

Slutet av oktober

Dag 1 (onsdag) kl. 12:00

Dag 1 (onsdag) kl. 13:00

Dag 1 (onsdag) kl. XX:XX

Dag 2 (torsdag) kl.13:00- 17:00

Dag 2 (torsdag) kl.
ca 20:00

Patienten söker akut på sjukhus pga ikterus (gulstot), illamående, matleda och ökat bukutfyllnad. Blodprover tas och visar på förhöjda levervärden. Patienten genomgår ultraljud som visar leverpatologi och stor misstanke om malignitet. Ultraljundsundersökningen visar även att patienten har en portatrombos (blodpropp i portaådern). Patienten blir därför insatt på injektion Fragmin 10000 IE 2 gånger/ dag. Patienten utreds vidare med CT- och MR- undersökningar. Leverbiopsi utförs. Patienten genomgår även en gastroskopi som visar esofagusvaricer, grad 1. Patientens fall dras på behandlingskonferens.

I början av november planeras att patienten ska genomgå en PTC (Perkutan Transhepatisk Kolangiografi) med avlastning på grund av gallstas, samt en ny leverbiopsi. Vid inskrivningsbesöket inför åtgärden informeras patienten om uppehåll med inj. Fragmin kvällen innan samt undersökningsdagens morgon.

På grund av resursbrist på hemsjukhuset den planerade dagen stryks den planerade undersökningen/ ingreppet. Dagen efter (på eftermiddagen) skrivs remiss för PTC/ biopsi till annat sjukhus i regionen (den aktuella förvaltningen).

1. Planeringssjuksköterska från hemsjukhuset ringer upp patienten och meddelar att patienten kommer att bli hämtad av taxi och körd till annat sjukhus i regionen för det planerade ingreppet.

Ingen felhändelse

2. Patienten skrivs in av kirurgläkare 1 på kirurgavdelning A för att genomgå planerad PTC, samt leverbiopsi. Kirurgläkare 1 sätter tillfälligt ut patientens Fragmin. Kirurgläkare 2 narkosanmäter patienten.

Ingen felhändelse

3. Patienten sövs och genomgår planerad PTC. Får internt och externt drän. Radiologläkare 1 beskriver proceduren som komplex. På grund av detta samt att patienten fått Fragmin på morgonen planeras leverbiopsin om till annan dag.

Ingen felhändelse

4. På grund av smärtor och behov av smärtlindring planeras patienten få en EDA- kateter (epidural analgesi). Blödningsprover tas för att värdera patientens blodlevringsförmåga; PK värde under förmiddagen visar 1,9, APTT 48.

Plasma ordinerar för koagulationen, ges kl 13:25 och 14:10.
Nya prover tas kl 14:00, PK 1,2 och APTT 28.
Blödningsstest (ROTEM) ordinerar och utförs 16:47

Ingen felhändelse.

5. Patienten får en EDA- kateter.

Ingen felhändelse.

Dag 3 (fredag)
kl. 12:00

Dag 3 (fredag)

Dag 5 (söndag)
kl. 14:10

Dag 6 (måndag)
kl. 11:26

Dag 6 (måndag)
kl. 16:25

Dag 6 (måndag)
kl. 17:05

Dag 7 (tisdag)

6. Patienten genomgår leverbiopsi.
Ingen felhändelse.

7. Kirurgläkare 3 återinsätter Fragmin med start klockan 08:00 nästkommande dag.

Patienten har feber och blododlas därför. Antibiotika ordineras.

Patienten flyttas till kirurgavdelning B, specialiserad på patientens sjukdomstillstånd.
Ingen felhändelse.

8. Sjuksköterska 1 noterar i journal: EDA 8 ml/ h sänk måndag?

Patienten ordineras fasta efter midnatt för ställningstagande under morgondagen till ev nytt ingrepp på grund av höga levervärden.
Ingen felhändelse.

9. Patientens EDA-dos sänks från 8 ml/ h till 6 ml/ h
Ingen felhändelse.

10. Nya blodprover som tagits på morgonen visar att patientens PK är 1,3 och APTT 35' (ej inom referensintervall). Kirurgläkare 4 noterar att patientens bilirubin fortfarande är högt, 493, trots PTC fem dagar tidigare. Tar kontakt med röntgenläkare 1 för diskussion. Radiolog ser inte möjlighet med ytterligare avlastning. Kirurgläkare 4 tar beslut att patienten får börja äta och dricka, att patienten skall ha sin Fragmindos och att EDA ska trappas ut.
Felhändelse:
1. Det ordinerades inte omkontroll av PK och APTT inför den planerade borttagningen av EDA-katetern
2. Det upprättades ingen dokumenterad plan för ordinationsjustering av Fragmindosering i enlighet med PM inför den planerade borttagningen av EDA-katetern.

11. Patientens EDA- dos sänks från 6 ml/ h till 4 ml/ h. Får kvällsdos inj. Fragmin 10000 IE enligt ordination.
Felhändelse:
Det upprättades ingen dokumenterad plan för ordinationsjustering av Fragmindosering i enlighet med PM inför den planerade borttagningen av EDA- katetern.

12. Patientens EDA går med 4 ml/ h. Får inj. Fragmin 10000 IE morgon och kväll enligt ordination.
Felhändelse:
Det upprättades ingen dokumenterad plan för ordinationsjustering av Fragmindosering i enlighet med PM inför den planerade borttagningen av EDA- katetern.

1.Orsak:
Läkare och sjuksköterska diskuterade inte avvikande blödningsprover och betydelsen av detta inför dragningen.

2. Orsak:
Läkare fick ingen indikation på att ändring av Fragmindosen behövde göras.

2. Orsak:
Läkare och sjuksköterska diskuterade inte vilken dos Fragmin patienten stod på och betydelsen av detta inför dragningen.

Utbildning & kompetens
Det är inte tillräckligt känt hos läkare och sjuksköterskor på kirurgkliniken att blödningsprover som inte ligger inom referensintervall bör omkontrolleras och korrigeras till normalvärde/ alt. riskvärderas inför dragning av EDA- kateter.

Utbildning & kompetens
Det är inte tillräckligt känt hos läkare och sjuksköterskor på kirurgkliniken vilka tidsgränser som gäller vid Fragminbehandling och dragning av EDA, dvs om patienten står på en dos <5000 IE/ dygn ska det gå 10 timmar mellan sista injektion och dragningen och om patienten står på en dos> 5000 IE/ dygn så ska det gå 24 H mellan sista dos Fragmin till dess att EDA kan dras.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Det finns inget standardiserat arbetssätt för avveckling av EDA utifrån rutinen.

Åtgärdsförslag:
Genomföra utbildningsinsatser för läkare och sjuksköterskor på kliniken gällande EDA.

Åtgärdsförslag:
Skapa checklista för att understödja ett standardiserat arbetssätt för avveckling av EDA. Checklistan ska beskriva vem som ska göra vad och när innan EDA kan dras.

Åtgärdsförslag:
Utarbeta ny rutin i enlighet med checklista. När sänkningen av EDA fungerat (patienten smärtfri/ insatt på peroral smärtlindring som fungerar), stängs EDA av. Ordination av Fragmin kontrolleras och ändras vb. EDA kan därefter dras efter PM rekommenderad tid.

Dag 8 (onsdag)
kl. 08:00

13.
Patientens EDA- infusion stängs av.

Patienten får sin morgondos inj. Fragmin, 10 000 IE.

Felhändelse:
Fragminet gavs trots att det var planerat att dra EDA:n senare under dagen.

Orsak:
Sjuksköterska 2 reflekterade inte över att Fragminet inte skulle ges.

Orsak:
Fragminet var inte "kryssat" i läkemedelslistan inför den planerade dragningen av EDA:n.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Det finns inget "larmsystem" som gör läkare och sjuksköterskor uppmärksamma på att en högdos Fragmin är en riskfaktor vid EDA-dragning och att Fragmin behöver sättas ut 24 H innan dragning hos dessa patienter.

Åtgärdsförslag:
Se över möjligheten att införa "larmsystem" i journalen så att kombinationen EDA och Fragmin uppmärksammas.

Åtgärdsförslag:
Komplettera protokoll "Planering för fortsatt postoperativ smärtlindring med EDA" samt protokoll "Epidural smärtlindring" med observationsruta ("tänk på" text), ordination inför dragning mm.

Dag 8 (onsdag) kl 12:30

14.
Patientens urinkateter och EDA- kateter dras.

Felhändelse:
EDA- katetern drogs 4,5 H efter att morgondosen inj. Fragmin givits.

Orsak:
Sjuksköterska 2 reflekterade inte över tiden mellan injektionen och tiden för dragning av EDA- katetern

Orsak:
Rutinen på avdelningen är att alla EDOR bör dras på fm. Fokus är att det ska hinna gå 6 H till kvällsdos av Fragmin.

Dag 8 (onsdag) kl ca 12:40

15.
När EDA- katetern dras noterar sjuksköterska 2 att det kommer blod från insticksstället. Blödningens mängd är sådan att den mättar förbandet, men avtar sedan. Sjuksköterska 2 kontaktar narkosläkare för konsultation. Narkosläkare informerar om att någon ska komma och titta på patienten.

Felhändelse:
1. Det dokumenterades inte i journalen eller rapporterades till avbytande sjuksköterska att det blött vid insticksstället då EDA- katetern drogs och att narkosläkare konsulterats.
2. Det kom ingen narkosläkare och tittade till patienten?

1. Orsak:
Sjuksköterska 2 hade inte som rutin att dokumentera alla kontakter runt patienten i journalen, endast det som avviker/ ska leda till åtgärder.

1. Orsak:
På avdelningen har man en tradition av problembaserad dokumentation, dvs man dokumenterar problem och åtgärder.

1. Orsak:
Informationen i journalen ska vara så kortfattad och lättöverskådlig som möjligt och för att minska dubbeldokumentation.

Kommunikation & information
Avdelningen har inte arbetat aktivt med implementering av kirurgklinikens utvecklingsarbete avseende dokumentation för att säkerställa att relevant information finns tillgänglig i journalen.

Åtgärdsförslag:
Fortsatt arbete tillsammans med klinikens dokumentationsgrupp och mer aktivt införa dokumentationsrutin med hjälp av avdelningens utvecklingspersoner.

2. Orsak:
Ingen orsaksanalys har kunnat göras då det inte gått att säkerställa vilken narkosläkare som tog emot samtalet.

Det finns ingen journalanteckning om att narkosläkare varit hos patienten och vad detta resulterade i.

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Dag 9 (torsdag)

16.
Kirurgläkare 2 noterar att patientens EDA är dragen och att patienten har smärtstillande tabletter som verkar fungera bra. Patienten har ätit något bättre och längtar hem, därför planeras utskrivning från vårdavdelningen under dagen. Patienten har frågor om uppföljning framöver och kirurgläkare 2 tar kontakt med patientens behandlande läkare på patientens hemsjukhus. Denne läkare kommer att ta kontakt med patienten och prata om den fortsatta vården efter diskussion med kollegor.

Kirurgläkare 2 ser att den patologremiss som skickades efter leverbiopsin inte är märkt med SVF (standardiserat vårdförlopp) eller snabb svar. Ringer därför upp patologlaboratoriet och ber dem omhändertaga biopsin så snart som möjligt. Bilirubin vid utskrivning: 400

Ingen felhändelse.

Dag 9 (torsdag)

17.
Patienten skrivs ut av kirurgläkare 5. Planeras framöver ha kontakt med det andra sjukhuset i regionen, då det är patientens "hemsjukhus". Patienten får recept på smärtstillande och recept på antibiotika som skall tas i sju dagar, samt remiss till vårdcentral för hjälp med att sköta om PTC- katetrarna två gånger/ vecka.

Ingen felhändelse.

Dag 10 - dag 12

Patienten förlorar plötsligt motorik i båda benen. Söker akut på sitt hemsjukhus, undersöks med CT med frågeställning progress av malignitet/ metastas. Kompletterande MR- undersökning utförs dagen efter, visar epiduralblödning Th 4-11, på samma nivå som EDA varit lagd. Patienten opereras akut för att utrymma blödningen, men patienten får en kvarstående pares.