

Kunskapsbanksnummer: KB1119811

Datum: 2019-05-17

Händelseanalys

Trafikolycka-larmkedja

Februari 2019

Sammanfattning

Syftet med analysen är att utreda vad som hände, varför detta hände samt utreda vilka konsekvenser detta ledde till. Om rutiner följts eller frångåtts och i sådana fall orsaken till detta. I uppdraget ingår även att ge åtgärdsförslag för att förhindra upprepning och för att säkerställa att Regionen har handlingsberedskap vid liknande situationer. Identifierade framgångsfaktorer ska belysas i rapporten.

Händelseförlopp: Helgdag eftermiddag inträffar en bilolycka med två personbilar med sammanlagt sex personer inblandade.

Samtidigt inträffar en singelolycka en mil därifrån. Sammantaget blir två personer blir allvarligt skadade och fem stycken lindrigt skadade. De sjukvårdande insatserna fungerar mycket väl. Inga vårdskador har påträffats men det finns kvalitetsbrister i larmkedjan som kompenseras av personals agerande. Enligt bedömning har alla inblandade fått rätt vård i rätt tid tack vare flera framgångsfaktorer som framkommit i utredningen.

Det som framgår i analysen är att utarbetade rutiner (work-as-imagined) inte överensstämmer med hur arbetet har utförts (work-as-done).

I syfte att minimera risken att denna händelse upprepas eller för att minska konsekvenserna vid upprepning föreslås ett antal åtgärder utifrån de bakomliggande orsakerna. Bl a gemensamma scenario övningar för akutmottagning och ambulans. Förslag är att ledningen för VO Akut Ambulans säkrar att all personal går utbildning och därefter säkerställer kunskap och följsamhet till rutiner. Det behöver förtydligas i PS utbildning att sjukvårdsledare ska larma in till akutmottagning och informera om läget på skadeplatsen. Driftsättningen av RAKEL bör skyndas på samt att det säkerställs att introduktion av TIB har genomförts innan tjänstgöring.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	5
4	Resultat	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	10
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker	11
	Övriga fynd:.....	11
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	12
4.5	Åtgärdsförslag	12
5	Tidsåtgång	13
6	Uppdragsgivarens kommentarer	14
6.1	Åtgärder	14
6.2	Återkoppling.....	16
	Erfarenheter från händelseanalysen ska redovisas i centrala katastrofkommittén. Därutöver ska erfarenhetsutbyte ske mellan beredskapsavdelningen och VO AM/AMB där åtgärdsförslagen och uppföljningen ansvarsfördelas.	16
6.3	Uppföljning	16
7	Ordförklaringar	18
8	Bilagor	19

1 Uppdrag

Syftet med analysen var att utreda vad som hände, varför detta hände samt utreda vilka konsekvenser detta ledde till. Har rutiner följts eller frångåtts, i sådana fall varför? I uppdraget ingår även att ge åtgärdförslag för att förhindra upprepning och för att säkerställa att regionens handlingsberedskap vid liknande situationer. Identifierade framgångsfaktorer ska belysas i rapporten.

1.1 Uppdragsgivare

Beredschapschef i Region.

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-02-19

Startdatum: 2019-02-26

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum till uppdragsgivare: 2019-05-24

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Region Gävleborg
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Region Gävleborg
Analysteammedlem/Övriga personer	Region Gävleborg
Vice analysledare/Sjuksköterska	VO Akut/Ambulans
Analysteammedlem/Läkare	VO Akut/Ambulans

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig läkare inom trauma
- Intervju med expert/sakkunnig sjuksköterska inom PS konceptet
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. Grafisk presentation, se i bilaga 1.

Larm till SOS trafikolycka

1.

Kl 16.10

Första METHANE ¹rapport till SOS-alarm från första ambulans på plats.

Första ambulans på plats blir sjukvårdsledare ²och medicinsk ansvarig ³ De svarar ja på frågan om misstänkt särskild händelse⁴ trafikolycka 1.

De båda personbilarna som varit inblandad i olyckan står dikt emot varandra och ambulanspersonalen beslutar med tanke på den energi som uppstått vid kollisionstillfället att samtliga inblandade ska immobiliseras. Ambulanspersonalen måste pga. bilarnas placering plocka ur den ena bilen med initialt ej kritiskt skadade (patient 1, 2,3 och 6) för att komma åt de drabbade i den andra bilen (där två passagerare bedöms som kritiskt skadade patient 5 och 7).

¹ Misstänkt allvarlig händelse, aktivera strategisk ledning, Exakt lokalisation, Typ av händelse, Hot och risker. Angreppsväg, Numerär av drabbade, •Extra resurser som behövs.

² Person i hälso- och sjukvården som administrativt leder sjukvårdens arbete.

³ Den ur hälso- och sjukvårdspersonalen som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder.

⁴ SOS Alarm gör vid inkomna larm en bedömning ifall händelsen kan röra sig om en allvarlig händelse. Detta gäller om händelsen är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras och användas på särskilt sätt.

Positiv iakttagelse: Kommunikationen mellan operatör och sjukvårdledare var bra.

2.

Kl 16.11

Trafikolycka nr 1. Sjukvårdsledare kompletterar information till SOS med tillägg av antalet skadade till totalt sex stycken och informerar att extra resurser behövs.

3.

Kl 16.16

SOS kontaktar ACIB⁵ och meddelar att det är två stycken trafikolyckor samtidigt i området. Det är flera patienter inblandade och meddelande lämnas om misstänkt allvarlig händelse. Information lämnas att TIB ska kontaktas av SOS-alarm. SOS- alarm informerar att de resurser som finns räcker då sjukvårdsledare har begärt fyra extra ambulanser.

4.

Kl 16.19

TIB⁶ kontaktas (inom tidsramen) av SOS-alarm efter sökning kl 16:14. TIB informeras om en misstänkt allvarlig händelse med där tre personer är fastklämda varav två personer allvarligt skadade. Totalt fem patienter varav ett barn. SOS rapporterar även att ytterligare trafikolycka (2) skett 1 mil söder om trafik olycka 1.

Felhändelse: Larmplan aktiveras inte enligt rutin vid information om misstänkt allvarlig händelse och därmed ej stabsläge. TIB tolkar att om fler än sju skadade vid en olycka ska larmplan⁷ aktiveras. Information ges att en ytterligare trafikolycka har inträffat. I rapporten från SOS-alarm framgår det inte om en eller två bilar är inblandade, inte heller inte gällande antal skadade.

⁵ ACIB Ambulanschef i beredskap

⁶ TIB Tjänsteman i beredskap, har beredskap dygnet runt och nås via SOS Alarm. TIB larmas av SOS Alarm vid misstänkt allvarlig händelse samt enligt fastställda rutiner. TIB har ett förstahandsansvar för att vidta nödvändiga åtgärder vid händelser som avviker från det normala och kan medföra störningar i Regionens verksamhet. TIB skall fortlöpande informera organisationen samt vara en länk mellan myndigheter och organisationer.

⁷ Fastställda larmkriterier för larmplan enligt TIB Region- beskrivning. Ambulansen uppger misstänkt särskild händelse, fler skadade än sju stycken, flera olyckor samtidigt i länet eller händelser som kan drabba mer än ett sjukhus.

5.

Kl 16.28

SOS-alarm kontaktar åter ACIB. Sjukvårdsledare trafikolycka 1 begär fyra extra ambulanser och informerar att beredskapen i norr är ansträngd då alla ambulanser är på larm. ACIB kontaktar personal som är på väg in i och med skiftbyte för att säkerställa fler resurser.

6.

Kl 16.51

Inlarmning till akutmottagning (AM) från ambulans patient nr 1 (trafikolycka 1). Pat är immobiliserad enligt PHTLS koncept⁸. Ambulansrapport lämnas till lednings SSK på AM att det finns fler skadade/samt några svårt skadade på skadeplatsen (plats där skadehändelsen har inträffat).

Felhändelse: Inga åtgärder vidtas av teamet efter ambulansrapporten.

7.

Kl 16.51

Ingen personal på AM möter upp patient nr 1 direkt vid ankomst.

Pat nr 1 tas till akutrummet men flyttas snabbt ut till "sängvånthallen" pga. nytt larm från trafikolycka 1 om svårt skadad patient 2.

Läkare nr 1 går till patient 1 som ligger i "sängvånthallen" men blir inropad till akutrummet till svårt skadad patient nr 2.

Felhändelse: Personal på AM är ej förberedd då informationen från rapporten inte når teamet på akutmottagningen.

8.

Läkare nr 1 kontaktar röntgenjouren för att förvarna att flera patienter är på ingång som möjligen skulle kräva radiologi. Röntgen jour kommer till AM innan första trauma patienten kommer.

9.

Ca Kl 16:52

Ambulans med patient nr 2 (trafikolycka 1) larmar AM på vägen in. Tas emot av en läkare 1 och en USK. Ambulanspersonal rapporterar till läkare 1 på akutrummet

10.

Ca kl 1710

Inlarmning från ambulans till AM. Patient nr 3 (trafikolycka 1) immobiliserad⁹, lämnas på samma rum som patient nr 2.

⁸ Certifierad kurs i prehospitalt omhändertagande för ambulanspersonal, sjuksköterskor och läkare.

11.

Ca kl 17.10.

Trafikolycka 2. Patient nr 4.

Inlarmning från ambulans till akutmottagningen SSK 1. Patient 4 är stabil men immobiliserad. Besättningen har vetskap om att det inträffat en till olycka i området. Ambulans besättning avvaktar med att rapportera då patienten är stabil och de upplever att et är mycket "rörigt" på AM.

12.

Ca kl 17.15

Inlarmning från ambulans besättning till akutmottagning gällande patient nr 5 som är svårt skadad (trafikolycka 1) och har smärta i bäcken. Bedöms av ambulansen som trauma nivå 1. Patienten är immobiliserad. En T-Pod¹⁰ sätts. Patienten förs till akutrum. Läkare 1 och röntgenjour tar emot patienten. Läkare nr 2 kommer in. Läkare 3, Läkare 4 samt narkosläkare kontaktas och kommer direkt. Kirurg bakjour i hemmet rings in av läkare nr 4 och infinner sig direkt. Traumalarm dras av läkare inne på akutrummet. Patient förs till operation ca kl 18.00. Start av operation kl 18.23 och flyttas ca kl 22.45 för inskrivning IVA

Felhändelse: Inget traumalarm¹¹ utlöses enligt rutin Traumalarm kriterier dok Id: 09:28450. AM är ej förberedd när ambulansen kommer till AM med svårt skadad patient.

13.

Ca 17.30–19

Anestesijour (ensam anestesijour på plats) ber anesthesi SSK komma till AM för att hjälpa till.

Anestesijour ringer flera samtal innan får hen får tag på en kollega som kan komma till sjukhuset och hjälpa till r/t ytterligare ett trauma som är på ingående samt för att diskutera handläggning av patient nr 5.

⁹ Direkt på en skadeplats där det finns misstanke om ryggradsskada skall enligt gällande praxis en spinal immobilisering ske, med syftet att förhindra sekundära skador, detta kommer vidare att benämnas som immobilisering. Patientens nacke kommer då att stabiliseras i neutralläge och patienten erhåller sedan en halskrage och helkroppsfixerar med olika hjälpmedel, oftast på en hård ryggbärare (Jansson, 2009 & Lennquist, 2007).

¹⁰ T-POD är speciellt utvecklad för att stabilisera bäckenet vid trauma.

¹¹ Kriterierna avses fungera så att sjuksköterska på akutmottagning får information från prehospital personal, och kontrollerar om något av kriterierna är uppfyllda. Om så är fallet, larmas ett förutbestämt traumateam enligt sjukhusets larmrutiner.

14.

ca kl 17.40

Ambulans på väg till AM. Patient nr 6 (trafikolycka 1). Patienten vill lämnas av på vägen dit, vilket görs. Akutmottagningen har kontaktats två gånger utifrån olyckans karaktär och i sista samtalet informeras att patienten blivit avsläppt efter vägen på egen begäran.

15.

Ca kl 17.45

Inlarmning till akutmottagning från ambulansbesättning gällande patient nr 7 (trafikolycka 1). Ambulans rapporterar att de har en kritisk patient. Trauma Nivå 1. På akutmottagningen visas ambulanspersonalen in på ett "vanligt rum utan övervakning" där läkare 2 möter upp. Bakjouren kommer via AM på väg till c-op och blir inropad av läkare 2. Patienten flyttas till akut sal och DT trauma beställs. Läkare och omvårdnads personal följer med till röntgen. Läkare lämnar patienten på röntgen men ropas tillbaka då röntgensvaret kommer.

Felhändelse: Inget traumalarm aktiveras trots misstanke bäckenfraktur.

16.

ca 18.30–18.45

Pat nr 7 blir efter DT kraftigt hypovolem. Kontakt tas åter med bakjour som är på operation, denne kommer ner tillsammans med narkospersonal. Kontakt tas med thorax kirurg UAS för stöd. Det bestäms att patienten ska skickas till UAS men är i för dåligt skick för transporteras. Läkare nr 3 kontakter anestesijour som ber anesthesi SSK ställa ordning en operationssal. Anesthesi SSK, bakjour, narkosläkare samt pågående kirurg nattjour som blivit inringd tidigare infinner sig. Ledig kärkirurg rings in som traumastöd. Pat förs till c-op. Traumalarm tas ej men i praktiken arbetas utifrån ett traumaomhändertagande.

17.

Pat nr 7 transporteras till universitetssjukhus med vägambulans då helikopter ej är tillgänglig pga väderlek. Anestesi läkare och SSK medföljer i ambulans. Positiv iakttagelse att det gick snabbt att ordna transport via vägambulans när personal fick besked att helikoptern ej var tillgänglig.

18.

Kl 22.45

Patient nr 5 skrivs in på IVA

Samtliga patienter blir omhändertagna. Inga kända vårdskador.

4.2 Bakomliggande orsaker

Ett flertal bakomliggande har identifierats inom samtliga fem bakomliggande orsaksområden:

Utbildning & Kompetens

- Vid en misstänkt allvarlig händelse samt enligt fastställda rutiner larmas TIB av SOS Alarm via personsökare. Vid tjänstgöring har TIB tillgång till en surfplatta med "A-pärmen", vilket är en beredskapspärm. Denna är under uppdatering och innehåller vid händelsen tidpunkt både aktuell och inaktuell information men "A-pärmen" medför ett visst stöd. TIB har vid händelsens inträffande inte tillgång till Rakel. Vid rapportering från SOS-alarm om misstänkt allvarlig händelse tar TIB fasta på hur många antal skadade och att det är under sju stycken. TIB utgår från att SOS-alarm ska höra av sig igen om de vill ha hjälp av TIB.
- AM förstod ej allvarlighetsgraden i inlarmningarna.
- Otydligt för viss akutpersonal gällande till när traumalarm nivå 1 och 2 ska dras.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Tjänstgörande TIB har fått bristande introduktion (introduktionen avbröts av personliga skäl) och var vid händelsens inträffande oerfaren. Det har inte framkommit hurvida det finns en introduktionsplan för TIB funktionen att gå igenom. TIB har inte kännedom om strukturen enligt Methane rapport.

Kommunikation & information

- Information om övergripande skadeläget behöver ges till akutmottagningen och det blir otydligt i kommunikationen när annan än sjukvårdsledare eller TIB ger informationen.
- Missförstånd ökar när kommunikation inte är tillräckligt strukturerad.
- Uppföljning av följsamhet ej gjord av dokument Id. 09-28450 Traumalarm kriterier - Hälso- och sjukvård. Sjuksköterska på akutmottagningen påbörjar ej dokumentation på trauma-checklista alternativt direkt på traumajournal. Rutin är att utifrån rapport från ambulanspersonal ska en bedömning ske av sjuksköterska på akutmottagningen, som ansvarar för att traumalarm utlöses utifrån kriterier för traumalarm men detta uteblir.
- **Omgivning & organisation**
De riktigt sjuka patienterna blir inte prioriterade och lagda på akutrummet, saknas en "helhetsbild".
- Narkosjour upplever att pga. ingen rapport av patienten från ambulans tappar anestesijouren den viktiga info om skadepanoramata.

- **Teknik, utrustning & apparatur**

Rakel¹² lyfts i fastställda rutiner (bl a Dok.id: 11–321987) men är ej primär larmmetod för SOS-alarm.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Övriga fynd:

- I och med att anestesikliniken kommer att ha färre hyrläkare från och med mars 2019 så minskar antalet jourpass där det endast är en ensamgående jour utan schemalagd bakjour.
- Brister i dokumentation på akutmottagningen
- Den fasta fördelningsnyckeln behöver ses över då verksamheter anser att den inte överensstämmer med vad som det finns personalresurser för.
- Medarbetare uppfattar inte att traumarutinen är verklighetstrogen
- Debriefing efteråt saknas på patient nr 5. Debriefing utfördes på trauma patient nr 7 men all personal var inte informerade om detta.

Positiva iakttagelser:

- Arbetet på skadeplats är välfungerande.
- Det gick snabbt att mobilisera fler kirurgläkare till sjukhuset.
- Alla kirurger på plats hade rätt kompetens och var utbildade i ATLS¹³ och följde mallen hur trauma ska handläggas
- Ledig anestesiläkare kontaktas och ansluter under det akutskedet.
- Kollegialt stöd genom verksamhetsområden där läkare ställer sig till förfogande över klinikgränser, det finns en vilja att hjälpa till.
- Då det var skiftbyte för narkospersonal och sekundär-SSK var stationerad i samma stad så fanns det extra resurs i form av anestesisyjuksköterskor under den mest kritiska tiden.
- Olyckan larmas strax innan skiftbyte på ambulans – stationerna kan bemannas upp så ordinarie beredskap upprätthålls och resurser finns att tillgå snabbt, rutinerna följs.
- Genom att omfördela personalresurser från IVA och operation så fick patienterna bra omhändertagande trots att det initialt endast fanns en anestesiläkare tillgänglig.

¹² Radiokommunikation för effektiv ledning.

¹³ (Advanced Trauma Life Support. Certifierad kurs för läkare i akut omhändertagande av svårt skadade patienter)

- I efterhand genomförs en videokonferens med kollegor från universitetssjukhuset som en uppföljning. Bra för att få återkoppling samt även kunna förmedla information till universitetssjukhuset som riskerar att falla bort vid överrapporteringar.
- Kirurgöverläkare och anestesiläkare lyfter fram att AT läkare och nyanställda sjuksköterskor på akutmottagningen utför ett bra arbete utifrån rådande omständigheter. De visar på kompetens, engagemang och samarbetsvilja.
- Ingen personalkategori uppfattar resursbrist under hela vårdförloppet.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskador har hittats men det finns kvalitetsbrister i larmkedjan som kompenseras av personals agerande.

4.5 Åtgärdsförslag

- Implementera SBAR
- Gemensamt scenario övningar AM och ambulans.
- Mer fokus på nationella trauman kriterierna i scenario övningar.
- Se över att styrande dokument har giltigt datum och att hänvisning stämmer
- Se över innehållet i "A pärmen" (surfplattan) att innehåll är aktuellt och lättillgängligt.
- Ledningen ska säkerställa att all personal går utbildning och säkerställer kunskap och följsamhet till rutin: Traumalarm kriterier dokument Id. 09-284 50.
- Implementera traumajournalen på akutmottagningen i syfte att alla förstår vikten av att inte avvika från denna på eget initiativ.
- Se över rutinen och arbetssättet gällande vem av ambulanspersonal eller medarbetare på akutmottagningen ska besluta om Nivå 1 och 2.
- Behöver förtydligas i PS utbildning att sjukvård ledare ska larma in till akutmottagning och informera om läget på skadeplatsen.
- Skynda på driftsättning av RAKEL
- Ta fram riktlinjer och säkerställ att introduktion av TIB har genomförts innan tjänstgöring.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	65
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	25
SUMMA	120

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

6.1 Åtgärder

Åtgärd	Kommentar	Ansvarig	Klart senast	Uppföljning
Följsamhet SBAR	SBAR ska vara implementerat men har inte följts denna gång. En utbildningsinsats är nödvändig.	Ambulansen/ Akuten	Klart	Ambulansjournalen är strukturerad efter SBAR och ett komplement till det är block utformat efter SBAR
Gemensamt scenario i övningar AM ambulans	Här bedömer vi det finns skillnader mellan sjukhusen i länet VO. AM/AMB behöver säkerställa att utbildning och övning i detta sker på båda sjukhusen	VO AM/AMB	2019-12-31	Utbildningsgruppen VO Akut/Ambulans får i uppdrag att arbeta med detta
Mer fokus på nationella trauman kriterierna i scenario övningar	Arbete pågår med traumaansvarig. Förslag att motsvarande ansvarig utses på berört sjukhus			
Se över styrande dokument har giltigt datum och att hänvisning stämmer	A-pärm, TiB beskrivning är det gällande. Övriga dokument ska gallras bort.	Beredskapsavd.	2019-06-30	
Se över innehållet i A-pärmen att innehållet är aktuellt och lättillgängligt	Genomförs fortlöpande	Beredskapsavd.	2019-06-30	
Ledningen ska säkerställa att all personal går utbildning och säkerställer kunskap och följsamhet till rutin: Traumalarm kriterier dokument Id 09-284 50	Understryker vikten av att detta är känt och används.	VO AM/AMB	2019-12-31	VEC Akutmottagningar Hudiksvall och Gävle säkerställer detta.
Följsamhet traumajournalen på	Understryker vikten av att detta är känt och	AM	2019-12-31	VEC Akutmottagningar Hudiksvall och Gävle

akutmottagningen i syfte att alla förstår vikten av att inte avvika från denna på eget initiativ.	används.			säkerställer detta.
Se över rutinen och arbetssättet gällande vem av ambulanspersonal eller medarbetare på akutmottagningen ska besluta om Nivå 1 och 2	Beredskapsavdelningen föreslår att ambulanspersonalen ska få möjlighet att bedöma och föreslå traumanivå 1 och 2.	VO AM/AMB	2019-12-31	Införs under december 2019 tillsammans med traumagruppen i Regionen
Behöver förtydligas i PS utbildningen att sjukvårdsledare ska larma in akutmottagningen och informera om läget på skadeplatsen	Understryker vikten av att detta är känt och används.	VO AM/AMB och beredskapsenheten	2019-12-31	Uppfattade vi mötet att beredskapen tar initiativ till att kalla till möte med PS-gruppen
Påskynda driftsättning av Rakel	Rakel används redan av TiB men är ej primär larmmetod från SOS. Utbildningsinsats krävs för ACIB och AM.	Beredskapsavd.	2019-10-31	
Ta fram riktlinjer och säkerställ att introduktion av TiB har genomförts innan tjänstgöring	Detta görs men en checklista ska tas fram.	Beredskapsavd.	2019-06-30	
Riktad utbildning för ledningssjuksköterska vid AM	Utbildning och övning i rollen som ledningssjuksköterska ska vara rutin.	AM	2019-12-31	VEC Akutmottagningar Hudiksvall
Kontroll av att åtgärdskort för ledningssjuksköterska finns.		AM		
Förslag att ACIB, AMB och beredskapsavd stämmer möte kring operativa rutiner Rakel.	Oklarheter i vad som ska avhandlas och hur på Rakel.	Beredskapsavd.		

6.2 Återkoppling

Erfarenheter från händelseanalysen ska redovisas i centrala katastrofkommittén. Därutöver ska erfarenhetsutbyte ske mellan beredskapsavdelningen och VO AM/AMB där åtgärdsförslagen och uppföljningen ansvarsfördelas.

6.3 Uppföljning

Uppföljningsansvarig är säkerhets- och beredskapschef.

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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf