

Kunskapsbanksnummer: KB5027999

Datum: 2019-04-16

Händelseanalys

Hjärtstopp på psykiatriska akutenheten

Mars 2019

Sammanfattning

Händelseförlopp: En 56-årig man med smärtproblematik(knäartros), sömnstörningar som tidigare opererat GBP och knäartros insjuknade med svår ångest och depression. Vid första besöket då detta togs upp vidtogs inga aktiva åtgärder. Vid nästa tillfälle när problemen ökat och det även framkom alkoholkonsumtion i överkant förskrevs antidepressiva läkemedel. Dessa hade en lugnande effekt men dagen efter uppstod symtom med skakningar, svettningar och förvirring. Vid besöket på vårdcentralen tolkades detta som läkemedelsbiverkan och pat förmåddes inte söka akut. Nästföljande dag hittades han i hemmet av hustrun förvirrad, panikslagen och med tecken till fysiska skador. Ambulans tillkallades och tillståndet tolkades som psykos. Vid ankomst till akutmottagning kontrollerades status enligt rutin, röntgen genomfördes som visade färska kotfrakturer. Efter kontakt med ortoped beslutades frakturerna kunna behandlas konservativt i det akuta skedet. Pat tolkades som medicinskt och kirurgiskt frikänd och överfördes till psykiatri för bedömning av det psykotiska tillståndet. Där uppkom misstanke om delirium tremens(DT) och behandling planerades. En timma senare fick pat ett bevitnat hjärtstopp där det tog lång tid innan cirkulation kunde återupprättas. Pat avled påföljande dag. Bakomliggande orsaker har bl.a. varit: Bristande kunskap och kompetens inom primärvården gällande DT, bristande helhetsbedömning, avsaknad av handledning pga hög belastning, flytt av pat utan att vara färdigutredd, bristande kunskap och kompetens i HLR situationen. Åtgärder som föreslås är bl.a.: Utbildning och falldraging, ökad jourkompetens och bemanning nattetid, tydliggöra rutiner för konsultation och överföring mellan team och enheter, utbildning HLR och uppdatering av utrustning samt utreda möjlighet att tillskapa ssk resurs vid HLR larm på hela sjukhuset.

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

Härmed ger jag analysledare i uppdrag att utföra händelseanalys av den inträffade händelsen där en patient kort efter överföring från akutmottagningen till psykiatri drabbades av ett hjärtstopp. Patienten som i början av mars inkommit till somatiska akuten med misstänkt psykos, kramper, kotfrakturer och handlagts av både medicin och kirurg. Överförd till psykiatri och får där efter relativt kort tid ett hjärtstopp. Avlider efter hand på IVA. Innan besöket på akutmottagningen även uppsökt VC vid ett par tillfällen i relativ närtid.

Som uppdragsgivare har jag informerat:

- berörd/berörda enheters verksamhets- och vårdenhetschefer
- involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras och att de ska och får avsätta tid för intervju vid förfrågan
- patient och/eller närstående om att analysen görs

Vid svårigheter att få tid från involverade medarbetare kontaktas jag som uppdragsgivare.

Efter analysens slutförande kommer jag i egenskap av uppdragsgivare besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla till involverade, återföra resultat efter överenskommelse till patient och/eller närstående, medarbetare på min enhet samt vid behov tillse att involverade på andra enheter erhåller information.

Analysen genomförs i IT-stödet Nitha (Nationellt IT-stöd för händelseanalys) och efter återföring till mig som uppdragsgivare publiceras analysen i Nitha Kunskapsbank.

I analysgruppen kommer läkare samt vid behov fler medarbetare från min verksamhet att ingå (vem som deltar meddelas senare). Ytterligare analysgruppdeltagare utses av analysledaren.

1.1 Analysledare

Chefsjuksköterska Region Östergötland

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-25

Startdatum: 2019-04-01

1.3 Återföringsdatum

2019-04-29

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Övriga personer
Vice analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Skötare
Analysteammedlem/Läkare

Enhet

Region Östergötland
Akutkliniken ViN
Vuxenpsykiatriska kliniken ViN
Beroendekliniken ViN
Akutkliniken ViN

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående
- Litteratur/artiklar/rapporter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Kunskapsbanken

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten är en 56-årig man med långvarig smärtproblematik, hypertoni och sömnstörning som under många års tid dagligen medicinerat med smärtstillande medel och sömntabletter. Under hela sitt vuxna liv beskriver hustrun att han periodvis haft depressiva besvär utan att söka vård. För att dämpa ångest, slappna av och underlätta insomnande har han använt alkohol, periodvis dagligen. Han har varit tystlåten och haft svårt att själv uttrycka sitt mående, oftast har hustrun varit den som fört talan vid läkarkontakter. 2010 genomfördes en knäprotesoperation pga artros, därefter något förbättrad men med fortsatt behov av daglig fulldos tramadol (analgetika i opioidform). 2014 genomfördes en GBP (Gastric by pass). God vikt nedgång efter detta. Under senhösten 2018 tilltagande depressiva symtom, minskad aptit och sömnsvårigheter med påföljande ökning av alkoholintag.

1. 2019-01-08

Tid på VC för årskontroll efter GBP (vik UL nr 1). Hustrun kan vid detta tillfälle inte vara med utan skriver en lista med problem som ska tas upp vid besöket, bla. problemen med depression som hon vill att man tar ställning till. Vid besöket dokumenteras att patienten har sömnsvårigheter och ångestattacker. Alkohol ca 1 flaska vin/vecka. Levervärden är förhöjda.

Felhändelse: Planering och fortsatt uppföljning/ställningstagande till behandling gällande psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion saknas

2019-02-14 tar hustrun kontakt med VC för att boka en tid då besvären ökat. Pat är då trött, saknar aptit, är okoncentrerad och har svårt att komma ihåg. Stora svårigheter att sova, har ångest och verkar deprimerad. Hustrun har försökt få maken att söka psykatrin men han vill inte. Besvären har funnits en längre tid men blir bara värre och värre. Han drar sig undan, vill inte träffa människor. Uttrycker livsleda. Bokas in till läkare 2019-02-21.

2. 2019-02-21

Läkarbesök(vik UL nr 2). Tilltagande besvär med nedstämdhet, oro och ångest med klar försämring senaste 4-5 veckor. Ingen tydlig utlösande faktor som förklarar besvären. Pat(hustrun) uppger att han haft ångest i princip hela livet men att det nu eskalerat kraftigt med nedstämdhet, är sällan glad. Har mycket svårt med närminnet, frun måste upprepa och berätta saker flera gånger då han annars glömmer bort det. Har slutat träna. Har tappat aptiten och äter i princip ingenting. Har inte heller tagit sina läkemedel senaste veckan. Sover mer, men vaknar frekvent. Även på arbetet har man noterat att han är glömsk och har svårt att utföra sina arbetsuppgifter. Chefen har påtalat att han börjat glömma saker och arbetsuppgifter på jobbet vilket han utfört de senaste 15 åren. Senaste tiden börjat överkonsumera alkohol. Dricker vin dagligen för att komma till ro och somna om natten. Frun berättar också att hon vid flertal tillfällen knappt får kontakt med honom då han är så förvirrad och orolig. Framför allt efter att han vistats i större folksamlingar eller träffat nya personer. Beskriver panikångestattacker. Läkaren bedömer hyfsad formell kontakakt, något nedsatt emotionell kontakt, utslätad ansiktsmimik. Pat är fåordig och svarslatent. Uttrycker livsleda och dödsönskan men inga suicidtankar. Inget psykotiskt framkommer under samtalet. Antidepressiva läkemedel ordineras och man planerad uppföljning per telefon.

Felhändelse: Inga åtgärder planeras för alkoholmissbruket

Nästa dag kontaktar VC mannen för besked om att inte ta det SSRI preparat(Sertralin) som var ordinerat, detta pga. höga levervärden och möjlig interaktion med övriga läkemedel.

3. 2019-02-26

Hustrun tar ny kontakt med VC. Mannen tar nu inga läkemedel. Dricker vin för att dämpa ångesten och för att kunna sova. Hustrun har varit i kontakt med psykakuten men de kan inte göra något då pat själv inte vill ta sig dit. Hänvisas åter till vårdcentralen. Hustrun är mycket uppgiven i telefon, situationen uppfattas som ohållbar.

Läkaren(vik UL nr 2) som tidigare träffat pat ringer, efter att ha diskuterat med sin handledare, senare samma dag upp för ett längre samtal. Pat gör då i princip inget annat förutom att sova. Ökad konsumtion av vin, dricker dagligen stora mängder för att slappna av. Läkaren försöker förmå pat att söka psykiatrin, vilket han är tveksam till. Man insätter T. Mirtazapin 15 mg till natten och T. Lergigan forte 50 mg 1 x 3. Läkaren informerar om att dessa läkemedel inte ska kombineras med alkohol och planerar uppföljande läkarkontakt samma dag eller nästa.

Felhändelse: Fångar inte upp och tar ställning till behandling av överkonsumtionen alkohol

4. 2019-03-01

Hustrun kontaktar VC på morgonen då pat nu fått skakningar i hela kroppen, är förvirrad och mår dåligt. Hon har läst i FASS om biverkningar av medicinering (Mirtazapin). Läkarbesök bokas in (vik UL nr 3), sista tiden (fre). Vid besöket kommer pat med käpp, skakar i hela kroppen och har dålig balans, har feber och sover dåligt. Får ångestattacker med skakningar. Förnekar suicidtankar och planer. Har förhöjt blodtryck 200/100. Puls varierar mellan 119-120. Provtagning med CRP, blodstatus och leverstatus. Läkaren ger två tabletter 5 mg Amlodipin för att sänka blodtrycket. CRP och blodstatus normalt. De förhöjda levervärdena tolkas som biverkningar av medicineringen alternativt av alkoholkonsumtion då framför allt GT är förhöjt. Pat förnekar suicidtankar eller planer. Hustrun har hört att Theralen kan hjälpa mot skakningarna och vill få detta utskrivet. Läkaren bedömer att remiss till psykiatri inte är nödvändig. Läkaren är övertygad om att det är biverkning av mediciner som är orsaken till pat tillstånd och rekommenderar en remiss till akutmottagningen vilket pat och hustrun bestämt nekar till. Läkaren skriver ut Theralen. Pat går hem med planerad fortsatt uppföljning av blodtrycket.

Felhandling: Oklara akuta symtom hanteras i primärvård

5. 2019-03-02 ca 18.00

Pat fortsatt skakig, förvirrad, lämnas ensam hemma några timmar. När hustrun återkommer hittas han med förvirringssymtom, är skräckslagen och har tecken till skador på kroppen, troligtvis ramlat/halkat i duschen, hallucinerar. Ambulans tillkallas. Pat rör sig kraftigt motoriskt oroligt, talar osammanhängande och upplever sig jagad. Huden är svettig och kall. Kroppen inspekteras och man ser skrapsår på knän, rodnad på sidan av huvudet och ett kraftigt hematom på vänster axel. Arbetshypotesen prehospitalt är psykisk ohälsa/psykos. Kontakt tas med LS (ledningssköterska) på akutmottagningen då man anser att de misstänkta kroppsliga skadorna behöver undersökas innan pat kan få hjälp med sin psykiska ohälsa. Pat uppvisar en "röd" parameter, takykardi med en frekvens på 140 spm, MAP och blodtryck normalt. Man överenskommer om ett prio 2 larm för en första bedömning på medicin innan ställningstagande till psykiatrisk bedömning.

6. 2019-03-02 19:07

Ankommer till akut rum och bedöms av ST läkare medicin samt AT läkare medicin (akutmott.). Patienten ter sig klart psykotisk och mycket stressad samt kallsvettig. LS som initialt finns med på rummet frågar om narkos ska sökas men får svar att detta inte är nödvändigt. Historik av överkonsumtion av alkohol noteras i journalanteckning från primärvård men hustrun nekar till överkonsumtion av alkohol eller ordinerade tabletter de senaste dagarna. Journalanteckning från dagen innan finns inte tillgänglig. Enligt fru sedan några dagar tillbaka börjat höra röster och se syner. ST läkare misstänker cerebral påverkan då pat är fintremorös och "plockig". En DT huvud ska prioriteras. A-E genomförs enligt rutin. ST läkare får sökning från "huset" och måste lämna akutrummet och mottagningen. Röntgen beställs av AT-läkare och genomförs i olika omgångar, DT huvud, DT thorax-buk och slätröntgen extrimiterer. AT läkarens arbetshypotes är psykos då pat ter sig väsentligen stabil i vitala parametrar. Då DT thorax-buk visar färskotfrakturer går man vidare med kompletteringar för full DT multitrauma. Inga fler fynd görs med detta. Pat flyttas från medicin till kirurgteam.

Felhandling: Flyttas från medicin till kirurg utan att vara färdigbedömd medicinskt

2019-03-03 23.30

ST-kirurg får info av ssk att bedöma pat som "friats" medicinskt men har färsk kotfraktur. AT-läkare medicin får samma info av ssk att pat nu flyttas och att han inte behöver göra något mera. ST-läkare kir uppfattar att man gjort en multitrauma underökning och att pat ses som friad medicinskt. AT-läkare medicin lämnar senare en kort rapport. Kir jour konsulterar rygg bakjour US gällande frakturerna som kan behandlas konservativt. Pat sätts in på smärtlindring. Läkaren ser att pat har "skakningar" men bedömer det inte som kramp eftersom det lugnar sig så fort man håller i pat och talar lugnande. Då planen sedan tidigare är psykiatrisk bedömning, och man har fortsatt hårt tryck på medicinsidan tar kir jour telefonkontakt med psykiatri jour. Man diskuterar om psyk jour ska komma till akuten för att bedöma pat men läkaren på psykiatri anser inte att detta är nödvändigt, vill bedöma pat på plats och vill ha en remiss. Kir läkare skickar efter samtalet remiss som formalitet då medicinjour inte hunnit göra detta. Pat körs vid midnatt på brits till psykiatriska akutenheten.

Felhandling: Medicinsk bedömning slutförs inte på akutmottagningen innan övertagande till psykiatri

7. 2019-03-03 00.20-01.20

Vid ankomst till akutenheten tycker personalen att pat ser för "sjuk" ut för att vårdas där. Skakningarna har tilltagit och personal tillsammans med läkare på psykiatri misstänker Delirium tremens eller Wernicke-Korsakoffs syndrom (WKS). Ssk från akutmottagningen frågar om perifer infart kan vara kvar, pat har haft behov av iv smärtlindring, men man vill att den ska tas bort. Pat läggs in på ett rum, skakar fortsatt, är kallsvettig och blöt. Ser väldigt sjuk och plågad ut, hustrun är mycket orolig. Psykiatri juren kontaktar sin bakjour gällande misstanke om Delirium Tremens, och man kommer överens om behandling med diazepam i tablettform. Läkaren tar även kontakt med ssk på beroendekliniken för hjälp med bedömning. För diskussion om vårdnivå tar läkaren kontakt med narkosjour. Narkosläkare som ofta blir kallad för primär bedömning av patienter pga tung belastning för medicinjour, bollar tillbaka och vill att medicinjour först ska göra en förnyad medicinsk bedömning då situationen förefaller ha förändrats. Läkaren ringer en kort stund senare tillbaka och förtydligar att hon kan komma om det inte löser sig. ST-jour medicin kontaktas av psykiatri-jour för hjälp med ny bedömning men kan inte komma ifrån. Man diskuterar behandlingsstrategi då pat saknar fri venväg och rekommenderas intramuskulär injektion. Pat får tablett diazepam. Pat kvarstannar på akutenheten i väntan på ny medicinsk bedömning. Personal finns med på rummet.

Felhandling: Nytt medicinskt ställningstagande görs inte

8. 2019-03-03 01.22

Pat får ett bevitnat hjärtstopp, asystoli. Hjärtstoppslarm, HLR påbörjas. Läkare medicin och narkos kommer till akutenheten. Eskalerande och kaotisk situation där basala kunskaper i S-HLR saknas, ingen personal kan etablera fri venväg. Läkemedel finns inte på plats, utrustningen är bristfällig. Ssk från akuten efterfrågar, sätter intraossiös nål och ger Adrenalin, pat får genast puls. ROSC efter 20 minuter. Överförs till IVA.

Felhandling: Lång tid från bevitnat hjärtstopp till iv adrenalininjektion

2019-03-04

Avlider

4.2 Bakomliggande orsaker

Analysen spänner över tre huvudområden; primärvård, akutmottagning/medicinklinik och psykiatri. Bakomliggande orsaker har identifierats inom alla fem orsaksområden och finns på olika nivåer i organisationen.

Inom primärvården har kunskapsbrist inom området psykisk ohälsa och missbruk hos vik UL som bedömt patienten varit av avgörande betydelse. Det har även framkommit organisatoriska brister i hur patienter prioriteras för besök och hos vilken läkarkategori patient med komplexa eller misstänkt akuta symtom bokas in. Det kan även reflekteras kring gränsdragning för vilka tillstånd som kan/ska behandlas polikliniskt. En försvårande faktor i det aktuella fallet har varit patient och närståendes ovilja att söka specialistvård. En patient som av egen vilja söker vårdcentral och som av läkare bedöms uppvisa akuta sjukdomssymtom förväntas kunna motiveras till att skickas in till sjukhus för specialistbedömning. I det aktuella fallet förutsättningarna troligtvis ökat med en mera erfaren läkares hjälp.

Inom vården på akutmottagningen framkommer brister i det differentialdiagnostiska resonemanget inom teamet. Sjuksköterskor har tidiga misstankar om abstinens men man har inte i tillräcklig grad lyssnat på varandra. AT-läkare och ST-läkare på medicin har i det initiala skedet inte pratat sig samman kring möjliga orsaker till symtomen. Man har heller inte reflekterat kring konfusions symtom och hallucinationer som icke psykotiska inslag. AT-läkare lämnas ensam flera timmar utan handledning under det att pat genomgår olika röntgen och provtagningar. Akutmottagningen är under tiden under mycket hög övrig belastning. När färsk ryggfraktur observeras går man vidare med en kompletterade multitrauma röntgen, utan att kirurgjour och narkosjour informeras/konsulteras. De tillgängliga resurser/kompetens som finns tillhands kallas inte samman (medicin, kirurg, narkos, psykiatri) för att bedöma var patienten utifrån den aktuella situationen bäst kan vårdas.

Läkarbemanningen under jourtid aktualiseras återigen i denna händelse. En ensam ST-jour har en orimlig arbetssituation vilket påverkar att information tappas bort, AT-läkare saknar handledning och den medicinska bedömningen blir bristfällig. När patienten efter oklar beslutsordning flyttas från medicin till kirurg tolkas detta som att den medicinska bedömningen är klar. Detta hade troligtvis inte inträffat om ST-läkare hade befunnit sig kvar på akutmottagningen.

Inom psykiatri framkommer brister i hur patienter bedöms innan övertag. ST-läkare på psykiatri tolkar det som att patienten enbart uppvisar psykiatriska symtom (förutom de kotfrakturer som syns på röntgen) och ser ingen anledning till att på plats bedöma tillståndet, vilket måste ses som det säkraste sättet att hantera en konsultation. När pat väl anländer till psykiatri och det akuta sjukdomstillståndet står klart finns det oklarheter kring hur man från psykiatri ska "återkalla" det vårdåtagande man gjort per telefon. Kontaktvägar, beslutsmandat och vilka eventuella larm/resurser som finns att tillgå är oklara.

När medicinjour kontaktas för att göra en ny medicinsk bedömning är arbetsbelastningen på akutmottagningen alltför stor. Bakjour medicin kontaktas inte för att komma in och stötta upp på plats.

HLR situationen på akutenheten är mycket bristfällig. Utrustning saknas eller är undermålig. Kompetens till att etablera fri venväg saknas och personalen har otillräckligt träning för de handgrepp som behöver utföras. När man efter att ha kontaktat akutmottagningen och ssk därifrån kommer för att hjälpa till kan pat erhålla adrenalin och får då tillbaka sin hjärtrytm, dock har för lång tid förflutit för ett lyckat utfall.

Nedan listas bakomliggande orsaker utifrån område:

4.2.1 Kommunikation & information

- Information kommer inte direkt från patienten
- Bristande förmåga att kommunicera och motivera akut sjuk patient
- Bristande kommunikation kring differentialdiagnoser på akutrummet

4.2.2 Utbildning & kompetens

- Bristande kunskap kring behandling av depression vid samtidigt alkoholmissbruk, orsak och verkan
- Bristande kunskap och erfarenhet, förstår inte vad man inte kan.
- Saknas specialistkompetens inom med under jourtid, sjukhuset
- Bristfällig utbildning kompetens och träning av akuta situationer som HLR

4.2.3 Procedurer rutiner & riktlinjer

- Det saknas rutiner för hur beslut tas av flytt av pat mellan teamen på akutmottagningen
- Det saknas rutiner inom psykiatrin för att tillkalla akut hjälp utanför hjärtstopp, tex MIG
- Det saknas rutiner och arbetssätt för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk akutsjukvård
- Bristande rutiner för kontroll av akutvagn, apparatur mm

4.2.4 Omgivning & organisation

- Det saknas kontinuerlig handledning för AT under nattetid
- Bakjour medicin konsulteras inte för vid överbelastning nattetid
- Sjuksköterska i HLR larm team saknas

4.2.5 Teknik, utrustning och apparatur

- Utrustning för HLR och övriga akuta situationer på psykiatrins akutenhet är gammal och inte funktionell

4.3 Åtgärdsförslag

Åtgärder föreslås dels inom de olika verksamheterna och dels på olika nivå i organisationen:

MAKRO=> Region/sjukhus(ViN)

MESO=> Centrum(PVC, NSÖ)

MIKRO=> Klinik/vårdcentral

4.3.1 Primärvård

- Utbildning och falldragning kring gränsdragningar missbruk/psykiatri, DT och WKS =>MESO
- Säkerställa handledning till vik UL samt specialistläkarkompetens för svåra fall, tex riskbedömning enligt checklista vid telefonrådgivning=>MIKRO

4.3.2 Akutmottagning

- Teamträning och kommunikation(CRM). Alla tillgängliga resurser och all kompetens samlas för att bedöma pat med flera oklara symtom=>MESO
- Tydliggöra beslutsfattande vid flytt av pat mellan teamen på akutmottagningen=>MIKRO

4.3.3 Medicinklinik

- Husjour med specialistkompetens dygnet runt veckans alla dagar=>MESO
- Aktualisera inom medicinkliniken, vikten av att som bakjour konsulteras/ inställa sig vid "jourtidskatastrofer" =>MESO

4.3.4 Psykiatri

- Utbildning, tex ProAct för all personal inom psykiatrin. Uppdatering av larmrutiner, MIG team mm=>MESO
- Säkerställa att all personal årligen tränar akut omhändertagande/HLR/PVK =>MIKRO
- Utse ansvarig, se över utrustning mm på akutenheten. Genomgång och uppdatering av material och utrustning=>MIKRO

4.3.5 ViN gemensamt

- Utöka larmgrupp för hjärtstopp med akut-sjuksköterska =>MAKRO

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	80

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Se handlingsplan

6.2 Återkoppling

Ges till involverade vid respektive klinik

6.3 Uppföljning

Enligt kallelse CL Erik Stenkvist 2019-10-22

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
DT	Dator Tomografi
WKS	Wernicke-Korsakoffs syndrom, en neuropsykiatrisk rubbning som främst drabbar personer med alkoholberoende i abstinensfas
Delirium tremens	Svår alkoholabstinens

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf