



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

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.

3. Patient upplevs klar under förmiddagen men faller under eftermiddagen ut ur sängen. Sänggrindar var uppe. Får ett skrapår 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.

4. 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. 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.

Personal minns inte varför riskbedömning och plan för trycksår inte genomfördes.

Riskbedömning från inskrivningen uppmärksammas inte. Vårdpersonal minns inte varför åtgärder och uppföljning gällande nutrition och risk för undernäring inte dokumenterats under vårdtid.

Vårdpersonal minns inte varför plan vid risk för fall inte gjorts. Men minns att patient var väldigt svårmobiliserad. De räknade inte med att patient skulle kunna ta sig ur sängen på egen hand.

Vårdpersonal minns inte varför kontroller inte togs i samband med fallhändelse. Olika uppfattning kring huvuvvida detta är nödvändigt i arbetsgruppen.

Ingen kan minnas varför det missats att ta vikt på denna patient efter operation. Alla vet om att vikt ska tas.

Undersköterskor upplever sig ensamma under morgonarbetet utan stöd från sjuksköterska. Ibland missas det att ta vikt då på patienter där det krävs fler personal vid mobilisering.

Utbildning & kompetens
 Otydlighet i vem som ansvarar för att och när riskbedömningar och planer följs upp och dokumenteras.

Utbildning & kompetens
 Bristande kunskap kring fallrisk hos sköra äldre och patienter med förvirring.

Utbildning & kompetens
 Bristande kunskap kring handläggning av fallhändelse.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
 Bristande struktur kring vilka uppgifter som ska göras vid varje pass. Avsaknad av checklista för att inte missa viktiga uppgifter.

Förtydligande i arbetsbeskrivningar för undersköterskor och sjuksköterskor

Intern utbildningsinsats inom kirurgisk omvårdnad

Utformande av checklista som ska följas under varje pass, för att minska risken för att saker missas och inte överrapporteras till nästkommande arbetspass.

Dag 5

Dag 6

Dag 7 till 9

Dag 10 Nat

Dag 10 Förmiddag

Dag 10 Eftermiddag

6. Läkareundersökning 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 postoperativt vikt samt dokumentation av vätskelista.) - flyttas till rapport.

7. Patient är fortfarande oklar och plockig.

8. 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 snurrig nattetid.

Utebliven uppföljning av vätskebalans.

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

9. 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. Helgröndande 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. 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 vitalas. 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.

Rondande läkare som gör sin första vecka på vårdavdelningen har inte uppmärksammat att vikt inte tagits. Bara fått rapport om att patient fick dropp under gårdagen och ser ett njurfunktionsvärde som blivit normaliserat de senaste dagarna. Tror då att patient inte kissar snålt på grund av uttorkning utan snarare behöver vätskedrivande.

Många sjuksköterskor upplever svårigheter att veta vad som är en godkänd diures. Patienter ska väras enligt ERAS (vårdprogram för förbättrad återhämtning efter kirurgi) och får då höra att snål diures inte är farligt.

Nytt dokumentationssätt hade införts på den avdelningssida där patient vårdades dessa dagar. Det rådde oklarheter kring vad sjuksköterskorna skulle dokumentera och inte.

Läkare misstänkte blödning i magtarmkanalen, men var inte orolig för patient då hen ändå var stabil. Upplövde att patient fick adekvat behandling i form av blod. Resonemang fördes kring att man inte skulle göra mer invasiv åtgärd såsom gastroskopi där och då. Detta dokumenterades dock inte.

Läkare tänkte inte på att ge tydlig ordination av kontroller. Är vana vid att sjuksköterskor på denna vårdavdelningar är bra på att avgöra detta själv. Dock är personal på denna avdelning inte helt vana vid akuta gastrointestinala blödningar av denna form.

Kan inte svara på varför risk för trycksår inte uppmärksammas under vårdtid utan menar att de i vanliga fall är bra på att uppmärksamma detta.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Bristande kännedom om rondrutin hos nya medarbetare, där mätvärden tillsammans med mycket annat ska kontrolleras vid varje pass.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Bristande kunskap kring ERAS och urinmängd. Låg urinmängd ska bara godkännas när patient är välmående i övrigt och tillgodgör sig sitt vätskebehov själv.

Kommunikation & information

Bristande struktur kring nytt dokumentationssätt som leder till oklarheter kring vem som ska dokumentera vad.

Kommunikation & information

Bristande dokumentation om fortsatt planering vid misstänkt blödning i magtarmkanalen.

Kommunikation & information

Bristande kännedom om rutin "Ulcer- blödande ulcer" där akuta handläggande vid blödning i magtarmkanalen beskrivs.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Otydlighet i vem som ansvarar för att riskbedömningar och planer följs upp och dokumenteras.

Tydligare introduktion och ökat stöd från seniora läkare till nya läkare kring vilka rutiner som gäller för rondande av avdelning.

Intern utbildningsinsats inom kirurgisk omvårdnad

Förändring av nya dokumentationssättet samt utbildningsinsats kring det nya dokumentationssättet. Avdelningen har utsett dokumentationsexperten som finns tillgängliga för frågor.

Fallgenomgång på läkar-APT

Spridning och utbildning kring rutin "Ulcer- blödande ulcer" för all vårdpersonal.

Förtydligande i arbetsbeskrivningar för undersköterskor och sjuksköterskor

Dag 10 Eftermiddag / Kväll

Dag 11 Nat

Dag 11 kl 06

12. 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. 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.

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

Varken sjuksköterskor eller läkare upplevde patienten som akut dålig.

Sjuksköterska fick aldrig upplevelse av att patient varit akut dålig eller hade en akut blödning. Förstod det som att patienten haft ett sjunkande blodvärde under vårdtid och därför fick blod.

Varken sjuksköterska eller undersköterska kan minnas att de fick rapport om att det kommit svart avföring. Har därför inte noterat detta under natten.

Sjuksköterska reagerade på den oregelbundna pulsen men inte på de övrigt försämrade vitalparametrarna.

Tänkte ge blodet klockan 06 istället, då patient var snurrig nattetid och hen inte uppfattade detta som en akut åtgärd.

Funderade på att ta ett EKG men tänkte först ta om pulsen under natten. Kom andra saker i mellan och tänkte därför göra det klockan 06.

Utbildning & kompetens
Ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen 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.

Kommunikation & information
Brister i kommunikation mellan arbetslag.

Inga bakomliggande orsaker identifierade
Enskild händelse och inte ett systemfel.

Fallbeskrivning (M&M) för avdelningspersonal med diskussion för lärande.

Fallgenomgång på läkar- APT

Intern utbildningsinsats inom kirurgisk omvårdnad