



2019- 02- 14
forts

6.
Läkaren undersöker patienten och tar prover. CRP >180 vilket gör att läkaren konsulterar sin handledare som rekommenderar remiss till lungröntgen och medicinläkare på akutmottagning (AKM) samt kontroll vitala parametrar. Sjuksköterska tar vitalparametrar (AT mycket trött, BT 68/ 55, P 98, AF 28, SpO2 100% Temp 36,8), vilket noteras av läkaren.

Remisser skrivs, patienten får utskriven kopia med sig och uppmanas ta sig till sjukhuset. Eftersom närstående inte får in patienten i bil tar de bussen till sjukhuset.

Sjuksköterskan reagerade på det låga blodtrycket och förmedlade det till läkaren. Läkaren tolkar det låga blodtrycket som en effekt av intorkning och njursvikt. Upplever inte patientens som så allmänpåverkad.

Läkaren uppfattar inte att det är patientens tillstånd som gör att hon kommer i rullstol. Tror att hon är rullstolsburen i habitualtillstånd.

Ingen återkoppling till handledaren sker avseende vitala parametrar. Har inte tanke på Sepsisdiagnos. Ser vitalparametrarna mer som en information till AKM än ett underlag för bedömning av tillståndets allvarlighetsgrad.

Läkaren läser dsk anteckningar i mån av tid eftersom de är svåra att hitta.

Nyligen ST- läkare. Direktlegitimerad utan AT och utan tidigare träning i att handha akuta patienter. Ej fått plats på KULT. Nu arbetat ca ett år på vårdcentralen men har aldrig tidigare sett en patient med sepsis.

Sepsisverktyget blev aldrig implementerat på vårdcentralerna.

Teknik, utrustning & apparatur
Nuvarande journalsystem svårt att hitta information i.

Teknik, utrustning & apparatur
Nuvarande journalsystem ger inte beslutsstöd och flaggar inte för allvarlig situation.

Utbildning & kompetens
Bristande kunskap/ kompetens avseende att identifiera och omhänderta akut sjuk patient.

Omgivning & organisation
Brist på KULT-platser.

Omgivning & organisation
Sepsisprojektet som under 2016 gick över i klinisk process saknar processledning och därför blev den planerade utvidgningen av implementeringen till primärvård, mottagningar och barn aldrig genomförd.

Förslag till projektgruppen för framtidens vårdinformationsstöd (FVIS):
Säkerställ att nya journalsystemet är mer lättöverskådligt.

Förslag till FVIS:
Säkerställ att nya journalsystemet ger beslutsstöd och flaggar för allvarlig situation.

Förslag till verksamhetschef vårdcentralen:
- 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.

Förslag till verksamhetschef vårdcentralen:
Hitta och implementera rutiner för enkel triagering så att allvarligt sjuka identifieras. (T.ex. NEWS och STRAMAs Regnbågsbroschyr).

Förslag till verksamhetschef vårdcentralen:
Tillse att all personal i patientvårdande roll går utbildning och teamträning (för att identifiera, reagera och adekvat agera vid akutillstånd. (redan planerat proACT-utbildning)

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.

Se förslag till HSL under punkt 2 i händelseförloppet.

2019- 02- 14
kl 14.48

2019- 02- 14
15.05

2019- 02- 14
kl 15.53- 20.00

7. Till Radiologiska avdelningen där lungröntgen utförs med patienten i rullstol.

Patienten hänvisas med närstående till akutmottagningen (AKM). Svar skrivs och prel.signeras kl 15.13.

Patienter med remiss från vårdcentral hänvisas enligt rutin till AKM väntrum för att anmäla sin ankomst. Det dåliga tillståndet uppmärksammas inte.

Radiologens personal följer patient direkt till AKM om de anser att tillståndet kräver detta (baserat på klinisk bedömning och på text i remissen)men man har nu mycket ny personal.

Utbildning & kompetens
Ev bristande medvetenhet hos ny personal angående betydelsen av att alltid bedöma patientens tillstånd och agera utifrån detta.

Förslag till verksamhetschef radiologiska kliniken:
Aktualisera vikten av att alltid bedöma patientens tillstånd i så väl väntrum som under undersökningsstillfället samt att personal följer patient till AKM och påtalar vikten av omedelbart omhändertagande.

8. Anmäler sig i receptionen på AKM och lämnar in utskrivna kopian av remiss.

Får uppgge hela sjukdomsförloppet igen, tas därefter in för triagering (start triagering dokumenterad kl 15.53).

Vid ankomst till AKM får patient ta nummerlapp för att sedan anmäla sig i luckan. Kan ibland vara lång väntetid. (I detta fall fick hen komma snabbt till luckan).

Patientens akuta tillstånd uppmärksammas inte omedelbart i luckan.

Patienter med remiss från vårdcentral kan ibland åsidosättas något eftersom de förutsätts redan blivit bedömda av läkare. Remiss sker enbart skriftligt.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Stort flöde till de stora klinikerna och rutinmässig muntlig överrapportering sker inte. Ibland glöms det bort att skicka med patienten utskrivna kopia på remiss.

Förslag till verksamhetschef akutkliniken:
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).

Förslag till verksamhetschef vårdcentralen:
Aktualisera vikten av att även skriva ut en papperskopia på remissen som patienten får ta med till AKM.

Kan vara svårt att hitta remissen från i nuvarande journalsystem.

Teknik, utrustning & apparatur
Remisser hamnar i dokumenthanteringen i journalsystemet, inte direkt i journalen.

Förslag till FVIS:
Säkerställ att remisser är lätta att hitta i det nya journalsystemet.

Låg bemanning och mycket ny personal på AKM.

Utbildning & kompetens
Ev okunskap om var man hittar remisser.

Förslag till verksamhetschef akutkliniken:
Tillse att all personal på AKM vet hur man hittar remisser (akuttläkare, sjuksköterskor och undersköterskor).

Sepsisverktyget som togs fram används inte och finns inte uppdaterat eller som styrande dokument. Koppling till RETS blev aldrig av. Såväl pappret samt försöket till integrering i Eyedoc var icke ändamålsenliga.

Omgivning & organisation
Sepsisprojektet som under 2016 gick över i klinisk process saknar processledning

Se förslag till HSL under punkt 2 i händelseförloppet.

9. Vid triagering påverkade vitalparametrar (BT 62/ xx). Vårdas på AKM enligt gängse arbets sätt för misstänkt sepsis, odling, antibiotika, dropp. Stabiliseras något.

Infektionskonsult kontaktas som ger behandlingsråd och anser att patienten bör vårdas av medicinkliniken. Akutläkare rapporterar till medicinjour för inläggning (inläggningsanteckning gjord kl 17.20). Kvarstannar på AKM till kl 20.00 i väntan på influensaprovsvär.

Infektionskliniken avgör huruvida patienten bör vårdas på infektionsklinik eller inte utifrån vad som bäst gagnar patientens tillstånd samt platssituation.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
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.

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.

Akutläkare måste rapportera till medicinläkare för inläggning vilket innebär att ytterligare en läkare behöver sätta sig in i patienten ytterligare ett överrapporteringmoment som minskar kontinuiteten och skapar merjobb).

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Finns en otydlighet och oenighet kring gränssnittet och arbetsfördelningen mellan CDU/ akutläkare och övriga kliniker på AKM.

2019- 02- 14
kl 20.00

2019- 02- 14
kl 20.00- 24.15

2019- 02- 15
kl 01.00- 17.48

2019- 02- 15
kl 17.48

10. Överflyttas till akutvårdsavdelning (AVA) efter att influensaprover visat positivt.

Anses inte vara i behov av intensivvård. Kan ej beredas plats på Intermediäravdelning (IMA) eftersom hen är i behov av enkelrum.

IMA har inga enkelrum och det är dessutom vanligt att det är fullbelagt.

Ingen klinik som bestämmer över platserna på IMA. Kriterier för IMA-vård finns men ofta blir patienterna kvar för länge, vilket gör att plats inte finns för nya IMA-patienter. - Behöver stärka upp rondrutinerna och förbättra utfödet.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Rondrutiner följs inte av alla kliniker som har patienter på IMA.

Förslag till verksamhetschef akutkliniken: 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.

11. Vårdas på AVA, Täta kontroller och kontakter med medicinjour samt narkosjour.

Svarar inte på behandling, beslutas kl 00.15 om överföring till intensivvårdsavdelning (IVA).

Personal AVA använder NEWS enligt rutin. Samarbetet personal AVA- medicinjour- narkosjour fungerat bra.

Inga bakomliggande orsaker identifierade
Viktigt att bibehålla ett gott samarbetsklimat men iövrigt hittade inte analysteamet några behov av förbättringar.

12. Till IVA högflödes syrgas, inotrop behandling mm. Anurisk. Förbättras inte. Täta kontakter med närstående. 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.

Rutin för dokumentation av brytpunktssamtal och behandlingsinskränkning finns och följs vanligen. I detta fall var det stor arbetsbelastning vilket medförde att narkosläkaren glömde dokumentera.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Avsteg från gällande rutin.

Förslag till verksamhetschef anestesikliniken: Aktualisera vikten av att dokumentera innan man avslutar sitt arbetspass.

Patienten avlider.