

Datum: 2018-06-01

Händelseanalys

Alkoholförgiftad patient som inte fick traumaomhändertagande direkt på akutmottagningen

Oktober 2017

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Efter uppdrag av verksamhetschef skall händelseanalys göras efter händelse för att belysa traumaomhändertagande i Akutprocessen.

En person hittas av sin sambo sovandes i trapphuset efter att ha varit ute på kvällen och druckit alkohol. Sambon väcker personen och de går till badrum och tvättar rent och lägger sig sedan för att sova. Efter några timmar tycker sambon att personen inte betar sig som vanligt utan tillkallar ambulans. Ambulans kommer och ambulanspersonalen undersöker patienten och ser inga nya yttre skador, vitalparametrar är normala och första bedömning är att det rör sig om alkoholintox, härefter benämnd alkoholförgiftad, och de tar med patienten till sjukhus.

Patienten är sedan tidigare känd som alkoholmissbrukare med tablettbehandlad diabetes. Patienten tas in på akutmottagningens medicinklinik och undersöks och de tar ankomstprover. Bedömning om alkoholintox kvarstår och patient läggs på observationsplats för bra uppsikt då hen rör sig mycket man vill se så att hen inte gör sig illa då man inväntar tillnyktrande.

Efter läkarundersökning skrivs en remiss till röntgen för datortomografi över hjärnan då läkaren misstänker blödning.

Röntgen utförs och multipla intrakraniella skador samt blödning konstateras.

Efter det tas patienten tillbaka till akutmottagningen och överflyttas från medicinklinik till kirurgklinik. Kirurgläkare tar kontakt med centralsjukhuset för vidare specialistvård för neurotrauma och förberedelser inför transport till centralsjukhuset och behöver konsult hjälp inför intubation. Transport till centralsjukhuset sker ca sju timmar efter att patient anländer till akutmottagningen. Patienten kommer tillbaka till hemsjukhuset efter en veckas tid i centralsjukhuset, nu för palliativ vård och patienten avlider i ett snabbt skede kort efter.

Det är inte givet att utgången blivit annan om handläggning skyndats på efter att röntgen visat skador och blödning, ej heller att det blivit samma.

Felhändelser som upptäckts:

- Ej tagit, alt ej dokumenterat vitalparametrar så frekvent som borde enligt prioritering, triagefärg.
- Medvetandegrad, RLS, har ej följts upp
- Onödig tidsfördröjning mellan röntgenremiss och undersökning
- Patientansvarig sjuksköterska ej känt
- Patientansvarig läkare ej klargjort
- Patient är kvar på akutmottagning istället för vårdas på Intensivvårdsavdelning som var rätt vårdnivå när neuroskador upptäckts

Åtgärdsförslag

- Utvärdera för eventuellt nytt arbetssätt att ta in alla med sänkt medvetande av grad 3, RLS3, på akutrum och i så fall uppdatera lokala processåtgärder efter behandlingsrutiner
- Information till personal på akutmottagningen om förgiftningar, intoxer, och medvetandesänkta tillstånd
- Utbildningsinsats om medvetandebedömning
- Se över möjligheter att kunna differentiera graden av hur akut undersökningar i bokningssystemet

- Förbättra rutiner för kommunikation och överrapporteringar sjuksköterskor på akutmottagningen och läkare över kliniker
- Utbildningsplan neurotrauma
- Patient ska till rätt vårdnivå efter röntgensvaret
Läkare från akutmottagningen ska kontakta Narkosläkaren omgående för vidare vård på intensivvårdsavdelning

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	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Analysen skall belysa traumaomhändertagande i Akutprocessen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Område M

Skaraborgs Sjukhus

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-05

Startdatum: 2017-12-06

1.3 Återföringsdatum

2018-06-01

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Vårdadministratör

Vice analysledare / Sjuksköterska

Analysteammedlem / Sjuksköterska

Analysteammedlem / Läkare

Analysteammedlem / Läkare

Analysteammedlem / Läkare

Analysteammedlem / Sjuksköterska

Enhet

Akutmottagning, Ambulansverksamhet, AVA

Akutmottagning, Ambulansverksamhet, AVA

Akutmottagning, Ambulansverksamhet, AVA

Kirurgi, Urologi, Palliativ vård

Medicin, Neuro/Rehab

Akutmottagning, Ambulansverksamhet, AVA

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. Se hela händelsekedjan som graf i bilaga 1.

201710xx, tidig morgon

Patient som druckit alkohol har hittats i trapphus av sambon. Sambon har hjälpt hen upp till badrum och tvättat av bland annat avföringsavgång och hen har sedan lagt sig i sin säng.

Efter någon timma upplever sambon att hen har försämrats och behöver hjälp och larmar ambulans.

1. h1

Larm till ambulans.

Både namn, adress och visst alkoholmissbruk och tablettbehandlad diabetes är sedan tidigare kända av ambulanspersonal som efterfrågar poliseskort till känd och ofta stökig adress innan de åker. Detta nekas då ingen finns att skicka för att de är redan ute på andra uppdrag.

Ambulans åker dit själva.

2. +15min

Ambulanspersonal går upp till patient och påbörjar undersökning.

De tar vitalparametrar på vaken patient som inte talar. Kroppen är hel och det är inga synliga skador eller blödningar förutom litet blåmärke vid vänster öga även lite torkat näsblod.

Patienten kan ta sig fram själv med stöd men behöver lyftas ner för trappan ut till ambulans.

3. + 1h10min

Ambulans förvarnar till akutmottagning och rapporterar att de har en patient med misstanke om allvarlig alkoholintox (alkoholförgiftning), som är svårväckt. De nämner att patienten har hittats i trapphus.

Ansvarig SSK har noterat: blåmärke? Andra droger? P-glukos 10,0.

Förvarningen resulterar i "EJ LARM", vilket innebär mottagande på vanligt undersökningsrum med sjuksköterska som första kontakt och sedan läkarundersökning.

4. + 1h20min

Patienten tas emot av sjuksköterska på medicinkliniken på akutmottagning och tas med in på vanligt rum, nr5.

Ankomst- och alkoholförgiftnings-prover tas, vilket innebär snabbsänka (CRP), Blodstatus, Elstatus (salterna i blodet) och förgiftnings (intox)-prover analyserar leverstatus, paracetamol och Etanol (alkohol) i blodet.

Första registrerade vitalparametrar (VP) på akutbladet är ambulansens noteringar. Akutmottagningens första notering är 2,5h senare.

Felhändelse

- Ej tagit, alternativt ej dokumenterat, vitalparametrar så frekvent som de borde enligt prioritering och bedömning av tillsynsintervall (triagefärg). Patienten var bedömd till orange, vilket innebar tillsyn och vitalparameterkontroll var 15 min.
 - Bakomliggande orsak: Procedurer/ rutiner och riktlinjer; Patient är uppkopplad och vitalparametrar följs på monitor men dokumenteras inte på akutblad.
 - Rutin att dokumentera vitalparametrar från monitorn till akutblad finns men efterföljs inte.
- Vakenhetsgradsbedömning (RLS) har inte följts upp alls.
 - Bakomliggande orsak: Utbildning & Kompetens
 - Kompetensbrister i RLS-kunskaper bland omvårdnadspersonal.

5. + 1h 20min

AT-Läkare undersöker patient som nu ligger ute på observationsplats för bättre och lättare tillsyn från klinikdisken än att vara inne på separat rum.

Utifrån undersökningen skrivs en akut datortomografi över hjärna med frågeställning blödning infarkt, (Ej akut multitrauma CT) då patient var asymmetrisk vid smärtstimulans och hade en blickdeviation. Medicinläkare rådfrågar narkoskompetens inför CT för att få hjälp med bedömning av patient inför röntgen då patienten var medvetandesänkt. Narkosläkare dröjer men bedömer patienten ha fria luftvägar och kan då enligt narkosbedömning köras riskfritt till röntgen. Medicin AT-läkare följer ändå med patient på röntgenundersökning. Läkaren får direkt vid röntgenundersökning muntligt svar om att patienten har multipla intrakraniella blödningar och frakturer på skallen.

Vid undersökning av händelsen ser vi att tidpunkter för olika registreringar i Elvis och journal inte är konsekventa. Vilket tyder på att vem som varit patientansvarigsjuksköterska inte varit känt och att överrapporteringar vid lunch brustit, vilket bekräftats i intervju.

Enligt tidsbokningssystem ser man att det är lång tid mellan de olika aktiviteterna Väntar röntgen +2h25min. CT utförs +3h 38min. Signerat svar +4h56min

Felhändelse

- Onödig tidsfördröjning mellan remiss och undersökning.
 - Bakomliggande orsak: Procedur/rutiner och riktlinjer
 - Det saknas tillförlitliga sätt att flagga upp urakuta undersökningar i beställningssystemet för röntgenundersökningar som stärker upp den muntliga kontakten som tas men som är skör på grund av raster och skiftbyten
- Patientansvarig sjuksköterska är ej känt.
 - Bakomliggande orsaker: Kommunikation och information
 - Rutinen för överrapportering och dokumentation har inte följts

6. +4h

Utskrivning från Medicin 13:11.

Överflyttning till Kirurgkliniken kl 14:00 digitalt i aktivitetssystemet, Elvis, men Medicinläkare kontaktar Kirurgläkare efter röntgensvar och överlämnar patient till kirurgsidan, kl 12.38
Patienten tas med tillbaka till akutmottagningen efter röntgen. Undersökning för traumahändelse genomförs av kirurgläkare på en medvetandesänkt patient.

Felhändelse

- Kommunikation/rapport mellan Medicin- och Kirurg-klinikernas sjuksköterskor har brustit
Vilken läkare som är patientansvarig läkare (PAL) är inte känt mellan Medicin-, Kirurg- och Intensivvårdsläkare.
- Pat ligger kvar på akuten istället för rätt vårdnivå när neurologiska skador verifierats.
 - Bakomliggande orsak: Procedur/rutiner och riktlinjer
 - Inte följt rutiner för Patientansvarig läkare (PAL) överrapporteringar
 - Inte följt rutiner om vårdnivå vid neurologiska skador
- Journalföring av traumaundersökning och överrapporteringar görs i efterhand
 - Bakomliggande orsak: organisation, omgivning
 - På grund av arbetsbelastning för Kirurgläkaren.

7. +5-7h

Kirurgläkare kontaktar centralsjukhuset för dialog om fortsatt vård.

Kirurgläkare efterfrågar narkosläkare att intubera patient inför transport men blir nekad då de har olika uppfattning. Efter ytterligare dialog med centralsjukhuset och helikopterläkare, flyttas patient till intensivvårdsavdelning kl +7h efter ankomst till akutmottagningen för intubation inför transport till centralsjukhuset.

Enligt dialog med centralsjukhuset ska patient till Neuro-intensivvårdsavdelningen genom akuten men hamnar sedan på Central-intensivvårdsavdelningen.

Felhändelse

- Inte tagit kontakt med narkosjour.
Patient har inte rapporterats från intensivvårdsjour på hemsjukhus till central/neuro - intensivvårdsjour på centralsjukhuset för övertransport.
Bakjour gjorde intubering istället för primärjour som haft kontakt med patient tidigare under dagen.
 - Bakomliggande orsak: Procedur/rutiner & Riktlinjer: Man har frångått regional riktlinje om Patientansvarigläkare då det rådde oklarheter kring vem som hade patientansvar som läkare som gjorde att stor del av vården utfördes på fel vårdnivå då man tog tillbaka patient till akutmottagningen istället för vidare vård på IVA

8. Dag 0-6

Transporteras till centralsjukhuset och vårdas på Central intensivvårdsavdelning.
Patient var ej aktuell för vidare neurologisk behandling utan skickas tillbaka till hemsjukhus 7 dagar senare för palliativ vård.

9. Dag 7-8

Efter att patient är åter på hemsjukhuset blir det ett snabbt palliativt skede.
Patienten avlider en vecka efter händelsen.

Det är inte givet att utgången i händelsen hade blivit annan om handläggning efter röntgen skyndats på, ej heller givet att det blivit detsamma.

Angående traumaomhändertagandet i händelsen så gjordes traumaundersökning när skador var bekräftade efter röntgen på akutmottagningen, innan dess tolkades patienten ha vårdbehov inom medicinklinik.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation och Teknik, utrustning & apparatur.

Kommunikation & information

- Inte följt rutiner för patientansvarig sjuksköterksa (PAS) överrapportering
- Inte följt rutiner för patientansvarig läkare (PAL) överrapportering

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Rutin att dokumentera ner vitalparameter (VP) från monitor till akutblad efterföljs inte
- Kompetensbrister i medvetandebedömningar RLS-kunskap bland omvårdnadspersonal
- Saknas tillförlitliga sätt att flagga upp urakuta undersökningar i bokningssystemet.

- Frångått regionala riktlinjer då oklarheter kring patientansvarig läkare (PAL) som gjorde att stor del av vården utfördes på fel vårdnivå då patient togs tillbaka till akutmottagning istället för fortsatt vård på intensivvårdsavdelning.

Utbildning & kompetens

- Kunskap om neurotrauma behöver aktualiseras
- Kompetensbrister i RLS-kunskap bland omvårdnadspersonal

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd gjorda.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

- Patient ska till rätt vårdnivå efter röntgensvaret.
- Medicin- och Kirurg-läkare ska kontakta narkosläkaren omgående för vidare vård på intensivvårdsavdelning.
- Se över möjligheter att kunna differentiera graden av hur akut undersökning är i bokningssystemet som tillägg utöver muntlig kontakt vid väldigt akuta bokningar.
- Utbildningsinsats på akutmottagning om medvetandebedömning (RLS)
- Utbildningsplan neurotrauma på intensivvårdsavdelning
- Utvärdera för eventuellt nytt arbetssätt att ta in alla medvetandesänkta patienter enligt bedömningskriterier (RLS3) på akutrum och i så fall uppdatera lokala processåtgärder efter bedömnings- och prioriteringsinstrumentet (RETTTS)
- Förbättra dokumentation på akutblad
- Förbättra rutiner för kommunikation och överrapporteringar sjuksköterskor och läkare på akutmottagningen.
- Information till personal på akutmottagningen angående förgiftningar, intoxer.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	45
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	77

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärdsförslagen är alla realistiska och som verksamhetschef stödjer vi arbetet med de åtgärdsförslag som analysteamet har tagit fram. Det är inte realistiskt att tro att man ser effekten av dem alla direkt då det tar tid att informera, utbilda och att sätta nya arbetsätt i en organisation där så många arbetar i olika arbetslag varje arbetspass men med en plan och uppföljning över tid kommer resultaten.

6.2 Återkoppling

Analysen går igenom och följs upp på ledningsgruppsmöten och de enheter som är direkt berörda går igenom analysen och åtgärdsförslagen under möten med arbetsgrupperna.

6.3 Uppföljning

Enhetschefer och processchef rapporterar på ledningsmöte i nov 2018 och verksamhetschef stämmer av med verksamhetschef på annat område att de gör sina åtgärder.

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