

Kunskapsbanksnummer: KB5598254

Datum: 2019-11-04

Händelseanalys

Handläggning av två IVA patienter på akutmottagning.

Analysledare:

Patientsäkerhetssamordnare
Region

Sammanfattning

Översyn av handläggningen av två patienter på akutmottagningen i behov av IVA vård. En analys av akutsjukvårdens funktion och agerande när resurserna är begränsade såväl vårdplatsmässigt som personellt. Framgångsfaktorerna har varit rätt kompetens, bra samarbete, flexibla lösningar och extra ordinära insatser från sjukvårdspersonal.

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	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång	9
6	Ordförklaringar	9
7	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Uppdraget är att se över handläggningen av två patienter på akutmottagningen i behov av IVA vård.

1.1 Uppdragsgivare

Chefläkare

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-06-20

Startdatum: 2019-06-24

1.3 Återföringsdatum

2019-11-19

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Region
Vice analysledare/Sjuksköterska	Division Operation/Anestesi
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Division Operation/Akut
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Division Medicin/Internmedicin
Sakkunnig: Chefläkare/Anestesiläkare	Region

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Riktlinjer/rutiner
- Journalsystem

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

kl 8:26. Patient 1. Knivskuren patient inkommer med ambulans till akutmottagningen sjukhus 1. Tas emot av läkare 1 (AT kirurg) och SSK 1 (akutmottagning). Ambulansen har under transport förvarnat akutmottagningen. Har varit stabil under transporten frånsett takykardi 120 slag/min. Är vaken och kan redogöra för vad som hänt. Uppger endast trauma mot huvud och hals.

1.

8:45-08-59

Läkare 2 (AT kirurg) träffar patient 1. Patienten är knivskuren. Hen är blodig svullen vänster sida med en sårskada. Patienten omhändertas enligt ATLS¹ konceptet. Dialog m läkare 3 (kirurg bakjour) kring radiologi då patienten endast har synliga skador i ansiktet men uppger att hen har fått sparkar mot halsen på vänster sida. Patienten pratar sammanhängande, är adekvat. Läkare 4 (anestesi natt jour) ansluter efter kontakt av läkare 3 (kirurg bakjour) för att bedöma luftväg Inget behov av akut åtgärd.

2.

08:59

Akutremiss skrivs till röntgen DT hjärna, halskärl och thorax. Rapport ges till läkare 2 (AT kirurg) att bevaka röntgensvar.

3.

Kl 9:42

Röntgen utförs. SSK 2 (sekundärtransport anestesi) närvarar tillsammans med läkare 2 (AT kir), läkare 3 (kir bakjour) och läkare 4 (anestesi natt jour). Datortomografi visar kärlskada carotis interna på vänster sida samt ett stort hematom på halsen.

4.

Ca 9:50

Telefonkontakt till kärlkirurg sjukhus 2 och röntgen bilderna länkas med frågeställning om överflytt till sjukhus 2 då ett halskärl verkar skadat.

5.

Ca 10:30-11

¹ ATLS utgör ett koncept för akut omhändertagande under främst den första timmen efter trauma

Läkare 4 (anestesi) återkommer för bedömning av patient 1 luftvägar. Avvaktar med intubation då patienten är stabil och varit detta i två timmar. Diskussion kring överflytt till sjukhus 2 eller ej mellan läkare 4 (anestesi jour) och läkare 3 (kir bakjour). Patienten planeras att läggas in på IVA. Kontakt m läkare 3 (kir bakjour) om försämring uppstår. SSK 2 (sekundäranestesi) lämnar patienten på akutrummet. SSK 4 (AM) övervakar.

6.

Ca 11:20

Patient 1 försämras hastigt, sjunker i medvetande och upplevs samtligt svag i höger sida. Undersköterska från IVA/OP tillkallas till akutmottagningen för förstärkning. Läkare 3 (kir bakjour) kontaktar läkare 2 (AT kir) och får då info att patienten precis blivit medvetslös. Läkare 3 (kir bakjour) och SSK 2 (sekundäranestesi) ansluter till akutmottagningen. Läkare 5 (anestesi) tillkallas och patienten sövs och intuberas. Artärnål sätts. Kontakt med kärlkirurg och neurokirurg sjukhus 2 för fortsatt vård. Läkare 3 (kir. bakjour) ska beställa helikopter då hör hen att patient 2 inkommer.

7.

Kl 11.23

Patient 2 inkommer till AM efter inlarmning av ambulans. Ketoacidosis. Läkare 6 (med. bakjour) och läkare 8 (AT medicin) på plats när patienten inkommer. Läkare 4 (anestesi) och SSK 3 (anestesi) ansluter. SSK 5 (AM) SSK 6 (AM) på rummet. Intuberas och handventileras på akutmottagningen. När luftvägen är säkrad undersöks patienten fullständigt.

Vid denna tidpunkt är alla respirator platser på IVA upptagna. Läggs på uppvakningsdelen på IVA med IVAS flyttbara respirator. Patient nr 2 planeras att ta sista platsen på IVA vilket innebär att det inte finns lediga platser på IVA.

8.

Ca 11:24-

Läkare 3 (kir. bakjour) och läkare 6 (med. bakjour) har dialog-krisläge inga lediga platser efter att patient 2 läggs in-inga respiratorer finns lediga. Läkare 3 (kir. bakjour) ringer sjukhus 3: samma läge men de arbetar på att försöker lösgöra en IVA plats. Stabsläge utlyses. TIB söks via SOS alarm men svarar inte på telefon från läkare 3 (kir. bakjour). Läkare 3 kontaktar lokala kastastrofledningen om hjälp enligt telefonkedja, men ingen är på plats på orten. Andra personer i ledningsfunktion kontaktas och inkommer till sjukhuset. Flera andra sjukhus i omkringliggande regioner kontaktas för att se över platsläge men samma ansträngda situation med samma dåliga platssituation på respektive IVA.

Felhändelse: TIB söks vid SOS alarm på telefon men inte via sökare, svarar ej. Efter 1 timme får läkare 3 kontakt med TIB.

9.

Kl 11.28

Patient 1 beslut om överflytt till NIVA sjukhus 2. SSK 2 (sekundärtransport anesthesi) tar hand om patienten. Patient 1 kopplas till transportrespiratorn och stannar kvar på akutrummet i väntan på helikoptertransport till sjukhus 2. En ambulans ankommer och säger att de ska ta patienten till sjukhus 2. Läkare 3 (kir. bakjour) kontaktar SOS alarm som informerar att hen inte beställt någon helikopter varvid en ny beställning görs. Läkare 3 får information av SOS alarm att helikopterläkaren ska kontakta hen när de hade lastat av en patient om ca 45 min. Helikopter läkaren ringde sedan och sa att de var lediga men de skulle först tanka och byta besättning. Läkare 3 informerar att detta är en prio 1 körning

Felhändelse: Otydlig information och kommunikation mellan läkare 3 och helikopterläkare. Hade läkare 3 haft denna information hade patienten skickats med vägambulans.

10.

11:58-12:19

Patient 2 flyttas till IVA. Läkare 5 (anesthesi) och SSK 3 (anesthesi) medföljer.

11.

Ca kl 13

Patient 1 transporteras med helikopter till NIVA sjukhus 2

Tid för händelse

Båda patienterna omhändertagna. Inga kända vårdskador.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Positiva iakttagelser genom hela händelseförloppet:

- Bra kommunikation mellan yrkesgrupper.
- Upplevelse att alla tar ansvar.

Negativ iakttagelse:

Bristande kommunikation mellan läkare 3 och helikopterläkare

Omgivning & organisation

- Arbetet fungerar bra trots hög arbetsbelastning.
- Flexibla lösningar och flexibla medarbetare under pressande förhållanden

- Medarbetare tänjer på sig

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Behov att säkerställa att TIB har telefon och sökare tillgänglig under beredskap.
- Behov att säkerställa att SOS-alarm alltid söker via personsökare.

Teknik, utrustning & apparatur

- Se över och värdera utrustning på akutrummet

Utbildning & kompetens

- Läkare 3 (kir bakjour)erfaren kärllirurg- rätt diagnos

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Ingen operation den dagen på kirurgen. Avdelningen tas om hand av mellanjouren. Ingen dålig patient på avdelningen. Förutom katastrofledningslistan kontaktas en kollega och kollar om hen är hemma för att kunna ansluta om behov av ytterligare resursförstärkning.

Extra sjuksköterska från sekundärtransporten är på plats

Avgående narkosjour stannar kvar och hjälpte till då belastningen är hög

Rätt personal (kirurg och medicin bakjour).

AT läkare kirurg och medicin utför en gedigen insats

Problem med helikoptertransporter förekommer

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat merkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

- Beredskapschefen ansvarar för återkoppling till berörd TIB
- Beslut om utrustning på akutrummet efter värdering
- Återkoppling till berörda verksamhetsområden via verksamhetschef där patientsäkerhetsenheten är behjälplig.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	50
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	90

6 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

7 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf