

Kunskapsbanksnummer: KB1277934

Datum: 2018-07-30

Händelseanalys

Utskriven från akutmottagningen

Maj 2018

Analysledare:

Kvalitetssamordnare/Vårdutvecklare
Internmedicin

Sammanfattning

Händelsen gäller en patient i 70 års ålder som inkommer till akutmottagningen via ambulans med symtom på allmän svaghet. Händelseanalysen avser att utreda vad som hände under patientens vårdtid på akutmottagningen utifrån bedömning och behandling. Analysen visar på en händelsekedja där patienten vistas fem och en halv timme på akutmottagningen för att sedan återgå till hemmet med diagnos virusinfektion. Dagen efter söker patienten vård på hemsjukhuset och blir inlagd för samma symtom, avlider sedan efter 14 dagar. Händelseanalysen är genomförd två månader efter händelsen och har påverkat minnesbilden hos viss del av de intervjuade som har svårt att komma ihåg berörd patient. Uppenbara brister finns i dokumentation på journalbladet där vårdförloppet inte kan följas. Utifrån information, symtom och provsvar som finns tillgängliga vid utskrivningen från akutmottagningen så anser analysteamet att läkaren gjort rätt bedömning vid detta vårdtillfälle.

Bakomliggande orsaker har bland annat identifierats inom följande områden och åtgärdsförslagen riktas mot dessa:

Kommunikation & information

- Akutmottagningen använder pappersjournalblad, istället för datajournal. Uppenbara brister finns i dokumentation på journalbladet där värdefull information tappas bort och vårdförloppet inte kan följas.
- Det framkommer brister i kommunikationen mellan yrkeskategorierna då man inte arbetar kring patienten som ett team.

Omgivning & organisation

- Bristande följsamhet till arbetsbeskrivningar med oklara roller mellan yrkeskategorier.
- Ingen uppföljning angående följsamhet till rutiner och riktlinjer.
- Upplevelse av konstant hög arbetsbelastning.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Normalisering av nuvarande triagesystem, triagering följs inte enligt befintlig rutin.
- Det råder otydlighet kring vilka arbetsuppgifter som skall prioriteras för respektive yrkeskategori.
- Saknas ett introduktionsprogram med uppföljning för att säkerställa att alla medarbetare fått lika information.

Utbildning & kompetens

- Normalisering av avsteg från befintligt triagesystem då triagesystem ger många orange patienter och upplevelsen är att triagesystemet ger hög andel övertriage.
- Befintliga rutiner för telemetriövervakning, arbetssätt, roller och ansvars fördelning behöver aktualiseras och utvecklas på akutmottagningen.

Teknik, utrustning & apparatur

- Ingen bakomliggande orsak har kunnat identifieras

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	5
1.1	Uppdragsgivare.....	5
1.2	Uppdrags- och startdatum	5
1.3	Återföringsdatum	5
2	Deltagare i analysteam	5
3	Metodik	6
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp	6
4.2	Bakomliggande orsaker	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	10
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	10
4.5	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	11
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
6.3	Uppföljning	11
7	Ordförklaringar	12
8	Bilagor.....	12
9	Bilaga 1: Analysgraf	12

1 Uppdrag

Utreda vad som hände under patientens tid på akutmottagningen från utifrån bedömning och behandling

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
VO Internmedicin

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-05-18

Startdatum: 2018-05-21

1.3 Återföringsdatum

2018-08-22

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Division Medicin/Internmedicin
Vice analysledare/Sjuksköterska	Patientsäkerhetsenheten
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Kvalitetssamordnare VO Akut
Analysteam medlem	Kvalitetssamordnare VO Akut
Analysteam medlem	Chefläkare VO Akut

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervju med elva stycken direkt/indirekt involverad personal på akutmottagning och ambulans.
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Arbetsbeskrivningar

Arbetet har följt metodiken Sveriges Kommuner och landstings handbok Riskanalys och händelse analys (2015).

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer av direkt och indirekt involverade medarbetare, expert/sakkunnig samt genomgång av journaler. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovias under metodik.

Kl 15:24

I anamnesen ses att patienten är CABG opererad på 90 talet, har en utläkt lungsarciodos och har en insulin behandlad diabetes typ 2. Vårdad ineliggande gånger flera för pneumoni.

Patienten hämtas av ambulans i anhörigs hem. Patientens söker då hen blev påtagligt klen under gårdagkvällen med lätt yrsel och illamående och kan i dagsläget inte gå utan stöd, använder vanligtvis inga hjälpmedel. Patientens ville inte söka vård under gårdagkvällen utan tänkte försöka att ev åka till hemorten idag istället för söka vård men fick inse att det inte vore lämpligt. Går själv ut till ambulansen med levande stöd. Bli mer trött under transporten. I ambulansen tas vitalparameterar. Saturation 88%, AF 18, puls 94, blodtryck 130/80, temp 38.5. Patientens får två stycken T Alvedon 500 mg. 3 l O2 ges. Triageras orange.

1.

Kl 16:27 tas i ambulans blodtryck 114/66 Under ambulansfärden sjunker blodtryck och blodsockret noteras högt 20.4

Ingen felhändelse

2.

Kl 1650 ankomst till akutmottagningen. Rapporteras över till akutmottagningens personal. Ambulanssköterska upplever att patienten är klen och att orsaken till detta är ospecifikt men eventuellt har något infektionsfokus som orsak. Det är oklart vid överrapportering vad som överlämnas från ambulanspersonal till personal på akutmottagning och vem som tar rapport. Det som rapporteras över och dokumenteras på akutmottagningens journalblad är första vitalparametrarna som togs i ambulansen kl 15:24 och inte det sista. Ambulansjournal är ej signerad av mottagare.

Felhändelse: Akutjournal och ambulansjournal är inte signerad av mottagande patientansvarig sjuksköterska. Patientansvarig sjuksköterska har ej dragit in sig i Elvis.

3.

Kl 16:56 Läkare träffar patienten och dokumenterar i journal att patientens besöksorsak är trötthet och att patienten blev påtagligt klen i går kväll. Ingen feber. AT ser gott och opåverkat ut i liggande läge. Kan ändra position från liggande till sittande utan problem. CRP 27, Glukos 19,2, troponin 26. Blodgas ua. Patienten berättar för läkaren att barnbarnen är förkylda. PVK sätts på akutmottagningen.

Triagerad orange av ambulans. Feberfri pga. Alvedon

Felhändelse: Olika tider dokumenterade då läkare träffar patient. I melior kl 16:56 och i Elvis kl 17:48. Finns ingen temp dokumenterad på journalbladet under tiden på akutmottagningen. Inga vitalparametrar finns antecknade i läkarjournal.

4.

Kl 17:04-17:20

EKG och prover tas. Telemetri kopplas på av undersköterska.

Felhändelse: På akutjournal finns enbart dokumenterat de vitalparametrar som var vid uppkoppling. Vitalparametrarna togs i ambulansen och det är därför oklart om man följde triagering rutin med kontroll var 15:e minut. Ingen utskrift av telemeteriövervakningen finns sparad.

5.

Kl 17:23

Vitalparametrar tas av undersköterska. Blodtryck 90/50, puls 85, saturation 96%, AF 26. Dokumenterar på akutjournalblad. Finns ej dokumenterat om fortsatta kontroller enligt triagering tas.

Felhändelse: Framkommer ej på akutjournalblad eller i intervjuer om sjuksköterska och läkare får information gällande vitalparametrar. Enligt Elvis triagerad orange under hela vårdtiden. Oklart om patienten skulle ha triagerats ner.

6.

Kl 22:20

Ingen dokumentation finns på journalbladet följande fem timmar. Två st T Alvedon 500 mg ges av sjuksköterska som går på nattsiftet. Patienten frågar sjuksköterska om det är sant att hen ska åka hem fast hen mår dåligt. Sjuksköterska går och rådfrågar läkare som säger att patienten har fattat det rätt, det inte är inget nytillkommet och att det inte krävs vård ineliggande. Läkaren bedömer att det är virus som patienten har drabbats av och läkaren vet att det finns anhöriga i hemmet. Patienten informeras om att hen får återkomma om det blir försämring.

Ingen temp dokumenterad innan ny dos T. Alvedon, oklart syfte med administreringen. Ingen övervakning sparad.

7.

Kl 22:25

Patienten skrivs ut från akutmottagningen och blir hämtad av anhörig. Anhörig blir upprörd över att patienten skickas hem i samma dåliga skick som vid ankomst. Enligt anhörig fick hen hjälpa patienten att förflytta sig från bår till rullstol pga. att patienten var mycket svag. Patienten var nerkissad när hen hämtades av anhörig. Läkaren har ej blivit informerad gällande detta.

2018-03-27 Kl 18:22

Patienten söker hemsjukhuset på orten efter ytterligare försämring och blir inlagd för samma symtom. CRP har stegrats och patienten avlider två veckor senare.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Ambulanspersonal inte har kännedom om rutinen att mottagande sjuksköterska ska signera ambulansrapporten vid överlämnande. Enligt analysteamet är detta ett ologiskt arbetssätt då

ambulansrapporten skrivs ut på skrivare nära utgången efter överlämning har gjorts, personal måste då gå tillbaka in på akutmottagningen för att få denna signerad.

Akutmottagningen använder pappersjournalblad, istället för datajournal. Uppenbara brister finns i dokumentation på journalbladet där värdefull information tappas bort och vårdförloppet inte kan följas. I intervjuerna framkommer att akutjournalen ofta är på "vift" och ligger på olika ställen, det innebär att det går tid åt för alla yrkeskategorier att leta efter denna samt att värdefull information inte dokumenteras. Läkare vet inte vilken sjuksköterska som är patientansvarig då detta inte dokumenteras varken på journalblad, Elvis eller på tavlan på expeditionen. Vid de tillfällen som sjuksköterskorna inte signerar att de är patientansvariga beror detta på rädsla att förlora sin legitimation pga. av den höga arbetsbelastning och ibland den bristfälliga vård r/t arbetsbelastningen som råder vissa skift

Det framkommer brister i kommunikationen mellan yrkeskategorierna då man inte arbetar kring patienten som ett team.

Omgivning & organisation

Bristande följsamhet till arbetsbeskrivningar i och med oklara roller mellan yrkeskategorier.

Ingen uppföljning sker angående följsamhet till rutiner och riktlinjer.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Normalisering av nuvarande triagesystem, triagering följs inte enligt befintlig rutin.

Det råder otydlighet kring vilka arbetsuppgifter som skall prioriteras för respektive yrkeskategori.

Saknas ett introduktionsprogram med uppföljning för att säkerställa att alla medarbetare fått lika information.

Utbildning & kompetens

Normalisering av avsteg från befintligt triagesystem då triagesystem ger många orange patienter och upplevelsen är att triagesystemet ger hög andel övertriage.

Undersköterska/or och sjuksköterska/or kvitterar larm på telemetri fast det finns i vissa fall brister i kunskap och kompetens i att läsa av telemetri. Bakomliggande orsak är att befintlig rutin ej följs samt att det är oklara roller mellan yrkeskategorier och att introduktionsprogram ej följs. Befintlig rutin behöver aktualiseras och arbetssätt, roller och ansvars fördelning bör utvecklas på akutmottagningen.

Teknik, utrustning & apparatur

Ingen bakomliggande orsak har kunnat identifieras.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Undersköterska tar rapport från ambulanspersonal. Det sker i högre grad när det är många patienter på akutmottagningen.

Alla yrkeskategorier från ambulans och medicin upplever att det ofta rörigt på medicinsidan på akutmottagningen då många anhöriga vistas i lokalerna samt att larm från telemetri upplevs som störningsmoment.

Vid intervjuer framkommer att både ambulans- samt akutmottagningens personal upplever att de ofta vid rapportöverlämnande blir störda och viktig muntlig information därmed kan missas.

Personal upplever konstant hög arbetsbelastning. Vid denna händelse var 23 stycken patienter inskrivning på medicin akutmottagningen.

Legitimerad läkare som primärjour har många gånger andra arbetsuppgifter som de ska utföra parallellt med arbetet på akutmottagningen under jourtid som t.ex. konsultationer på sjukhuset. Det kan innebära t.ex. att 26 patienter kan vara inskrivna på medicin på akutmottagningen samtidigt som de kan få 3-4 sökningar på "huset".

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat.

4.5 Åtgärdsförslag

- Digital journal bör införas snarast på akutmottagningen i befintliga system, i väntan på att upphandling av nytt vårdinformationssystem är genomförd. Dokumentation är vid sidan av kommunikation det viktigaste verktyget för att skapa och hålla en gemensam bild av patientens vård och behandling.
- Se över arbetssätt på akutmottagningen samt roller och ansvarsfördelning. Utveckla ett teambaserat arbetssätt och tydliggöra ansvarsfördelning för respektive yrkesroll.
- Införa nytt triagesystem.
- Introduktionsprogram bör tas fram innehållande teori och praktik.
- Översyn av befintliga rutiner med uppföljning och utveckling av den dagliga styrningen och tydliggöra den organisatoriska ansvarsfördelningen på akutmottagningen.

- Implementera befintlig rutin att akutjournal ska signeras av patientansvarig sjuksköterska och att dokumentation ske enligt gällande lagstiftning i väntan införande av digital journal.
- Ta bort signering på ambulansjournal av mottagande sjuksköterska, denna ersätts av signering på akutjournal.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	65
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	20
SUMMA	105

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärd	Hur och när	Ansvarig
Digital journal bör införas snarast på akutmottagningen i befintliga system, i väntan på att upphandling av nytt vårdinformationssystem är genomförd. Dokumentation är vid sidan av kommunikation det viktigaste verktyget för att skapa och hålla en gemensam bild av patientens vård och behandling.	<p>Hur? Olika möjligheter ses över och åtgärden är högt prioriterad i verksamheten</p> <p>När? Hösten 2018 och vidare in i 2019</p>	VC Akutmottagning
Se över arbetssätt på akutmottagningen samt roller och ansvarsfördelning. Utveckla ett teambaserat arbetssätt och tydliggöra ansvarsfördelning för respektive yrkesroll.	<p>Hur? Då denna åtgärd är identifierad i andra avvikelser, analyser och patientsäkerhetsronder ses arbetssättet över. Teamarbete, ledningssjuksköterska och ledningsläkare är förslag som man ser över.</p> <p>När? Hösten 2018 och vidare in i 2019</p>	VC Akutmottagning
Införa nytt triagesystem	<p>Hur? Detta arbetas det med och förändringen kommer då genomföras genom hela akutsjukvårdsflödet samt inom</p>	VC Akutmottagning

	<p>barn- och ungdomsverksamheten.</p> <p>När? December 2018</p>	
<p>Introduktionsprogram bör tas fram innehållande teori och praktik.</p>	<p>Hur? Verksamheten kommer framöver att ha en utbildningssjuksköterska som kommer arbeta med innehållet i introduktionen och introduktionsprogramet</p> <p>När? Hösten 2018</p>	<p>VC Akutmottagning</p>
<p>Översyn av befintliga rutiner med uppföljning och utveckling av den dagliga styrningen och tydliggöra den organisatoriska ansvarsfördelningen på akutmottagningen.</p>	<p>Hur? Daglig styrning finns idag genom morgonmöten och den strukturen kommer att fortlöpa.</p> <p>När? Fortsättningsvis</p>	<p>VC Akutmottagning</p>
<p>Implementera befintlig rutin att akutjournal ska signeras av patientansvarig sjuksköterska och att dokumentation ske enligt gällande lagstiftning i väntan införande av digital journal.</p>	<p>Hur? Detta är en dialog som finns på morgonmöten, APT och i andra forum och där verksamheten ser att ett digitalt journalsystem skulle ge bättre förutsättningar</p> <p>När? Hösten 2018 och vidare in i 2019</p>	<p>VC Akutmottagning</p>
<p>Ta bort signering på ambulansjournal av mottagande sjuksköterska, denna ersätts av signering på akutjournal.</p>	<p>Hur? Vid byte av triageverktyg kommer ambulanssjukvårdens journal att förändras och signeringsrutan kommer att tas bort</p> <p>När? December 2018</p>	<p>VC Akutmottagning</p>

6.2 Återkoppling

Återkoppling av händelseanalysen kommer att ske till berörda medarbetare samt till hela verksamheten. Ansvarig för detta är verksamhetschef och chefläkare för VO Akut. Anhöriga kommer erbjudas ett möte med chefläkare från internmedicin samt ambulans/akuten där också verksamhetschef från akut/ambulansverksamheten deltar.

6.3 Uppföljning

Då många av de identifierade områdena även ses i andra avvikelser, analyser och patientsäkerhetsronder är åtgärderna högt prioriterade och kommer följas upp och ligga till grund för verksamhetens vidare arbete. Uppföljningen kommer ske på ledningsgrupp samt i det kvalitetsarbeten som bedrivs i verksamheten.

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

8 Bilagor

9 Bilaga 1: Analysgraf