

Datum: 2017-12-20

Händelseanalys

Tidsfördröjning på akuten.

Sammanfattning

Patient som sökte akutmottagningen initialt för trauma fot då hen ramlat. Orsaken till att patienten fallit bedöms vara infektion och patienten läggs in. Från det att patienten är färdigutredd på akutmottagningen tills det att patienten kommer till vårdavdelning, går det flera timmar. När patienten kommer till avdelning upplevs hen som försämrad och allmänpåverkad jämfört med rapporten som initialt gavs.

Bakomliggande orsak till fördröjningen på akutmottagningen anses vara beläggningssituationen på sjukhuset. Händelseanalysen visar också att det finns en rutin på akutmottagningen som behöver justeras och att det finns behov av att förbättra kommunikationen mellan personal på akutmottagningen och medföljande personal från hemtjänst/boende.

Åtgärdsförslag:

- Utredda orsaken till hög beläggning och skapa åtgärdsförslag utifrån orsaksutredningen.
- Justera riktlinje gällande specialtriagering ortopedi.
- Skapa rutin för dokumentation av övervakade patienter på akutmottagningen
- Stäm alltid av med medföljande personal vem som ansvarar för vad när patienten är på akutmottagningen och dokumentera det.

Händelsen som utretts inträffade för ca ett år sedan. Detta har inneburit att det varit svårt att utreda händelseförloppet eftersom lång tid gått och flertalet personer inte minns omständigheterna. Detta har också gjort att flera av åtgärdsförslagen redan är åtgärdade.

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	7
4.3	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling	9
6.3	Uppföljning	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Patient som sökte akutmottagningen initialt då hen ramlat flera gånger och slagit i höften som opererades någon månad tidigare. Orsaken till att patienten fallit bedöms vara infektion och patienten skrivs in som utlokaliserad till annan klinik. När patienten efter flera timmar kommer till avdelning upplevs hen som försämrad och allmänpåverkad.

Jag vill med hjälp av händelseanalysen få svar på frågan om överbeläggningssituationen eller annan orsak kan bidra till ovanstående vårdförlopp.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef för medicinklinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-10-17

Startdatum: 2017-11-09

1.3 Återföringsdatum

2 Deltagare i analysteam

Roll / titel

Analysledare/Sjuksköterska anestesikliniken

Vice analysledare/Verksamhetsutvecklare

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt involverad personal på akutmottagningen
- Journalhandlingar
- Patientadministrativa system

4 Resultat

Händelsen som utretts inträffade för ca ett år sedan. Detta har inneburit att det varit svårt att utreda händelseförloppet eftersom lång tid gått och flertalet personer inte minns omständigheterna.

4.1 Händelseförlopp

Patienten kommer till akutmottagning pga. trauma fot efter fall på boende. Patienten har medföljande personal med till akutmottagningen.

Kl. 15.33

Patienten har en psykiatrisk diagnos och är agiterad, detta gör att hen inte vill medverka till undersökning och inte kan/vill svara på frågor.

Felhändelse

Medföljande personal från boendet vet inget om patienten och kan inte heller svara på de frågor akutmottagningens personal behöver ställa.

Kl. 15.33

Patienten har med sig en vårdbegäran från boendet och utifrån den prioriteras hen enl. PM för specialtriage ortopedi till Blå prioritet, vilket innebär att vitalparametrar inte tas.

Felhändelse

Då det är svårt att få tydlighet kring händelsen då vårdbegäran är bristfällig och varken patient eller medföljande personal kan redogöra för händelsen/behovet, så borde patienten inte triageras enligt specialtriage ortopedi Blå prioritet.

Kl. 17.00

Sjuksköterska upptäcker att patienten har rosslig andning. Patienten körs in på rum och vitalparametrar tas.

Kl. 17.15

Medicineläkare tillkallas pga. patientens avvikande vitalparametrar. Prover tas och patienten åker till röntgen för röntgen av lungorna. I samråd med bakjour beslutas att patienten ska läggas in.

Kl. 20.30

Personal på akutmottagningen byter patientens blöja och ser då att det finns början till trycksår.

Felhändelse

Trots att patienten har haft medföljande personal från boende så har hen fått början till trycksår. Både personalen på akuten och medföljande personal tar för givet att den andre ansvarar för omvårdnaden.

Kl. 17.15 - 22.30

Patienten ligger kvar på akutmottagningen och är uppkopplad på övervakningsmonitor.

Felhändelse

Patienten ligger kvar på akutmottagningen trots behov av inneliggande vård. Vitalparametrar tas under tiden på akuten, men dokumenteras inte.

Kl. 22.30

Läggs in på vårdavdelning som utlokaliserad från annan klinik

Patienten vårdas för septikemi och flyttas senare till infektionsklinik

Journalgranskning och intervjuer ger ingen orsak till varför patienten blir kvar på akutmottagningen hela kvällen. Beläggningssituationen enligt det patientadministrativa systemet visar följande, vilket skulle kunna vara en trolig orsak till att patienten blir kvar på akutmottagningen:

Datum	Vårdpl.	TOTAL	KIR/ORT	MEDICIN	Tillgängliga vårdpl.
2016-12-01 12:00	102	118	48	70	-16
2016-12-01 16:00	102	110	42	68	-8
2016-12-01 21:00	102	104	40	64	-2
Totalt	306	332	130	202	-26
% beläggning					108,50%

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Bristande kommunikation mellan personal på akutmottagningen och medföljande personal

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Då det är oklart varför patienten söker vård och inte kan delta i undersökning, bör patienten inte prioriteras Blå enligt specialtriagering ortopedi.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Saknas rutin för hur dokumentation av övervakade patienter på akutmottagningen ska se ut, vad som ska dokumenteras och var det ska stå.

Omgivning & organisation

Flera överbeläggningar

4.3 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag

Utreda orsaken till hög beläggning och skapa åtgärdsförslag utifrån orsaksutredningen.

Åtgärdsförslag

Justera riktlinje gällande specialtriagering ortopedi.

Åtgärdsförslag

Skapa rutin för dokumentation av övervakade patienter på akutmottagningen, vad som ska dokumenteras och var det ska stå.

Åtgärdsförslag

Stäm alltid av med medföljande personal vem som ansvarar för vad när patienten är på akutmottagningen och dokumentera det.

Följande åtgärder har redan vidtagits:

Riktlinje för specialtriagering ortopedi är justerad – dementa eller andra patienter som inte kan redogöra för sig, kan inte prioriteras Blå.

I Melior finns ny ett sökord för "Uppkoppling" med möjlighet att fylla i ex. mätvärden.

Arbets sättet på akutmottagningen har förändrats sedan händelsen inträffade, bl.a. genom ökad läkarbemanning i form av akutläkare, transportör och hantering av patientflödena.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	7
För analysteam	5
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	15

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Att utreda orsaken till hög beläggning är inte så realistiskt. Man har istället infört daglig styrning som förebyggande åtgärd. Rutinen är igång sedan drygt ett år tillbaka. Åtgärdsförslag gällande specialtriagering ortopedi och rutin för dokumentation av övervakade patienter har redan vidtagits. Sista åtgärdsförslaget gällande vem som ansvarar för patienten när hen har medföljande personal får diskuteras med Akutkliniken. Med hänsyn till snar semesterperiod föreslås tidsplan 180930.

6.2 Återkoppling

Undertecknad (uppdragsgivarens ersättare) ansvarar för att föra vidare information till berörda enheter när åtgärdsförslagen är färdigbedömda på Akutkliniken. Sedan återkopplas information till anhöriga.

6.3 Uppföljning

Insatta åtgärder följs upp inom 6 månader efter genomförande.

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