När akuta situationer kommer i mellan eller när uppgifterna kräver stöd av annan kollega som inte är tillgänglig är det lätt att dessa uppgifter glöms bort, och därmed inte heller rapporteras över till nästa arbetslag.*

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Otydlighet i vem som ansvarar för att riskbedömningar och planer följs upp och dokumenteras. *Både sjuksköterskor och undersköterskor kan dokumentera riskbedömningar och planer. I dagsläget finns ingen struktur kring vem av personalkategorierna ska ansvara för att detta dokumenteras vilket ökar risken för att detta missas.*

#### Utbildning & kompetens

Bristande kunskap kring fallrisk hos sköra äldre och patienter med förvirring. *Under analysen framkommer att vårdpersonalen inte trodde att patienten skulle kunna klättra över grindarna och falla ur sängen då patienten tidigare under dagen inte klarade av att mobiliseras med hjälp av flera vårdpersonal. För patienter som är förvirrade är dock grindar en riskfaktor då fallet blir högre och skadan därmed kan bli allvarligare.*

#### Utbildning & kompetens

Bristande kunskap kring handläggning av fallhändelse. *Under de två första fallhändelserna togs inga kontroller av vitala parametrar. Analysteamet ser detta som en brist då det är svårt att göra en fullständig bedömning av en patient som har ramlat av oklar anledning utan dessa mätvärden.*

#### Utbildning & kompetens

Ingen av hälso- och sjukvårdpersonalen var "på tårna" med denna patient, trots tydliga risker för att utveckla allvarlig blödning samt skörhet på grund av ålder och kronisk hjärtsjukdom som leder till sämre prognos. *Det framkommer under analysen att ingen av hälso- och sjukvårdpersonalen var orolig för patienten under dennes sista vårddygn trots kraftigt sjunkande blodvärde och senare under kvällen även sviktande vitala parametrar.*

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra upptäckta risker har identifierats.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnad och kvalitetsbristkostnad har inte beräknats i analysen.

### 4.5 Åtgärdsförslag

Fallbeskrivning (morbidity & mortalitetskonferens) för avdelningspersonal med diskussion för lärande. *Fallbeskrivning har genomfört vid flera tillfällen efter händelsen där händelseförloppet presenterats med felhändelser. Vårdpersonalen har under tillfället fått möjlighet att diskutera frågeställningar såsom "Varför blev det så här", "Vad hade vi kunnat göra annorlunda" och "Vad behöver vi för att samma händelse inte ska ske igen".*

Fallgenomgång på läkar-APT. *Händelsen kommer belysas på läkar-APT för diskussion och lärande.*

Förtydligande i arbetsbeskrivningar för undersköterskor och sjuksköterskor. *I arbetsbeskrivning görs tillägg för vem som ansvarar för att dokumentation av riskbedömningar och planer genomförs.*

Förändring av nya dokumentationssättet samt utbildningsinsats kring det nya dokumentationssättet. Avdelningen har utsett dokumentationsexperter som finns tillgängliga för frågor. *Det nya dokumentationssättet har reviderats för att skapa en tydligare dokumentation där det blir enklare att få en överblick över patientens mående, tidigare händelser under vårdförloppet samt omvårdnads mål.*

Intern utbildningsinsats inom kirurgisk omvårdnad. *Vårdpersonal kommer delas in i mindre grupper som under en heldag kommer genomgå utbildning i olika områden gällande kirurgisk omvårdnad. Bland kommer dagen innehålla undervisning i ämnena sköra äldre, fallprevention och förvirring, ERAS och SBAR.*

Spridning och utbildning kring rutin "Ulcus-blödande ulcus" för all vårdpersonal. *Rutinen kommer lyftas på respektive enhets APT samt i kvalitet- och patientsäkerhetsgruppen. Rutinen ger en vägledning för handläggning av patienter med blödande magsår av olika svårighetsgrader och är ett bra hjälpmedel för att identifiera försämring hos patienter för att kunna sätta in adekvat behandling.*

Tydligare introduktion och ökat stöd från seniora läkare till nya läkare kring vilka rutiner som gäller för rondande av avdelning. *Med stöd av nyligen tillträdd vårdöverläkare kommer nya läkares introduktion stärkas upp. Förändring i planeringen av läkarna schema kommer leda till högre närvaro av seniora läkare på vårdavdelningen.*

Utformande av checklista som ska följas under varje pass, för att minska risken för att saker missas och inte överrapporteras till nästkommande arbetspass. *Checklistan kommer bestå av en rad åtgärder som är vanligt förekommande vid omvårdnad av patient såsom kontroller av vikt, blodsocker-värde, vitala parametrar och såromläggningar.*

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Fallbeskrivning (morbidity och mortalitetskonferens) på vårdavdelning	Beskrivs närmare i under åtgärdsförslag.	Verksamhetsutvecklare	2019-11-11
Genomgång av händelse på verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhetsmöte		Verksamhetsutvecklare	2019-10-02
Genomgång av händelse på verksamhetens ledningsgruppsmöte		Verksamhetsutvecklare	2019-10-07

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	35
För analysteam	6
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	41

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Fallgenomgång av händelsen samt genomgång av aktuella rutiner såsom ” ulcus-blödande ulcus” på läkar- APT samt morbiditets och mortalitetskonferens tillsammans med övriga medarbetare på berörd enhet har redan inplanerats respektive genomförts med stöd av sektionschef, vårdenhetschef och verksamhetsutvecklare.

Ett nytt dokumentationssätt var nyligen infört på enheten i samband med händelsen och då utredningen visade att det fanns oklarheter om både hur, var, vem och när man skulle dokumentera har utbildning av personal fortsatt under vintern och dokumentationsexperter utsetts på enheten.

Under våren planerar enheten utbildningsdagar med fokus på SBAR, sköra äldre, ERAS och fallprevention för hela personalgruppen. Utredningen har också indikerat att det finns ett behov av att tydliggöra arbetsbeskrivningar för undersköterskor och sjuksköterskor med särskilt fokus på vad respektive yrkeskategori förväntas utföra under olika arbetspass. För att ytterligare förtydliga arbetsuppgifter och minska risken för att viktiga uppgifter missas under ett arbetspass finns förslag på att upprätta en checklista.

Utredningen har också identifierat ett behov av att förbättra introduktionen av nya läkare samt erbjuda ett bättre stöd till oerfarna läkare som tjänstgör på vårdavdelning. Det finns redan en utförlig skriftlig introduktion till nya läkare. Sedan årsskiftet har vi en vårdenhetsöverläkare, VÖL, som tillsammans med sektionschef ska kunna öka stödet och närvaro av specialistläkare på vårdavdelningen.

### 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen presenteras och diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp samt återförs till läkargruppen och berörda enheter på respektive arbetsplatsträff (APT). Händelseanalysen kommer finnas tillgänglig för samtliga medarbetare genom sin publicering på interna hemsidan. Berörda anhöriga kommer erbjudas ett återbesök för återkoppling och information om vad utförd analys kommit fram till.

### 6.3 Uppföljning

Fallbeskrivning, morbiditets & mortalitetskonferens, samt genomgång av händelsen på berörd enhet, i verksamhetens ledningsgrupp samt vid verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhetsmöte är redan genomfört under höst 2019. Uppföljning av effekten av genomförda åtgärder kommer ske genom granskning av liknande händelser genom bland annat PIR\*, stickprov, avvikelser samt månatlig mätning av andel patienter med riskbedömningar och planer för trycksår, fall och undernäring.

\* Patientsäkerhet i Realtid (PiR) är en metod som avser att studera kvalitet och patientsäkerhet. Granskningen sker under pågående vårdtillfälle och patientansvariga vårdteamet får återkoppling samma dag. I samband med återkopplingen till vårdteamet och enhetens chefer ges möjlighet till reflektion, lärande samt att korrigera missförstånd, negativa händelser och förebygga vårdskador redan under pågående vård.

<http://intra.sahlgrenska.se/sv/SU/Kvalitet/Patientsakerhet/Journalgranskning/Patientsakerhet-i-Realtid--en-metod-for-larande/>

## 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
Rektumamputation	Kirurgisk avlägsnande av ändtarm och anus.
Vitala parametrar	Mätvärden såsom puls, blodtryck, andningsfrekvens, syrgasmättnad och kroppstemperatur
Ulcus	Magsår
ERAS	Står för enhanced recovery after surgery och är ett standardiserat åtgärdsprogram som syftar till förbättrad återhämtning efter operation.
NEWS	Står för national early warning score och är ett bedömningsinstrument för att identifiera patienter i risk för kritisk sjukdom.

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf