

Patient som druckit alkohol har hittats i trapphus av sambon. Sambon har hjälpt hen upp till badrum och tvättat av bla faecesavgång och hen har sedan lagt sig i sin säng. Efter någon timma upplever sambon att hen behöver hjälp och larmar ambulans.

1. Larm till ambulans. Både namn, adress och visst alkoholmissbruk och tablettbehandling diabetes är sedan tidigare kända av ambulanspersonal som efterfrågar poliseskort innan de åker. Detta nekats då ingen finns att skicka. Ambulans åker dit själva.

2. Ambulanspersonal går upp till patient. Tar vitalparametrar på vaken pat. som inte talar. Rörelseapparat är intakt. Inga synliga skador el blödningar förutom litet blåmärke vid vä öga även lite torkat näsblod. Patient kan ta sig fram själv med stöd men behöver lyftas ner för trappan ut till ambulans.

3. Ambulans förvarnar till akutmottagning och rapporterar att de har en pat , troligen alkoholintox som är svärökt. Nämner att pat. hittats i trapphus. Ansvarig SSK har noterat blåmärke? Andra droger? P-glukos 10,0. Förvarningen resulterar i EJ LARM.

4. Patient tas emot av Med.SSK och tas med in på vanligt rum, nr5. Ankomst- och Intoxprover tas. Första registrerade vitalparametrar (VP) på akutbladet kl 0955 är ambulansens noteringar. Akutmottagningens första notering om VP är kl 1225

Felhandling
Ej tagit, allt ej dokumenterat vitalparametrar så frekvent som borde enligt triagefärg. RLS har inte följts alls.

5. AT- Läkare undersöker pat nu liggandes på observationsplats. Utifrån bedsidedömning skrivs en akut CT hjärna med frågeställning blödning infarkt. (Ej akut multitrauma CT). Rådfrågar Narkoskompetens inför CT. Narkosläkare dröjer men AT-läkare följer ändå med på CT. Får muntligt svar om multipla interkraniala blödningar och frakturer. Enligt Elvis: Väntar röntgen 11.25. CT utförs 12.38. sign.svar 13:56

Felhandling
Onödig tidsfördröjning mellan remiss och undersökning. PASansvar är ej känt.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Pat är uppkopplad och VP följs på monitor men dokumenteras inte på akutblad

Orsak (Varför?/ Därför att)
Kompetensbrister i RLSkunskap bland omvårdnadspersonal

Orsak (Varför?/ Därför att)
Hög personalomsättning de senaste åren

Orsak (Varför?/ Därför att)
Saknas tillförlitliga sätt att flagga upp urakuta undersökningar.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Inte följt rutiner för PAS överrapportering och dokumentation.

Procedurer/rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak
Rutin att dokumentera ner VP från monitorn på akutblad efterföljs inte

Procedurer/rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak
Vid strukturerat arbetssätt på larmrum bedöms vakenhetsgrad

Utbildning & kompetens
Bakomliggande orsak
Kompetens saknas angående RLSbedömning och Intoxpåverkan

Procedurer/rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak
Systemet för röntgenbokningar har inte valmöjligheter för gradering av akuta bokningar

Åtgärdsförslag
Förbättra dokumentation på akutblad

Åtgärdsförslag
Utvärdera för ev nytt arbetssätt att ta in alla RLS3 på akutrum (isf uppdatera lokala processåtgärder efter RETTS)

Åtgärdsförslag
Information till personal på akutmottagningen ang intoxer och medvetandesänkta tillstånd.

Åtgärdsförslag
Utbildningsinsats medvetandebedömning RLS

Åtgärdsförslag
Se över möjligheter att kunna differentiera graden av hur akut undersökning är i OM, typ tillägg URakut.

+6h

+6h - +9h

från dag 0 till dygn 7

dygn 8

6. Utskrivning från Medicin 13:11. Övertag Kirurgen kl 14:00 i Elvis, men M- läkare kontaktar K- läkare efter CT-svar och överlämnar patient till kirurgsidan. Patient tas med tillbaka till akutmottagningen efter röntgen. ATLS- undersökning genomförs.

Felhandling
Kommunikation/ rapport Med/ Kir SSK PASansvar är inte känt.

Patient ligger kvar på akuten istället för rätt vårdnivå när neuroskador verifierats.

Journalföring av ATLS- undersökning och överrapportering görs i efterhand pga arbetsbelastning för Kirurgläkaren.

7. K- läkare kontaktar centralsjukhus för dialog om fortsatt vård. K- läkare efterfrågar narkosläkare att intubera pat inför transport. Blir nekad. Efter ytterligare dialog med centralsjukhus och helikopterläkare, flyttas pat till IVA kl 1642 för intubation inför transport till centralsjukhus.

Enligt dialog med centralsjukhus ska patient till NIVA genom akuten men hamnar sedan på CIVA.

Felhandling
Fördröjd kontakt med narkosjour efter röntgensvar. Patient ligger kvar på akuten istället för att vårdas på IVA som är rätt vårdnivå när neuroskador verifierats.

Har inte rapporterats från IVAjour hemsjukhus till C/ N- IVAjour centralsjukhus för övertransport., =frångått regional riktlinje. Bakjour gjorde intubering istället för primärjour som haft kontakt med pat tidigare under dagen.

8. Transporteras till centralsjukhus. Vårdas på CIVA. Ej aktuell för vidare neurologisk behandling utan skickas tillbaka till hemsjukhus 13/ 10 för palliation.

Efter åter till hemsjukhuset snabbt palliativt skede. Avlider 8dygn efter händelsestart

Orsak (Varför?/ Därför att)
Inte följt rutiner för PAL överrapporteringar

Orsak (Varför?/ Därför att)
Kunskap om neurotrauma behöver aktualiseras

Orsak (Varför?/ Därför att)
Frångått regionala riktlinje gällande IVA- vårdnivå.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Oklarheter kring patientansvarig läkare.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Stor del av vården utfördes på fel vårdnivå.

Orsak (Varför?/ Därför att) Man tog tillbaka pat till akut istället för vidare vård på IVA

Kommunikation & information
Bakomliggande orsak
Olika uppfattningar om ansvar och vårdnivå

Utbildning & kompetens
Bakomliggande orsak
Bristande kunskap om neurotrauma och

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak
Olika uppfattningar om ansvar och vårdnivå

Åtgärdsförslag
Förbättra rutiner för kommunikation och överrapporteringar SSK Akutmottagningen och läkare över kliniker.

Åtgärdsförslag
Utbildningsplan neurotrauma på IVA

Åtgärdsförslag
Patient ska till rätt vårdnivå efter röntgensvaret.
M/ K- läkare ska kontakta Narkosläkaren omgående för vidare vård på IVA.