

Händelseanalys

Fördröjd behandling och transport av brännskadat barn

Februari 2019

Analysledare/vice analysledare:

Verksamhetsutvecklare Område Närsjukvård norr Region Örebro län

Vårdutvecklare Kunskapsstyrning Region Örebro län

Områdessamordnare Område Närsjukvård norr Region Örebro län

Sammanfattning

Uppdragsgivare är verksamhetschefen på Akutkliniken, Lindesbergs lasarett.

Funktionen Risk- och händelseanalys inom Region Örebro län, har fått i uppdrag att genomföra en händelseanalys med utsedd analysledare/vice analysledare av den inträffade händelsen/avvikelsen med avvikelenummer AV6176-2018 samt AV6177-2018. Analysteamet ges därmed full tillgång till den aktuella journaldokumentationen.

Kort beskrivning av händelsen samt händelsedatum:

Pojke 9 månader inkommer till Lindesbergs akutmottagning, kirurgjouren, 2018-07-15 kl. 13.38 med brännskada höger sida efter att fått hett te över sig. Skadans utbredning bedöms som 5-10%-ig eller mer? Det står upprepade gånger i journalen att skadan kan vara större, svårbedömt. Pojken är mörkhyad. Bakjour på kirurgkliniken och narkosjour tillkallas. Patienten får Alvedon och glukos. Patienten bedöms att transporteras till barnakuten på USÖ. Narkosläkare sätter en infart innan avfärd. Kirurgjouren kontaktar primärjouren på kirurgen på USÖ och informerar om att patienten kommer. Ingen vätska pågår. Ambulanspersonalen bedömer skadans utbredning som 25-30%-ig och meddelar ledningssköterska på USÖ som drar ett larm. Senare bedöms utbredningen som 30-40%-ig. Lång handläggningstid på akutmottagningen på USÖ. Patienten är svårstucken. Patienten går kl. 18.30 till IVA. Patienten är hypovolemisk. Överföring till Uppsala sker vid midnatt.

Följande frågeställningar bör besvaras i händelseanalysen:

1. Varför tog det så lång tid innan patienten fick vätska?
2. Varför var handläggningstiden så lång på USÖ innan patienten gick till Uppsala?

Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

- Brister i kommunikation angående prioritering/allvarlighetsgrad för att få in en i.v infart.
- Troligtvis bristande kommunikation vad gäller patientens tillstånd/bedömning av allvarlighetsgrad. Bedömningen i ambulans uppfyllde kriterier för Traumalarm.

Omgivning & organisation

- Arbets sättet idag är att läkaren ansvarar att föra över bilder.
- Kirurgbakjour och narkosjour träffades aldrig för gemensam bedömning av patienten och dialog om behandling (ex. vätska)

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- -Befintlig rutin kring vätsketillförsel följs inte, se PM.
-Oklart ansvar
- Brister i journalföring vad gäller bedömning av läkare
- Det är inte rutin att direktkontakt ska tas med brännskadeenhet från länsdelslasarett.

Teknik, utrustning & apparatur

- Olika kameror på respektive AKM

Utbildning & kompetens

- Saknas kompetens att scanna in foto i KP under jourtid
- Vårdprogrammet för brännskada var ej känt bland all personal på AKM

Åtgärdsförslag

De åtgärdsförslag som framkommit är:

- ✓ Uppdatera vårdprogrammet för brännskada som ska vara länsgemensamt, samt vara känt bland all personal som jobbar på AKM. Tydliggöra i vårdprogram samt traumariktlinjerna när brännskadat barn ingår i traumalarm.
- ✓ Översyn av kriterier för larm för att säkerställa omhändertagande vid liknande skadescenario. (Se H2:1)
- ✓ I den länsgemensamma rutinen ska det framgå tydligt hur kontakt med brännskadecentrum ska ske, samt hur bildöverföring utförs. Samt direkta åtgärder (snabb handläggning, täcka skador, minska värmeförlust och smärtpåverkan, vätska och säkra luftväg).
- ✓ Informera angående dokumentationsansvaret.
- ✓ Traumalarm vid denna typ av skada hade underlättat för att få narkosen på plats för i.v infart och vätska.
- ✓ Patientansvaret kvarstår hos Kirurgkliniken om inte annat är överenskommet på enskild patient.
- ✓ Översyn av vilka övriga yrkeskategorier som bör ha kunskap om att föra över bilder.
- ✓ Enhetlig kamerautrustning på alla AKM.
- ✓ Säkerställa att kompetens finns att scanna in foto i KP på jourtid.

Innehållsförteckning

1 Uppdrag.....	5
1.1 Uppdragsgivare.....	5
1.2 Uppdrags- och startdatum	5
1.3 Återföringsdatum	5
2 Deltagare i analysteam	6
3 Metodik	6
4 Resultat.....	7
4.1 Händelseförlopp	7
4.2 Bakomliggande orsaker	9
4.3 Bifynd och andra upptäckta risker	9
4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	9
4.5 Åtgärdsförslag	10
5 Tidsåtgång	11
6 Sammanfattning av samtal	11
7 Analysteamets kommentarer	12
8 Uppdragsgivarens kommentarer.....	12
8.1 Åtgärder.....	12
8.2 Återkoppling	12
8.3 Uppföljning	12
9 Ordförklaringar	13

Bilaga: Analysgraf

1 Uppdrag

En händelseanalys har initierats av chefsläkare i Närsjukvårdsområde norr som i sin tur har fått uppdraget av förvaltningsövergripande chefsläkare. Uppdragsgivare är verksamhetschefen på Akutkliniken, Lindesbergs lasarett.

Funktionen Risk- och händelseanalys inom Region Örebro län, har fått i uppdrag att genomföra en händelseanalys med utsedd analysledare/vice analysledare av den inträffade händelsen/avvikelsen med avvikelenummer AV6176-2018 samt AV6177-2018. Analysteamet ges därmed full tillgång till den aktuella journaldokumentationen.

Kort beskrivning av händelsen samt händelsedatum:

”Pojke, ett år, inkommer till Lindesbergs akutmottagning, kirurgjouren, 2018-07-15 kl. 13.38 med brännskada höger sida efter att fått hett te över sig. Skadans utbredning bedöms som 5-10%-ig eller mer? Det står upprepade gånger i journalen att skadan kan vara större, svårbedömt. Pojken är mörkhyad. Bakjour på kirurgkliniken och narkosjour tillkallas. Patienten får Alvedon och glukos. Patienten bedöms att gå till barnakuten på USÖ. Narkosläkare sätter en infart innan avfärd. Kirurgjouren kontaktar primärjouren på kirurgen på USÖ och informerar om att patienten kommer. I ambulansen Emlas patientens andra armveck eftersom satt infart inte fungerar. Ingen vätska pågår. Ambulanspersonalen bedömer skadans utbredning som 25-30%-ig och meddelar ledningssköterska på USÖ som drar ett larm. Patienten anländer till USÖ kl. 15.23. Senare bedöms utbredningen som 30-40%-ig. Lång handläggningstid på akutmottagningen på USÖ. Patienten är svårstucken. Patienten går kl. 18.30 till IVA. Patienten är hypovolemisk. Överföring till Uppsala sker vid midnatt.”

Följande frågeställningar bör besvaras i händelseanalysen:

1. Varför tog det så lång tid innan patienten fick vätska?
2. Varför var handläggningstiden så lång på USÖ innan patienten gick till Uppsala?

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef för Akutkliniken Område Närsjukvård norr Region Örebro län

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-01

Startdatum: 2018-10-10

Händelsen sker i juli men uppdraget inkom i oktober. Analysteamet träffades första gången 22 oktober och samtal med involverade genomfördes under november-december.

1.3 Återföringsdatum

Händelseanalysens resultat rapporterats till uppdragsgivaren 27 februari 2019.

Involverade kliniker ANIVA, Kirurgiska kliniken och Akutkliniken inbjudna.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Roll / titel	Enhet
Analysledare/vice analysledare	Område Närsjukvård norr
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Område Närsjukvård norr
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Område Närsjukvård norr
Analysledare/vice analysledare	Område Närsjukvård norr
Analysteammedlem / Läkare	Område Opererande och onkologi/Kirurgiska kliniken
Analysteammedlem / Läkare	Område Opererande och onkologi/ANIVA kliniken
Analysledare	Hälsa- och sjukvårdsförvaltning

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapporter (2 st.)
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
 - ✓ Kirurgläkare (läkare B) Lindesbergs lasarett
 - ✓ Sjuksköterska Akutmottagning USÖ
 - ✓ Kirurgläkare (läkare C) USÖ
 - ✓ Anestesiläkare Lindesbergs lasarett
- Intervju med expert/sakkunnig
 - ✓ Läkare Käk- och Plastikkirurgiska kliniken
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
 - ✓ Befintliga rutiner på intranätet, omhändertagande av brännskadad patient
- Kontakt med SOS Alarm och beställningsenheten för helikopter Landstinget Uppsala län
- <https://www.akademiska.se/for-vardgivare/sektioner/brannskadecentrum/>

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Förutsättning:

Patient 9 månader, frisk, har fått hett tevatten på kroppen kl. 12.00. Vikt 8,3 kg

Händelse 1: Söndag 15/7 2018 kl. 13.38

Patienten inkommer till AKM med vårdnadshavare och närstående. Brännskada på buk, vänster hand och båda benen. Ingen triagering görs. Mycket smärtpåverkad erhåller S. Alvedon 250 mg (kl. 13.45) SaO2 100% p 160 RLS 1

Varför görs ingen triagering?

Händelse 2: Söndag 15/7 ca kl. 13.50

Skadeutbredning: Läkare A bedömer brännskadans utbredning till ca 5-10%, kan röra sig om större skada. Fotrygg höger, vänster lår, underben, höger lår-blåsbildning. Föreligger troligtvis brännskada även buk, vänster hand. Förband pålagt i hemmet. Ingen bedömning görs av buk + vänster hand enligt journalanteckning. Fotodokumentation utförs (5st). Läkare A konsulterar läkare B (bakjour) som även gör en klinisk bedömning av patienten. Narkosläkare tillkallas som sätter iv.inf 0,7 mm i höger arm ingen iv. vätska tillförs. 2 ml Glucos 30% per os (kl 14:00)

1. Varför bedöms skadans utbredning till 5-10%?

2. Varför inspekteras inte brännskadan på buk+vänster hand?

3. Varför tillförs ingen vätska iv?

Händelse 3: Söndag 15/7 ca kl. 14.00

Distalstatus utan anmärkning. Svårbedömd kapillär återfyllnad. Täcker brännskada med Jelonet + kompress och lindar polster utförs av ssk A(14.00) Bedömning: överflyttas till Barnakuten USÖ. Kontakt tas med primärjour kirurgi. Ambulanstransport beställs kl. 14:52 (prio 2). På transportkort anges brännskada 5%? Inga skriftliga ordinationer av behandling eller åtgärder finns till ambulansen.

Varför kontaktades inte Uppsala för bedömning av foton?

Händelse 4: Söndag 15/7 kl. 15:09-15:50

Ambulanstransport lämnar akuten Lindsberg kl. 15:09. Framme på akutmottagningen USÖ kl. 15:50. Under transporten upptäcks att i.v. infart ej fungerar, Emla satt i andra armvecket. Ambulanspersonalen bedömer brännskadan till 50% och prioriterar upp till prio 1, samt larmar USÖ.

1. Varför bedömer ambulansen brännskadans utbredning till 50%?

2. Varför dras inte traumalarm?

Händelse 5: Söndag 15/7 kl. 15:50

Patienten inkommer till AKM USÖ. Läkare C bedömer att patienten är väl smärtlindrad RLS 1. Fotodokumentation på papper medföljer. Läk C kontaktar läk D (bakjour) beslut tas att kontakta UAS brännskadeavdelning. Sjuksköterska får ordination på vätska och KAD. Försöker att sätta nål där ambulansen Emlat. Provar 3-4 gånger själv inser att det inte går. Barnet reagerar ej vid nålstick, endast pulsökning.

1. Varför bedöms inte brännskadans utbredning av läkare C?

2. Varför påbörjas inte vätskebehandling?

3. Varför är inte fotodokumentationen i KP?

Händelse 6: Söndag 15/7 kl. 16:48

Sjuksköterska får frågor av läkare C hur remissen ska skrivas och telefonnummer till UAS samt hur bilder förs över (enligt samtal). Kontakt tas med Uppsala brännskadeavdelning. Bilder överförs till Uppsala efter stora problem. Efter 30 min meddelar Uppsala att ta bort nekrotisk hud samt blåsor, därefter nya bilder. Behov av smärtlindring +iv vätska. Avd 26 kontaktas angående stickhjälp. Sköterska från avd 26 får in PVK på handen. Det bedöms av sjuksköterska från avd 26 att barnet nära att chocka ned och behöver en central infart. Vätska ordinerad men inte mängd. Sjuksköterska på AKM följer generell ordination.

1. Varför är det svårt att föra över bilder?

2. Varför är det en läkaruppgift att föra över bilder?

Händelse 7: Söndag 15/7 kl. 17:24

Sjuksköterska A akutsöker narkosjour (kirurgjour ej vidtalad) Narkosjour kommer för hjälp med ytterligare i.v. infart. Grön PVK sätts i v. jugularis med hjälp av ultraljud. Innan PVK i jugularis har barnet fått totalt 80 ml i PVK hand sedan ankomst till sjukvården. IVA-jouren (läkare E) kommer kl. 18:00. IVA-jouren är inte vidtalad om patienten tidigare. Barnet piggar på sig efter vätska.

1. Varför har inte IVA-jouren blivit kontaktad tidigare?

2. Vem ansvarar för vätskebehandlingen?

Händelse 8: Söndag 15/7 kl. 18:30

Patienten överförs till IVA i väntan på transport till UAS. Behov av smärtlindring + iv vätska. IVA-jour bedömer brännskadans utbredning till grad 2 och 35-40%=svårbrännskada.

Varför görs ny bedömning av brännskadan efter 5 h?

Händelse 9: Söndag 15/7 kl. 20.14-21.00

Ambulans beställs från USÖ till UAS kl. 20.14. kl. 20.59 avbeställs ambulans.

Varför avbeställs ambulans?

Händelse 10: Söndag 15/7 kl. 21.52

Skapas ärende för helikoptertransport.

Varför dröjer det 1 h innan helikoptertransport beställs?

Händelse 11: Måndag 16/7 2018 00.10

Helikopter från Uppsala landar på USÖ kl. 23.25 och lyfter kl. 00.05.

Varför dröjer helikoptertransport till brännskadeavdelning?

Händelsens utfall

Fördröjd behandling och transport av brännskadat barn.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

- Brister i kommunikation angående prioritering/allvarlighetsgrad för att få in en i.v infart
- Troligtvis bristande kommunikation vad gäller patientens tillstånd/bedömning av allvarlighetsgrad. Bedömningen i ambulans uppfyllde kriterier för Traumalarm.

Omgivning & organisation

- Arbets sättet idag är att läkaren ansvarar att föra över bilder.
- Kirurgbakjour och narkosjour träffades aldrig för gemensam bedömning av patienten och dialog om behandling (ex. vätska)

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- -Befintlig rutin kring vätsketillförsel följs inte, se PM.
-Oklart ansvar
- Brister i journalföring vad gäller bedömning av läkare
- Det är inte rutin att direktkontakt ska tas med brännskadeenhet från länsdelslasarett.

Teknik, utrustning & apparatur

- Olika kameror på respektive AKM

Utbildning & kompetens

- Saknas kompetens att scanna in foto i KP under jourtid
- Vårdprogrammet för brännskada var ej känt bland all personal på AKM

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra upptäckta risker har observerats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskadekostnader och/eller kvalitetsbristkostnader har beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

De åtgärdsförslag som framkommit är:

- ✓ Uppdatera vårdprogrammet för brännskada som ska vara länsgemensamt, samt vara känt bland all personal som jobbar på AKM. Tydliggöra i vårdprogram samt traumariktlinjerna när brännskadat barn ingår i traumalarm.
- ✓ Översyn av kriterier för larm för att säkerställa omhändertagande vid liknande skadescenario. (Se H2:1)
- ✓ I den länsgemensamma rutinen ska det framgå tydligt hur kontakt med brännskadecentrum ska ske, samt hur bildöverföring utförs.
Samt direkta åtgärder:
 - snabb handläggning
 - täcka skador, minska värmeförlust och smärtpåverkan
 - vätska, säkra luftväg
- ✓ Informera angående dokumentationsansvaret.
- ✓ Traumalarm vid denna typ av skada hade underlättat för att få narkosen på plats för i.v infart och vätska.
- ✓ Patientansvaret kvarstår hos Kirurgkliniken om inte annat är överenskommet på enskild patient.
- ✓ Översyn av vilka övriga yrkeskategorier som bör ha kunskap om att föra över bilder.
- ✓ Enhetlig kamerautrustning på alla AKM.
- ✓ Säkerställa att kompetens finns att scanna in foto i KP på jourtid.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
Analysledare/vice analysledare (3 personer)	51 (inkl. handledning)
Analysteam (4 personer)	10
Involverade (intervjuer, återkoppling etc.) (4 personer)	5
SUMMA	66

6 Sammanfattning av samtal

Samtal har genomförts med läkare B (bakjour kirurg Lindesbergs lasarett), sjuksköterska AKM USÖ, läkare C (primärjour kirurg USÖ) samt anestesiläkare (Lindesbergs lasarett).

I samtalen har framkommit fakta som har bidragit till ökad kunskap om händelsen. Analysgrafen är visad för intervjuade personer, alla involverade instämmer i händelseförloppet enligt grafen. I samtalen framkommer det olika versioner av hur kommunikationen skett mellan involverade på akutmottagningen på USÖ.

I samtalen framgår det att bedömning av brännskadad hud är mycket svårbedömt i det initiala skedet. Dessutom var barnet mörkhyat som ytterligare försvårar bedömningen.

6.1 Kommentar – plastikkirurg

Lättillgängliga kameror bör finnas på samtliga akutmottagningar samt att det vid alla tidpunkter ska finnas kompetens över hur man för över foton från kamerorna till datorn. Kontakten med brännskadejouren i Uppsala kommer sedan att baseras till stora delar på dessa bilder i datorn (som då kan laddas upp till deras remissportal på nätet) och man bör därefter följa brännskadejourens rekommendationer. Omläggning av brännskadorna bör ej ske innan denna kontakt då brännskadejouren kan ha synpunkter på bildkvalitet samt att lös hud behöver klippas bort etc för att göra en bättre bedömning. Självklart bör man beakta hypotermi men detta kan göras med torra rena lakan och värmefilt.

Läkare

Käk- och plastikkirurgiska kliniken

7 Analysteamets kommentarer

Följande frågeställningar bör besvaras i händelseanalysen:

Fråga 1. *Varför tog det så lång tid innan patienten fick vätska?*

Svar: Brännskadan bedömdes initialt som liten och denna bedömning kvarstod långt in i förloppet trots att tecken på motsatsen fanns. En brännskada är ett trauma och bör behandlas som sådan och med vetskap om att skadan kan progrediera liksom andra trauman. Reevaluering bör ske frekvent för att fånga skada som går från 1.a till 2.a gradens brännskada. Uppmärksamhet behöver riktas mot patienter med mörk hy pga. att det svårare att bedöma 1.a gradens brännskada på dessa patienter. Hade reevaluering skett med dragnig av traumalarm hade omhändertagandet blivit annorlunda med tidigare insättande av vätska.

Narkosläkare blev enbart sökta för stickhjälp vilket medförde försening.

Vid överflyttning av traumapatient eller annan svårt sjuk patient mellan sjukhus bör nytt larm initieras för att säkra optimal reevaluering vid ankomst.

Huvudorsaken till att denna patients vätskebehandling fördröjdes var att skadan underskattades och att traumalarm med optimal värdering aldrig initierades.

Övergripande PM för brännskadade barn saknas. Viktigt att i kommande PM att betona ovanstående och dessutom vid vilken procent brännskada man initierar traumalarm samt hur frekvent evaluering ska göras.

Fråga 2. *Varför var handläggningstiden så lång på USÖ innan patienten gick till Uppsala?*

Svar: Efter infart och vätska blev patienten stabil varför överföring till Uppsala kunde ske under lugnare omständigheter och med helikopter vilket var att föredra.

Överläkare
ANIVA kliniken
Region Örebro län

8 Uppdragsgivarens kommentarer

Som uppdragsgivare vill jag sammanfatta 4 delar av händelseförloppet där åtgärdbara brister ses.

- A. Den initiala bedömningen av brännskadans utbredning där en undervärdering följer med i hela det initiala förloppet. Bedömningen försvårades av att barnet hade mörk hudfärg vilket bör uppmärksammas och upprepade kliniska bedömningar bör göras.
- B. Att handläggningen inte överfördes till ett s.k. kategori 1-traumalarm i ambulansen eller på akutmottagningen på USÖ när den vidare bedömningen blev att skadan omfattade mer än traumalarmskriterierna på 18%.
- C. Dålig kommunikation med narkos/IVA-jour. Speciellt i detta ärende när ett barn hotar att gå in i en svår hypovolemi och ej har en fungerande infart är snabb kontakt med narkos viktig. Det är även lika viktigt att narkosläkaren inser allvaret i läget och försöker hjälpa till skyndsamt.

- D. Bristande rutiner eller åtminstone bristande följsamhet till rutiner på akutmottagningen när det gäller fotodokumentation, överföring av bilder till journal samt till brännskadecentrum. Stöd behöver här finnas att hjälpa jourhavande kirurgjour med detta.

8.1 Åtgärder

Åtgärdsförslaget att alltid larma kirurgbakjour och narkosjour när ett brännskadat barn kommer in till akutmottagningen förkastas. Dessa är ej helt ovanliga och de flesta brännskador är små. Larmningen måste därför differentieras. Traumalarmskriterierna som finnes skulle om de använts tillsammans med en korrekt bedömning av skadeutbredningen ha varit helt tillräckliga för att avgöra allvarligheten i detta ärende.

När det gäller översyn av larm behöver vi i första hand trycka på att de kriterier vi har används.

Förslaget om en läns gemensam rutin för brännskador bejakas. Rutinen bör skrivas av plastikkirurgiska kliniken och lär vara på gång inom kort. Rutinen för bildöverföring bör framgå av dokumentet men det bör också beaktas att våra samarbetspartners i Uppsala respektive Linköping kan komma att justera sina rutiner vilket direkt påverkar vår hantering.

Dokumentationsansvaret kommer att förtydligas i återkoppling till berörda på klinikerna. En förnyad undersökning där man som exempel konstaterar en ändrad skadeutbredning skall dokumenteras med tidsangivelse.

Traumalarm kategori 1 skulle normalt sett ha dragits i detta fall när den större utbredningen av skadan konstaterades (misstänktes). Initial undervärdering av skadorna påverkade hela händelseförloppet vilket har återkopplats till berörda.

Patientansvaret för alla traumapatienter ligger hos kirurgkliniken de första 24 timmarna. Mindre utbredda brännskador handläggs av med fördel direkt av plastikkirurgjour dagtid. Rutinen bör framgå av kommande PM.

Kommande läns gemensamt brännskade-PM bör vara skrivet i samklang med traumariktlinjerna. Direkta åtgärder som metod för täckning av skador, minskning av värmeförlust, rutiner för smärtbehandling, observation av andningssvårigheter och vätskebehandling bör framgå.

Översyn av kamerautrustning, bildhantering och säkerställande av rutin för att bilder och scannade dokument kan läggas in i journalsystemet dygnet runt på alla länets akutmottagningar behöver göras.

8.2 Återkoppling

Återkoppling från kirurgkliniken till akutklinikerna kommer att ske vid kommande samarbetsmöte den 10 april där vi kommer att gå igenom ärendet och förslagen på ändrade rutiner. Återkoppling kommer att ske direkt till berörda medarbetare och till patient/anhöriga. Ärendet kommer att dras på klinik gemensamt läkar-APT på kirurgkliniken för information och lärande. En kortversion av ärendet kommer att publiceras på vår nystartade intranätsida "Patientsäkerhet på kirurgen". Återkoppling kommer att ske till traumagruppens ordförande för bedömning av behov att komplettera traumariktlinjerna.

8.3 Uppföljning

Uppföljning av genomförda åtgärder kommer att ske på patientsäkerhetsrund och enligt rutin efter 6 mån som uppföljning av internutredning/händelseanalys. Uppföljning kommer att ske i planerade återkommande dialoger mellan akutklinikerna och kirurgklinikerna där vi återkopplar om föreslagna åtgärder genomförts och har haft effekt i den praktiska kliniska handläggningen.

Verksamhetschef

Kirurgiska kliniken

Område Opererande och Onkologi

Region Örebro län

Verksamhetschef

Akutmottagning

Område Närsjukvård Norr

Region Örebro län

9 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