

Kunskapsbanksnummer: KB500315

Datum: 2019-06-20

# Händelseanalys

## Sepsisprocessen

Februari 2019

Analysledare:

Hälso- och sjukvård  
Region Sörmland

## Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen var att utreda vårdförloppet för en patient med sepsis inför ställningstagande till ev anmälan enligt lex Maria samt ta fram åtgärdsförslag som skulle kunna optimera vårdförloppet för liknande patienter i framtiden. Åtgärdsförslagen innefattar även moment som i föreliggande fall inte påverkade vårdförloppet eller utgången för patienten men som av analysteamet bedömdes innehålla risker.

Händelsen gäller en multisjuk patient född på 50-talet som efter ca en veckas förkylning sökte vård pga hosta och sänkt allmäntillstånd. I väntan på läkartid kontaktades ambulans som bedömde att patienten inte behövde tas direkt till sjukhus. Läkartiden flyttades till dagen efter. Läkare på vårdcentralen remitterade patienten till lungröntgen och därefter akutmottagning (AKM). Patienten hade högt CRP och lågt blodtryck men bedömdes kunna ta sig till sjukhuset med närstående. På AKM mycket påverkad i vad som visade sig vara en sepsis. Lades efter kontakt med infektionsläkare in på akutvårdsavdelning som medicinpatient. Förflyttades under natten till intensivvårdsavdelning (IVA) men blev inte bättre på insatt behandling. Avled efter ca ett dygns sjukhusvård. Sammanfattningsvis var de bakomliggande orsakerna till händelseförloppet:

- Sepsisprocessen saknar ledning.
- Icke ändamålsenligt journalsystem.
- Bristande kunskap/kompetens avseende att identifiera och omhänderta akut sjuk patient, läkarbesök utan tolk.
- Ingen muntlig överrapportering från vårdcentral till AKM, otydlighet/oenighet kring gränssnittet mellan Kliniska beslutsenheten (CDU)/akutläkare och övriga kliniker samt kring kriterier för vilka patienter som ska vårdas av infektionskliniken. Rondrutiner följs inte på intermediärvårdsavdelningen (IMA).
- Avsteg från gällande dokumentationsrutin avseende brytpunktsamtal och inskränkt behandling.

Åtgärdsförslag som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna handlade sammanfattningsvis om att:

- Nystarta Sepsisprocessen och fortsätta implementeringen på vårdavdelningar och i primärvården
- Säkerställa att nya journalsystemet (FVIS) ger beslutsstöd och är överskådligt.
- KULT-platser, medvetenhet om bristen på erfarenhet hos läkare utan AT
- Rutiner för enkel triagering så att allvarligt sjuka identifieras samt utbildning/teamövning.
- Fungerande rutin för tolkbeställning.
- Samverkansforum så enighet kring arbetssätt på AKM och kriterier för infektionspatient säkerställs. Följa rondrutiner IMA.
- Se över rapportering/remittering från vårdcentral till AKM.
- Aktualisera vikten av att dokumentera innan man avslutar sitt arbetspass och följa gällande regler för krav på dokumentation av beslut om inskränkt behandling (IB).

## 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	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång .....	10
6	Kommentarer från berörda chefer .....	11
7	Återkoppling.....	13
7.1	Uppföljning .....	14
8	Ordförklaringar .....	15
9	Bilagor.....	15

## 1 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att utreda händelseförloppet samt vara underlag för ställningstagande till lex Maria. Patient född på 50-talet inkommer till vårdcentral med feber och förkylningssymtom. Patienten skickas med anhörig att på egen hand ta sig till röntgen på länssjukhuset. Därefter till akutmottagningen där patienten har påverkat allmäntillstånd. Sepsis misstänks och kontakt tages med infektionskliniken. Akutläkaren bedömer att ineliggande vård är nödvändig och att intermediärvård (IMA), akutvårdsavdelning (AVA) eller intensivvårdsavdelning (IVA) kan vara aktuell vårdnivå. Patienten är cirkulatoriskt och respiratoriskt instabil med ett RLS på 2. Oklarheter vilken klinik patienten ska tillhöra och var patienten ska vårdas. Oklart om vårdprocessen för sepsis har följts. Patienten inlägges på AVA och senare på IVA och avlider.

### 1.1 Uppdragsgivare

Chefläkare Patientsäkerhetsenheten  
Hälso- och sjukvård Region Sörmland

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-26

Startdatum: 2019-03-26

Rapporten skickad till berörda direktörer/verksamhetschefer för kommentarer 2019-05-20

### 1.3 Återföringsdatum

Slutrapport skickad till uppdragsgivaren 2019-06-19

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysteamsmedlem/ Sjuksköterska	Ambulanssjukvården
Analysteamsmedlem/ Sjuksköterska	Vårdcentralen
Analysteamsmedlem/ Läkare	Vårdcentralen
Analysteamsmedlem/ Undersköterska	Radiologen
Analysteamsmedlem/ Sjuksköterska	Radiologen
Analysteamsmedlem/ Sjuksköterska	Akutmottagningen/Akutvårdsavdelningen
Analysteamsmedlem/ Läkare	Akutkliniken
Analysteamsmedlem/ Läkare	Infektionskliniken
Analysteamsmedlem/ Sjuksköterska	Intensivvårdsavdelningen
Analysteamsmedlem/ Läkare	Anestesikliniken
Analysledare/Läkare	Patientsäkerhetsenheten
Analysledare/Sjuksköterska	Patientsäkerhetsenheten

Läkare från medicinkliniken var anmäld men deltog inte vid analystillfället.

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt involverad personal: läkare på vårdcentralen, medicinläkare, sjuksköterska IVA
- Intervju med expert/sakkunnig angående sepsisprojektet/processen
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt involverad personal: akutläkare, anestesiläkare,
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig: infektionsläkare
- Kunskapsbanken
- Internutredning eller motsvarande: utlåtanden från kvalitetsutvecklare radiologiska kliniken, verksamhetschef infektionskliniken och verksamhetschef anestesikliniken.

Utöver denna specifika händelse har hänsyn tagits till hur verksamheten brukar bedrivas samt till ytterligare en avvikelse rapport avseende en patient med sepsis som initialt vårdades på Öron-Näsa-Halsmottagning och Ögonmottagning. Risker som identifierats utifrån detta har tagits i beaktande och inkluderats i åtgärdsförslagen även om de inte påverkade aktuell patients vårdförlopp.

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Nedanstående händelsebeskrivning bygger på det som framkommit i samband med faktainsamlingen som finns redovisad ovan. Grafisk beskrivning finns i bilaga 1.

Händelsen gäller en patient född på 50-talet med diabetes typ två, njursvikt stadium fyra och ischemisk kardiomyopati med ICD (inopererad hjärtstartare). Icke svensktalande men har närstående som talar god svenska. Är inte så pigg på att åka in till sjukhuset. Nyligen ineliggande pga bruten arm. Nu förkyld sedan ca en vecka.

Kontaktar vårdcentralen pga hosta och sänkt allmäntillstånd 190213 och får en tid samma eftermiddag, men försämras och närstående ringer efter ambulans. Enligt ambulansjournal från 190213 följande status: andningsfrekvens (AF) 16, Syresättning (SpO2) 95 %, hosta, blodtryck (BT) 135/81, puls (P) 95, hud normal, normal medvetandenivå (RLS 1), Temp 38,3. Förkyld och tilltagande svag. Ambulanspersonal bedömer att patienten inte behöver transporteras in till sjukhus eftersom läkartid finns på vårdcentralen till eftermiddagen och det troligen rör sig om en övre luftvägsinfektion. Patienten hinner dock inte till vårdcentralen och får en ny tid till nästa dag. Erbjuds sjukresa med rullstol och trappklättrare som närstående avböjer.

När de dagen därpå (190214) ska ta sig till vårdcentralen orkar patienten inte stå och närstående önskar sjukresa. Detta går dock inte att få fram med så kort framförhållning. Närstående fixar under tiden fram en rullstol och tar sig på egen hand till vårdcentralen. Kommer till bokade besöket kl 13.15 något försenat och bedöms av nybliven ST-läkare. Besöket genomförs med medföljande närstående som tolk eftersom det saknas telefonnummer till den bokade tolken.

Noteras hosta och upplevt försämrat allmäntillstånd men ingen feber. Patienten ser trött ut, har rassel på båda lungorna, men bedöms i övrigt vara relativt opåverkad. Läkaren reagerar främst på ett högt CRP (>180). Rådfrågar sin handledare och det överenskomms att skicka remiss för lungröntgen och remiss till medicinkliniken på akutmottagningen (AKM). Inför remisskrivning tar sjuksköterska vitalparametrar och det noteras en puls 98, andningsfrekvens 28, SpO2 100 % och lågt blodtryck 68/55, vilket tolkas som effekt av intorkning och patientens njursvikt. Patienten uppmanas ta sig till sjukhuset och eftersom närstående inte får in patienten i bil tar de bussen.

På radiologiska avdelningen är patienten medtagen och lungröntgen utförs sittande i rullstol varefter patienten hänvisas med närstående till AKM. Svar skrivs och preliminärsigneras kl 15.13 (bilaterala pneumoniska infiltrat och lindrig stas).

Anmäler sig kl 15.05 i receptionen på AKM. Får uppge hela sjukdomsförloppet igen, tas därefter in för triagering vid Kliniska beslutsenheten (CDU) som är bemannad med akutläkare, samt sjuksköterska och undersköterska (start triagering dokumenterad kl 15.53). Patienten sitter i rullstol med huvudet hängande bakåt, slutna ögon. Vid triagering påverkade vitalparametrar (BT 62/xx, påverkad i medvetandegrad RLS 2, SpO2 87%). Tas direkt till akutrummet och omhändertas som larm med hög (röd) prioritet. Vårdas enligt gängse arbetssätt för misstänkt sepsis med dropp, syrgas, odling och antibiotika. Stabiliseras i blodtryck, andning och medvetande.

Akutläkaren kontaktar infektionsläkare angående strategi för antibiotikabehandling pga kraftigt förhöjt kreatinin 860. Infektionsjouren återkommer efter att ha diskuterat med bakjour/övriga på kliniken med svar angående antibiotikastrategi (Tazocin) samt meddelar att patienten inte är aktuell för vård hos dem och att man från infektions sida bedömt att hon återhämtat sig cirkulatoriskt och i medvetande för snabbt för att det säkert ska handla om sepsis samt att det kan vara patientens njursvikt som är grund- och huvudproblemet. Infektion bedömer därför att patienten bör vårdas av medicinkliniken. Rapporteras till medicinjour vid 17-tiden för inläggning (inläggningsanteckning gjord kl 17.20). Kvarstannar på AKM i väntan på influensaprovsvär.

Överflyttas kl 20 till akutvårdsavdelning (AVA) efter att influensaprover visat positivt (influenza A). Anses inte vara i behov av intensivvård och kan inte beredas plats på intermediärvårdsavdelning (IMA) eftersom hen är i behov av enkelrum. Vårdas på AVA med täta kontroller. Tamiflu insatt men osäkert om patienten fått i sig detta pga sitt allmäntillstånd. Blir sämre under kvällen, kontakter med medicinjour samt narkosjour tas ett flertal gånger men patienten svarar inte på behandlingen. Vid 23.30-tiden generellt påverkade vitalparametrar (NEWS 14 poäng). Narkos- och medicinjourerna kommer kl 00.15 och patienten överflyttas till intensivvårdsavdelningen (IVA) för optimering.

På IVA 190215 högflödes syrgas, inotrop behandling mm. Senare fås en positiv blododling med växt av Staf aureus vilket gör att Tazocin byts ut mot Ekvacillin. Dålig urinproduktion (anurisk), medvetandesänkt, utvecklar acidosis och ytterligare försämrad andning, förbättras inte på insatt behandling. Täta kontakter med närstående som hela tiden vistas på IVA. Brytpunktssamtal

genomförs med närstående och vården inriktas till att säkerställa välbefinnande. Ställningstagande till behandlingsinskränkning, inklusive att inte starta dialys tas på fm men dokumenteras inte. Patienten avlider lugnt kl 17.48 i närvaro av närstående.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

De identifierade bakomliggande orsakerna till händelseförloppet samt till de moment som i föreliggande fall inte påverkade vårdförloppet eller utgången för patienten men som av analysteamet bedömdes innehålla risker hörde till följande orsaksområden: Kommunikation & information, Omgivning & organisation, Procedurer/rutiner & riktlinjer, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information.

### Omgivning & organisation

- Regionens sepsisprojekt som under 2016 gick över i klinisk process saknar processledning. Finns därmed ingen som ansvarar för att hålla vårdprocessrutiner, styrande dokument och utbildningar uppdaterade och den planerade utvidgningen av implementeringen till primärvård, mottagningar och barn blev aldrig genomförd.
- Brist på KULT-platser (Kompletterande underläkartjänstgöring för legitimerade läkare) för introduktion av läkare från andra europeiska länder som inte gjort AT-tjänst.

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Bytt tolkförmedlare och befintliga rutiner är inte fullt ut anpassade och implementerade utifrån nya förutsättningarna på vårdcentralen.
- Stort flöde till de stora klinikerna på AKM och rutinmässig muntlig överrapportering sker inte från vårdcentralen.
- Finns en otydlighet och oenighet kring gränssnittet och arbetsfördelningen mellan CDU/akutläkare och övriga kliniker på AKM.
- Infektionskliniken har en beslutad rutin för prioritering angående vilka patienter de ska ansvara för (diarienummer LS-INEK17-0069) men på AKM råder inte konsensus kring fördelningen av ansvar för patienter med infektionsdiagnoser.
- Rondrutiner följs inte av alla kliniker som har patienter på IMA vilket medför längre vårdtider än nödvändigt.
- Avsteg från gällande dokumentationsrutin avseende brytpunktsamtal och inskränkt behandling på IVA.

### Teknik, utrustning & apparatur

- Nuvarande journalsystem ger inte beslutsstöd, och flaggar inte för allvarlig situation och är svårt att hitta information i. Remisser hamnar i dokumenthanteringen i journalsystemet, inte direkt i journalen.

#### **Utbildning & kompetens**

- Bristande kunskap/kompetens avseende att identifiera och omhänderta akut sjuk patient på vårdcentralen.
- Ev bristande medvetenhet hos ny personal angående betydelsen av att alltid bedöma patientens tillstånd och agera utifrån detta på radiologiska avdelningen.
- Remiss skrivs i elektroniska journalen och patient ska ha med en utskriven kopia till AKM. I föreliggande fall hade patienten denna kopia med men enligt analysteamet förekommer det att patienter kommer till AKM utan att ha fått med sig utskriven kopia. Ev finns det en okunskap på AKM om var i journalen man hittar akuta inremisser.

#### **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

Övriga upptäckta risker är inkluderade i ovan beskrivna bakomliggande orsaker. T.ex. fick i detta fall patienten optimal sepsisvård på sjukhuset men avsaknad av formell sepsisprocess och styrande dokument för densamma medför risk för ojämlik vård och att senaste evidens inte blir implementerad.

#### **4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader**

Ej beräknat.

#### **4.5 Åtgärdsförslag**

Analysteamet kom fram till nedanstående åtgärdsförslag som skulle kunna bidra till en ökad patientsäkerhet.

##### **Förslag till Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL)**

- Resurssätta Sepsisprocessen med ansvarig processledare och styrgrupp så att rutiner, styrande dokument och utbildningar uppdateras fortlöpande utifrån gällande evidens och sepsisprocessen implementeras i hela vårdkedjan (inkl. primärvård, mottagningar, vårdavdelningar, barn).

##### **Förslag till HR**

- Tillse att tillräckligt antal platser finns för KULT.



- Informera samtliga verksamhetschefer om att de behöver beakta bristen på erfarenhet vid tjänstgöringsschema och introduktion samt handledning för läkare utan AT och att de bör erbjudas grundutbildning i akutomhändertagande.

#### **Förslag till projektledning för framtidens vårdinformationsstöd (FVIS)**

- Säkerställ att nya journalsystemet ger beslutsstöd och flaggar för allvarlig situation.
- Säkerställ att nya journalsystemet är mer lättöverskådligt att finna information i och att remisser är lätta att hitta.

#### **Förslag till verksamhetschef vårdcentralen**

- Aktualisera vikten av att även skriva ut en papperskopia på remissen som patienten får ta med till AKM.
- Tillse att introduktion av läkare utan AT även inkluderar omhändertagande av akutpatienter.
- Aktualisera vikten av att konsultera handledare och att handledare uttrycker att de önskar återkoppling om avvikande värden fås.
- Hitta och implementera rutiner för enkel triagering så att allvarligt sjuka identifieras. (T.ex. NEWS och STRAMAs Regnbågsbroschyr).
- Revidera befintlig rutin för tolkbeställning och säkerställa att den nya rutinen är känd av alla berörda medarbetare.
- Tillse att all personal i patientvårdande roll går utbildning och teamträning (för att identifiera, reagera och adekvat agera vid akuta tillstånd (redan planerat för proACT-utbildning)).

#### **Förslag till verksamhetschef radiologiska kliniken**

- Aktualisera vikten av att alltid bedöma patientens tillstånd i så väl väntrum som under undersökningstillfället samt att personal följer patient till AKM och påtalar vikten av omedelbart omhändertagande.

#### **Förslag till verksamhetschef akutkliniken**

- Initiera samverkansforum med övriga berörda kliniker på AKM och vid behov lyfta frågan till divisionscheferna så att rutiner för samverkan mellan CDU/akutläkare och övriga kliniker kan tas fram och enighet säkerställas kring arbetssätt på AKM samt kring fördelning av ansvar för patienter med infektionsdiagnoser.
- Se över hur rapportering/remittering från vårdcentral till AKMs större kliniker bör ske när det gäller patienter med svårare tillstånd men utan behov av ambulanstransport. Tydlig rutin finns för "små" jourlinjer (t.ex. öron).
- Tillse att all personal på AKM vet hur man hittar akuta inremisser i journalen (akutläkare, sjuksköterskor och undersköterskor).

- Aktualisera till alla verksamhetschefer för spridning inom respektive klinik vikten av att rondrutin på IMA följs och att patienterna tas därifrån så fort deras tillstånd inte längre kräver IMA-vård.

#### **Förslag till verksamhetschef anestesikliniken**

- Aktualisera vikten av att dokumentera innan man avslutar sitt arbetspass samt tillse att kraven på dokumentation av beslut om IB följs.

#### **Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:**

Vårdcentralen har redan planerat för utbildning i ProACT.

## **5 Tidsåtgång**

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	32
För analysteam	44
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	8
SUMMA	84

## 6 Kommentarer från berörda chefer

Enligt regionens rutin kommenterar berörda verksamhetschefer/motsvarande analysen.

### HSL –hälso-och sjukvårdsdirektör

Divisionschef Medicin kommer skicka begäran till utvecklingsenheten för resurs i form av verksamhetsutvecklare som håller samman arbetet med sepsispatientflödet som berör flera divisioner och verksamheter. Styrgrupp för arbetet föreslås vara lokalt programområde infektionssjukdomar med stöd av respektive divisionschef med verksamhet som berörs.

### HR-chef hälso- och sjukvård

- Antalet KULT- platser bygger på ett politiskt beslut och därmed medel som är kopplade till dem. Det krävs i så fall ett resonemang med politiken om vi ska se över detta.
- När det gäller punkten *Informera samtliga verksamhetschefer om att de behöver beakta bristen på erfarenhet vid tjänstgöringsschema och introduktion samt handledning för läkare utan AT och att de bör erbjudas grundutbildning i akutmhändertagande* ser vi inte att HR-funktionen kan ta ansvar för detta kontinuerligt. Självklart kan vi gå ut med en generell information i samband med det inträffade men vi har inte system som stödjer analys av kompetensbrister (fortlöpande). Det vi skulle kunna göra är att se över om det finns något systemverktyg för chefer att använda sig av för att fånga behov och därmed sätta in insatser.

Med detta sagt vill säga att vi naturligtvis är öppna för vidare resonemang och kanske behöver vi mer information för att kunna stödja arbetet för verksamhetscheferna.

### Projektledning för FVIS – programledare FVIS

- Föreslagna åtgärder finns med i FVIS. En sammanhållande och en lättöverskådlig journal är upphandlad. Utifrån upphandlad funktionalitet och konfiguration utifrån verksamhetens behov kommer efterfrågad funktionalitet finnas.

### Verksamhetschef vårdcentralen

- Det finns en rutin gällande bifoga papperskopia av remisser vid akuta fall. Denna rutin fungerade i detta fall.
- De läkare som börjar tjänstgöra på Vårdcentralen City som inte är tränade i omhändertagande av akut sjuka patienter (egentligen de som inte genomgått AT-tjänst i Sverige eller tjänstgjort på akutmottagning) ska auskultera med akutläkare på akutmottagning under 2 veckor. Kontakt med akutklinik för att administrera detta har påbörjats.

- Fortlöpande handledarutbildning av alla handledare (program för detta finns hos studierektorer). Även handledare utbildas i akut omhändertagande enligt ProAct som genomförts under maj 2019 och ska återkomma en gång/ år
- Alla medarbetare (undersköterskor, sjuksköterskor och läkare) som blir inblandade i omhändertagandet av akut sjuka patienter genomgår ProAct-utbildning. Då går triageringsverktyg som NEWS igenom. På vårdcentralen finns även STRAMAS riskvärderingsverktyg som bygger på sepsisverktyget och är mer anpassat till primärvård än NEWS. I den utbildning tränas teamet i identifiering, triagering, bedömning och handläggning av akut sjuka patienter på vårdcentral.

### **Verksamhetschef radiologiska kliniken**

Vi anser att åtgärdsförslaget är relevant och kommer att vidtas. Händelsen är redan informerad och diskuterad på APT och kategorimöten på kliniken under februari och mars i samband med att vi fick synergien och skrivelse från Patientsäkerhetsenheten med begäran om yttrande som berörde vår del av vårdförloppet. Vi har även utvidgat samarbetsytan gentemot Akutkliniken genom att ha regelbundna samverkansmöten. Dessa startade i januari 2019 på radiologiska kliniken initiativ. Händelsen togs upp på ett sådant möte i april. På mötet förmedlades det som också skrevs i yttrandet "Acceptansen mellan personal på våra kliniker måste vara hög då man tidigare upplevt att det inte är så lätt att komma med en patient vars tillstånd man bedömt omgående behöver omhändertas". På mötet beslutades att radiologiska kliniken kontaktar LANS på akutmottagningen vid situationer som ovan beskrivna. Detta har förmedlats till all personal på radiologiska kliniken samt telefonlistor uppdaterats med LANS telefonnummer. Det har mottagits som en trygghet och positiv rutin av röntgenpersonalen. Behovet av utbildning tackade vi tacksamt ja till även om vi på radiologiska kliniken inte utför vitala kontroller inför våra standardundersökningar. Vi välkomnade akutmottagningen att boka in sig och komma till oss på vår schemalagda utbildningstid.

### **Verksamhetschef akutkliniken**

- Personal kan redan hitta remisser men information har gått ut igen.
- Rondrutinen på IMA tas upp i akutstyrelsen samt på samverkansmöten med medicin och kirurgi med i princip 4-6 veckors intervall det senaste året kan ej aktualisera det mer än så.
- Angående samverkansforum med övriga berörda kliniker på AKM och vid behov lyfta frågan till divisionscheferna så att rutiner för samverkan mellan CDU/akutläkare och övriga kliniker kan tas fram och enighet säkerställas kring arbetssätt på AKM samt kring fördelning av ansvar för patienter med infektionsdiagnoser:  
Frågan är redan lyft till divisionscheferna och deras förslag får sedan diskuteras vidare bland berörda kliniker. Dock bör sägas att sepsis patienter borde behandlas som alla övrigt svårt sjuka patienter dvs den specialitet inom sjukhuset som har mest kunskap i området borde ha slutenvårdsansvaret och kordinera med de andra hur patienten skall skötas bäst. På Mälarsjukhuset så borde det då vara infektionsläkarna.

- Angående att se över hur rapportering/remittering från vårdcentral till AKMs större kliniker bör ske när det gäller patienter med svårare tillstånd men utan behov av ambulanstransport. Tydlig rutin finns för "små" jourlinjer (t.ex. öron):  
Diskussion om remittering kommer naturligtvis tas upp på akutstyrelsen. Dock så sker själva remitteringen på vårdcentralen så jag har svårt att utse någon ansvarig eller någon exakt tidsplan då jag inte riktigt har det mandatet.

### **Verksamhetschef infektionskliniken**

Bra och tydlig genomgång av händelseförloppet och adekvata påpekanden och förslag till åtgärder.

Från Inf klin vill vi trycka på några punkter, som vi bedömer som särskilt viktiga:

- Omstart av Sepsisprocessen i Sörmland med adekvat resurssättning avseende processledning, bemanning och övergripande styrning.
- Tillskapandet av ett Samverkansforum avseende arbetssätt, rutiner och ansvarsfördelning mellan Akutklinik/akutläkare och övriga patientägande kliniker. I detta forum behöver rutinerna kring patienter med olika typer av infektionstillstånd uppdateras.

### **Kommentarer från verksamhetschef anestesikliniken**

Vårdnivåbedömningar sker ofta på IVA och är ett mycket aktivt område för intern diskussion. Våra riktlinjer är att denna bedömning ska ske inom 24 timmar efter inkomst till IVA. Vi följer detta som ett IVA kvalitetsmål i PLUSS. Vi ska fortsätta göra vårt jobb enligt våra riktlinjer.

### **Kommentarer från verksamhetschef ambulanssjukvården**

Är positiv till de åtgärdsförslag som framkommer gällande att resurssätta Sepsisprocessen med ansvarig processledare och styrgrupp så att rutiner, styrande dokument och utbildningar uppdateras fortlöpande utifrån gällande evidens och sepsisprocessen implementeras i hela vårdkedjan. I övrigt inga ytterligare synpunkter som gäller ambulanssjukvården.

### **Kommentarer från verksamhetschef medicinkliniken**

Verksamhetschef medicinkliniken har inte lämnat några kommentarer till analysen.

## **7 Återkoppling**

Händelseanalysen skickas av uppdragsgivaren till berörda verksamhetschefer, HSL och FVIS programledning som sedan ansvarar för att sprida informationen vidare till medarbetare samt ev. närstående. Händelseanalysen skickas också av uppdragsgivaren till andra verksamhetschefer som kan dra lärdom av händelsen samt till divisionschefer för kännedom. Patientsäkerhetsenheten

publicerar även händelseanalysen på regionens intranät och lägger den i nationella kunskapsbanken för händelseanalyser (Nitha).

## **7.1 Uppföljning**

Verksamhetschef/motsvarande ansvarar för att beslutade åtgärder vidtas och följs upp.

Patientsäkerhetsenheten stämmer av och följer upp föreslagna åtgärder efter ca 6 månader alternativt på berörda klinikers patientsäkerhetsronder.

## 8 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>

## 9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan (bilaga för interns bruk)

Om frågor gällande aktuell analys, kontakta Patientsäkerhetsenheten@regionsormland.se