

Äldre multisjuk patient kommer till akutmottagning med misstänkt höftfraktur efter fall i hemmet. Grav hjärtsjukdom. Bara några dagar tidigare var patienten inlagd på njurmedicinsk avdelning pga misstänkt kardiell frånvaroattack. Orienterad. Patienten läggs in på ortopedavdelning 81. Planeras för operation fraktur i höft. 0 HLR sedan tidigare. Uppenbar risk för fall, trycksår. Desorienterad. I vårdplan framgår att personal bör gå med patienten efter operation. Operation planerad till nästa dag. Patientens höftfraktur opereras 7/ 12. LIH- spikar.

1. Klinisk riskbedömning görs avseende fall. Vårdplan öppnas, skriver in åtgärder.
Felhandling: Personal skriver in vårdplan under fel flik/ mall, så att man ej kan se. Saknas fördjupande åtgärder, ex grind, låg säng, nära expedition etc

Orsak (Varför?/ Därför att) Systemet (Melior) tillåter att man skriver på två olika ställen (mall/ flik) ang fallrisk och åtgärder. Personal vet inte vilken mall som ska användas.

2. Patienten sovit dåligt. Relativt pigg efter smärtstillande på morgonen. Kontrollröntgen utan anmärkning. Patienten är mycket svår att få kontakt med då personal skall mobilisera patienten inför lunch. Påverkad i andning, små ryckningar i kroppen. Läkare tillkallas, mobilisering avvaktas. Patienten försämrad under förmiddagen, varierande vakenhetsgrad, kan ej få fram tydligt tal, oregelbunden andning. Misstanke partiell epileptisk aktivitet. Misstänk ny stroke och akut CT hjärna beställs. 0 HLR sedan tidigare står kvar. Patient krampar senare, läkare tillkallas igen. CT utan anmärkning. EEG kan göras polikliniskt efter helgen.

3. Patienten har varit uppe och gått med gåbord. Okej, lite stappligt. Suttit uppe i rullstol. Patienten gått med gåbord, längre än gårdagen. Sätter sig nästan själv på sängkant. EEG genomförs, inga tecken på epilepsi, eller aktivitet, däremot ospec bild av generell encefalopati. Senare under dagen är patienten åter svårväckbar, reagerar på smärtstimuli och röster men öppnar ej ögonen. Rör på båda extremiteterna symmetriskt. Kontinuerliga BAS- kontroller. Oklar situation, läkaren på ortopediavdelningen skickar därför remiss till medicinmottagningen. Patienten vaknar till under eftermiddagen. Medicinläkare konsulteras, allt ok enligt bedömning. Patientens mående verkar stabilt under några dagar, sjukgymnast och ar.ter. på avd.
Felhandling: Omvårdnadsstatus ej uppdaterad under flera

4. Patienten ramlar ur sängen på natten. Patienten behöver extra tillsyn, stor fallrisk. Man har dokumenterat fallet i Melior och SAMSA.
Felhandling: Ingen avvikelser skrivs. Saknas omvårdnadsanteckning, där bedömning och åtgärd skall framgå. Saknas vårdplan för fallrisk.

Orsak: Varför skrivs ingen avvikelser? Därför att ingen tar ansvar för att skriva.
Orsak: Varför saknas omvårdnads- anteckning och vårdplan?

Orsak (Varför?/ Därför att) Det mesta av informationen/ kommunikationen sker muntligt mellan personal.

Orsak (Varför?/ Därför att) Ej uppdaterad status i dokumentationssystemet pga ej avvikande händelser samt att man redan informerat kollegor muntligt. Dubbelarbete med dokumentation utöver muntlig info. Man skriver på block istället för i Melior.

Orsak (Varför?/ Därför att) Man tar för givet att någon annan gör det.

Orsak (Varför?/ Därför att) Därför att det är besvärligt, jobbigt att skriva avvikelser.

Orsak (Varför?/ Därför att) Uppdateringar av Melior gör att man som personal inte vet hur/ var info INTE skall läggas. Systemet gör det lätt att göra fel.

Orsak (Varför?/ Därför att) Personal har inte tittat på aktuella rutiner. Checklistor för dokumentation.

Orsak (Varför?/ Därför att) Man ser inte vikten av att dokumentera även när inget har hänt.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
SSK skriver läkarnas rondanteckningar.

Orsak (Varför?/ Därför att) Information kring uppdateringar av Melior samlas på ett ställe, men personal har inte alltid tid att läsa, alternativt är inte alla uppdateringar relevanta. Gamla funktioner i Melior borde inte

Orsak (Varför?/ Därför att) Personal saknar kännedom om checklistor

Orsak (Varför?/ Därför att) Omständigt att dokumentera, dels för att det finns för få datorer, och datorerna är placerade i en bullrig miljö, där man lätt blir avbruten.

Utbildning & kompetens
Patientsäkerhetsklimat brister.

Åtgärdsförslag: Läkarna skriver sina egna rondanteckningar. Tas upp i läkargruppen.

Teknik, utrustning & apparatur
Bakomliggande orsak: Systemet (Melior) är inte anpassat till hur man arbetar på avdelningen. Meliormallar utgår från att användaren vet hur man ska göra.

Kommunikation & information
Bakomliggande orsak: Eventuellt har personal ej fått korrekt/ uppdaterad/ relevant information... Eller vet ej var man hittar denna info. Lathund för Melior finns.

Utbildning & kompetens
Bakomliggande orsak: (introduktion för nyanställda?) Meliorutbildning har blandade professioner. Inte tillräckligt anpassad för användarna. Dålig tillgång till utbildningstillfällen. Dåligt anpassad utbildning.

Kommunikation & information
Bakomliggande orsak: Det saknas nödvändig information kring omvårdnadsstatus dokumenterad. Ingen dokumentation, ingen information. Omv. status öppnas på söndagar.

Teknik, utrustning & apparatur
Bakomliggande orsak: Arbetsmiljön är inte utformad på rätt sätt för dokumentation och sekretess. Verktyg för att dokumentera inte lättillgängligt, tid och plats. Melior som system är inte användarvänligt. Går inte att få en överskådlig syn i Melior (ej kronologisk ordning omvårdnadsanteckningar)

Åtgärdsförslag: Patientsäkerhetsutbildning för kliniskt basår bör utökas och stärkas. Även på avdelningen.

Åtgärdsförslag: Utbilda informera om intranätet. Ingen info i pärmar utan bara online.

Åtgärdsförslag: Administrativt stöd för att anpassa intranät/ Barium efter ortopedin.

Åtgärdsförslag: Anpassad Meliorutbildning för användare/ professioner. Fler antal utbildningstillfällen/ - platser.

Åtgärdsförslag: Se över när, hur och vem som öppnar omvårdnadsstatus i Melior.

Åtgärdsförslag: Utökad ansvarsområde för USK gällande dokumentation.

Dag 15

Dag 16 kvällen

Dag 17

Händelsens utfall

5.
Fall nr 2 på avdelning, under natten. Patienten sparkar loss fotåndan på sängen och faller ned på golvet. Avvikelse skrivs. Direkt vidtagna åtgärder: patienten körs ut till personal.

Felhändelse: Saknas dokumentation om fallet. Saknas dokumentation kring åtgärder vidtagna sedan förra fallet. Oklart om man vidtagit åtgärder alls. Dörren till salen var stäng vilket gjorde att man inte hörde patienten tidigare.

6.
Personal uppmärksammar att patienten ej pratar vid middagen. Ser oförstående ut. Senare svarar patienten på tilltal, men det går ej att förstå vad patienten säger. BAS-kontroller görs. Man tar kontakt med läkare. CT hjärna på kvällen visar på subduralhematom.

7.
Subduralhematom skall ej opereras. Palliativ vård. Sängplats med grindar, nära sjuksköterskeexpedition, enligt anteckning 22/ 12. Patienten bedöms som döende. Planeras flytta till kommunalt korttidsboende efter inläggande vård.

(Patienten avlider senare, ca en månad efter att hen opererades för höftfraktur)
Orsak enligt närsjukvårdsläkare: subduralhematom/höftfraktur.

