

Datum: 2017-12-22

Händelseanalys

Septisk artrit

Analysledare:
Närsjukvård i östra Österg
Region Östergötland

Sammanfattning

Patienten har knäartros sedan många år, har haft influensa för en månad sedan, dock blivit bättre senaste två veckorna, Gastric By Pass (GBP)-op (2012), levaxinsubstituerad efter tyreoidectomi (2014) Cholecystectomi (2015). Patient kommer till Akutmottagningen (AKM) lördag morgon 03:59 pga nyttillkommen svår smärta i hö knä efter vridning när hon gått över golvet inomhus, beskrivs av patient som att när patienten ska vända sig mot vänster, knäckte det till i höger knä och pat. fick extremt ont. Har inte ramlat eller utsatts för något trauma.

I akutjournalen noteras Sökorsak/ESS.nr: "skada knä" Bedöms enligt ESS 34, får prioritet grön. Vitalparametrar tas inte, varav triage är ofullständig, "blir ett grönt knä". Snabbbandningen tolkas som smärtrelaterad och ej som symtom på annan sjukdom och utreds inte vidare. Läkarbedöms under natten, röntgen knä utförs på morgonen. Pat försämras påtagligt på förmiddagen och utvecklar en cirkulationssvikt. Efter start av sepsisbehandling förflyttas pat till IVA. Avlider sedan efter ca en timme på IVA i septisk artrit.

Nedan presenteras några av de identifierade bakomliggande orsakerna

Kommunikation & information

- Bristande rutiner för dokumentation och överrapportering (Hög andningsfrekvens dokumenteras inte eller rapporteras vidare till högre kompetens).

Utbildning & kompetens

- Det kan inte uteslutas att tidigare sjukhistoria och kända problematik påverkat värdering av symtom och nuvarande sjukdomsförlopp.

Omgivning & organisation

- Ej linjelös sortering vid registrering/inskrivning,

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Det inte är rutin att ta VP på ort.pat, team D är bemannat utan ansvarig SSK till skillnad mot övriga team på akutmottagningen. Pat. följs inte upp utifrån smärta och andningsfrekvens. Det saknas dokumentation och utvärdering av smärtbehandling.

Teknik, utrustning & apparatur

- Man litar inte på att apparaturen visar "rätt" när BT och saturation inte är mätbart.

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 utvecklingsledare i uppdrag att utföra händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen.

Beskrivning av händelseförlopp och involverade enheter.

Pat som inkommer under natten på grund av smärta hö knä. Anamnes på vridning i knät. Svullen. ESS bedöms som grön. VP ej tagna. Uppgifter om hyperventilation som bedöms orsakat av ångest.

Läkarbedöms under natten, rtg beställs och överrapporteras till pågående ort jour.

Läk 2 som börjar kl 10 blir sedan involverad när man noterar att pat försämrats påtagligt. Misstänkt septisk artrit och förflyttas till IVA. Avlider sedan på IVA.

Involverade enheter är, Akutmottagningen, Ortopedkliniken (Ortopedjourer) och IVA/Anestesi.

Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder:

Samtliga inblandade är kontaktade och informerade om att HA ska göras. Chefläkarfunktionen är informerad om ärendet. Följsamhet till RETTS lyfts med vårdpersonal och läkare på kliniken.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörd/berörda enheter samt involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras. Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla analysens resultat till involverade och alla övriga medarbetare på enheten.

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

I analysgruppen kommer läkare Fredrik Schiöler samt annan metodkunnig medarbetare från uppdragsgivarens verksamhet att ingå. Ytterligare analysgruppdeltagare utses av analysledaren.

Med vänlig hälsning

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef på Akutkliniken ViN

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-24

Startdatum: 2017-11-27

1.3 Återföringsdatum

2018-01-17

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare
Vice analysledare / Sjuksköterska

Enhet

Närsjukvård i östra Österg
Hjärt- och medicincentrum
IVA/Anestesikliniken, ViN
Närsjukvård i östra Österg/Akutkliniken ViN

3 Metodik

- Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från intervjuer med anhöriga samt med delaktig personal och sakkunnig anestesiläkare, journal, avvikelserapport och styrande dokument.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Tid för händelse är 2017-11-18

Patient har knäartros sedan många år, har haft influensa för en månad sedan, dock blivit bättre senaste två veckorna, Gastric By Pass (GBP)-op (2012), levaxinsubstituerad efter tyreoidectomi (2014) Cholecystectomi (2015).

1.

20171118 (lördag) kl 03:59

Patient kommer till Akutmottagningen (AKM) skjutsad av sin mamma i egen bil, nyttillkommen svår smärta i hö knä efter vridning när hon gått över golvet inomhus, beskrivs av patient som att när patienten ska vända sig mot vänster, knäckte det till i höger knä och pat. fick extremt ont. Har inte ramlat eller utsatts för något trauma. Pat; första kontakt är receptionist i "luckan" som registrerar patienten som ortopedpatient och i akutjournalen i rutan för Sökorsak/ESS.nr: skriver "skada knä" Tagit smärtstillande hemma men upplever inte att det gett någon lindring. USK1 i team D (ortopedteam) hämtar pat vid 04-04.30 tiden i stora väntrummet. Pat's mamma är med och kör pat. i rullstol. USK1 upplever att höger knä är lite mer svullet än vänster och så smärtekänsligt att det inte går att ens röra vid knä. När pat. ligger på britsen ser USK1 att pat. andas väldigt fort, försöker få pat. att slappna av och andas lugnare vilket pat. också gör på uppmaning. USK1 tanke var att pat. hade mer ont och kompenserade smärtan med andningen.

Rutinen i team D är att undersköterska tar emot patient och självständigt prioriterar pat. enligt Retts. Sjuksköterska från annat team är behjälplig i team D enbart om USK efterfrågar hjälp T.ex om smärtlindring ska ges.

Ledningssjuksköterska (LS1) som ser pat. i korridoren och hör pat. reagerar på att pat. har så "himla ont" så efter tag går LS1 in till pat. och frågar: Hur går det? Patienten svarar att det är OK, LS1 reagerar på att pat är blek, därefter går pat haltande till toaletten, (utan extra hjälp). Efter en stund frågar LS1 pat. igen, när pat. är på väg tillbaka till rummet, om pat. vill ha något smärtstillande, men det hade pat tagit hemma (Naproxen), pat;s mamma berättade om att pat. varit sjuk ett tag, någon influensa, då tänker LS1 att pat. kanske var lite nedsatt efter det, i efterhand har LS1 tänkt att redan där skulle LS1 ha lyssnat på "varningsklockan" och gått in och tagit VP. LS1 hör sedan att pat "ojade" sig på rummet, så LS1 gläntade på dörren till rummet för att se hur det var och därefter går LS1 till ort.exp, personalen var upptagna på sal 2 och håller att på att reponera en fraktur på en annan pat. LS1 frågar USK1 när de ska gå in till pat, och får svar att det ska de göra så snart de var klara med reponeringen. Senare har USK1 varit inne igen och försökt lugna pat. och jourhavande ortopedläkare (Läk1) ska snart gå in till pat.

Felhändelse:

Kategoriseras utan medicinsk bedömning vid ankomst som ortopedpatient och registreras i datasystemet cosmic som ort. I akutjournalen dokumenteras: Sökorsak/ESS.nr: "skada knä" Bedöms enligt ESS 34 får prioritet grön, Bristfällig anamnes, Vitalparametrar tas inte, varav triage blir ofullständig, "blir ett grönt knä" Snabbbandningen tolkas som smärtrelaterad och inte som symtom på annan sjukdom och utreds heller inte vidare. Snabbbandning (eller övriga VP) mäts och dokumenteras inte, snabbbandningen och smärtan rapporteras inte vidare till högre kompetens. Blekhet tolkas som att pat. kanske var lite nedsatt efter genomgången influensa.

2.

ca 06,30

Under tiden Läk 1 avslutar föregående pat, frågar USK1 om pat. kan få Alvedon vilket också ges. Läk 1 ser patienten i korridoren haltande på väg till toa, Läk 1 har också hört pat stöna, hör detta genom väggen (tunna väggar mellan beh.rummen och lyhört). Läk 1 går in till pat, som är på rummet med sin mamma. Pat säger att hen har väldigt ont i knäet. Läk 1 frågar vad som har hänt och pat berättar att hen varit i sin lägenhet och när hen skulle gå in i köket så vrider hen sig till vänster och det knäcker till i hö knä och gör väldigt, väldigt ont, Läk 1 tittar på knäet som är svullet men inte rodnat och inte "fruktansvärt svullet", Läk 1 får inga misstankar om infektion. Undersöker distalstatus och tycker det känns helt ok. Läk 1 tänker "det verkar skumt ändå, är det så här ont så måste det vara något annat", så Läk 1 tänker: vi måste kanske punktera knäet, Läk 1 ordinerar OxyNorm 5 mg, och beställer rtg. Rtg-remiss skickas ca 06.40. Läk 1 lämnar AKM 07.15

Felhändelse:

Läk 1 har inte fått rapport om att patienten hyperventilerar (och gjort så i 3,5 tim efter ankomst till AKM) Läk 1 har fokus på knäskada och efterfrågar inte VP eller utreder differentialdiagnos.

3.

Kl 08,08 ca

Vid skiftbyte ca 07 får USK2 i team D (ortopedteam) Information av USK 1 att patienten sökt akutmottagningen vid tidigare tillfällen pga annan sjukdom och att patientens hyperventilation kan relateras till denna. Pat kunde kontrollera sin andning i samband med att man lugnar hen. USK2 frågar om det var ok för pat att åka rullstol till rtg och att mamman kunde köra hen dit, vilket var ok. Pat hyperventilerar fortfarande, så USK2 frågar LS2 om papperspåse att skicka med pat att andas i (för att lugna ner andningen) under transporten till rtg.

Felhändelse:

USK2 rapporterar inte till högre kompetens att pat fortsätter att hyperventilera, (och gjort så i 4 tim efter ankomst till AKM) Uppmanas att andas i "påse" för att sluta hyperventilera, saknas ordination på detta.

4.

kl 8,46-09,38

På lördag morgon vid ca 07 är det skiftbyte för sjuksköterskor, LS2 får en kort rapport av avgående natt SSK. LS2 observerar och känner igen patientens namn då LS2 tidigare har träffat pat. LS2 kommer väl ihåg pat. sedan tidigare besök. LS2 ser också patienten när hon kommer tillbaka från rtg och får sitta i väntrummet. Samtidigt finns en etylopåverkad patient i väntrummet och det är "stökigt" där. LS2 är under hela fm upptagen med sina uppgifter som LS, det är som en "vanlig dag" gällande arbetsbelastning. Mamman påtalar för LS2 att pat. vill lägga sig därför ber LS2 vid kl 9:30 att USK 3 ska lägga patienten ner i väntrum 3

Felhändelse:

Ingen läkare informeras att rtg är utförd och att pat fortfarande är snabbbandad och smärtpåverkad

5.

09,39-10,25

USK 3 kommer till LS2 och meddelar att patienten är mycket blek och "ter sig konstig". LS2 ber USK3 att ta vitala parametrar. USK3 kommer ganska snabbt tillbaka till LS2 och säger att det inte går att mäta något blodtryck. LS2 ber USK3 att ta hjälp av SSK3 som USK3 går i bedömningsteam med. SSK3 (har en student som deltar i vissa av momenten) går omedelbart till pat. BT är inte mätbart, saturation är ej mätbart och pat blir succesivt "försämrad". SSK3 går till LS2 och frågar om man ska ta en blodgas då patienten har hyperventilerat en längre tid och gör så fortfarande. LS2 säger att det måste vi göra och även ta prover, man sätter PVK och tar prover. pat. är kall perifert, radialispuls går ej att känna, Sat och BT fortsatt ej mätbart, när blodgas är analyserad (analyseras på AKM) går SSK3 till LS2 och frågar om man kan få 12 i laktat av att hyperventilera. LS 2 svarar att det borde man inte kunna få. Klockan är nu runt 10:15-10,30 och Läk 2 (akutläkare som är i bedömningsteam) informeras om provsvaret från blodgasen. Patienten har RLS 1 under händelseförloppet.

Felhändelse.

Läkare tillkallas inte omedelbart vid omätbart tryck och saturation. Omätbara värden tolkas som apparatfel och inte som symtom på cirkulationssvikt.

6.

ca 10,30-10,45

Läk 2 går omedelbart in till pat när SSK3 visar svar på artärblodgas med ett laktat på 12, information från SSK3 till Läk 2 att det är en ort.pat. som hyperventilerar, "grönt knä". Läk 2 har i det läget inte tillgång till journalanteckning (från 06:30) men uppfattar omedelbart allvaret i situationen och att patienten är "väldigt dålig" Med tanke på bilden är huvudmisstanken för Läk 2 att pat. har en sepsis av något slag. Läk 2 ordinerar antibiotika som ges kl:10.50. Dropp har kopplats kl:10,35.

Medicinbakjour tillkallas. Läk 2 undersöker knä som inte var värme ökat men rejält svullet, Läk 2 punkterar knä för att få en odling, det kommer grumlig vätska vid punktion. Läk 3 (Narkosläkare) tillkallas och är på plats inom kort, beslutas att pat. ska till intensivvårdsavdelning.

Felhändelse

Har gått lång tid (50-65 min.) efter att pat;s försämrade tillstånd uppmärksammas till att Läk 2 tillkallas.

7.

ca 11,15-12,21

Patienten överförs till IVA, vid ankomst till IVA har pat. försämrats ytterligare, mer stånkig ansträngd andning, men fortfarande vaken. Försök att sätta ytterligare PVK misslyckas och det beslutas om att lägga en central venkateter (CVK). Det går att lägga CVK ganska snabbt, när sista stygnet är satt så svarar pat. inte på tilltal utan förlorar medvetandet och slutar andas. Intubation genomförs och kort därefter får hen hjärtstopp och HLR startar(12:07). Kort efter första adrenalininjektionen återfås spontan cirkulation en kort stund, därefter åter asystoli och fortsatt HLR. Avslut av HLR efter ca 15 min. Avlider på IVA (12,21)

Felhändelse

Anhörig åker hem, bristande delaktighet och information till anhörig om allvaret i situationen.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

- Skiftbyte mellan personal, det är inte samma personal som vårdar pat. sedan ankomst. Bristande rutiner för dokumentation och överrapportering (Hög AF dokumenteras inte eller rapporteras vidare till högre kompetens).

Utbildning & kompetens

- Det kan inte uteslutas att tidigare sjukhistoria påverkat värdering av symtom och nuvarande sjukdomsförlopp.

Omgivning & organisation

- Ej linjelös sortering vid registrering/inskrivning, rutinen är att patienter sorteras och dokumenteras som något av följande: Kir/ort/med, och sökorsak/ESS nr (anamnes) anges utan medicinsk bedömning.
- Ort.Läk är inte placerad på AKM på lördag fm, Rutinen är att rond på ort.avd prioriteras före pat på akm på helger.
- Tid på dygnet 04,00-07,00 då patienten bedöms kan ha påverkat bedömningen. Hög arbetsbelastning under natten i Team D och samt att det inte kan uteslutas att bedömningen påverkades av att ortopedjouren inte har så lång erfarenhet.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Organisations förändringar de senaste åren har lett fram till att USK bemannar team D utan ansvarig SSK till skillnad mot övriga team på akutmottagningen. Otydlig arbetsbeskrivning för ledningssjuksköterska och Undersköterska i Team D.
- Det inte är rutin att ta VP på ort.pat, är kopplat till ovanstående beskrivna organisation. (se även under bifynd) Pat. följs inte upp utifrån smärta och andningsfrekvens. Det saknas dokumentation och utvärdering av smärtbehandling.

(Förutom att den bristande dokumentationen utgör en patientsäkerhetsrisk så har det även försvårat analysteamets utredning av händelsen, och det saknas korrekta tidsangivelser för när felhändelser har inträffat och eftersom minnet sviker hos de intervjuade så är det inte möjligt att exakt återge tidförloppet eller övriga fakta i analysen).

Teknik, utrustning & apparatur

- Man litar inte på att apparaturen visar "rätt" när BT och sat inte är mätbart. Försöker ta ett manuellt blodtryck men lyckas inte heller då få något värde.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Organisations förändringar de senaste åren har lett fram till att USK bemannar team D utan ansvarig SSK till skillnad mot övriga team på akutmottagningen.

Det kan inte sägas exakt när ssk försvann från D-team (ort). Från början var det 1 ssk och 2 usk på kir/ort team, sedan var det 1 ssk och 1 usk på kir och 1 ssk och 1 usk på ort. Det var i samband med att team D fick en annan exp och övergång till separata team som det blev Usk med läk i det teamet. Det är rutin att det ska vara Usk med gipsteknikerutb som ska bemanna team D. Tidigare var det den ssk som var i Alma-teamet den som oftast hjälpte team D med ex smärtstillning, blodgrp/ bastest, stelkrampsvaccin etc då det behövdes, dagtid. (Nu finns inget riktigt Alma-team kvar, först försvann läkare, sedan ssk och kvar blev 2 usk och nu finns det finns en usk kvar och det är inget team). I och med att ssk togs bort från Alma-team så fick uppgiften om att vara behjälplig ssk i ort-team lösas efter tillgång på ledig ssk. Rutin idag är att usk i D-team ska fråga LS om vilken ssk som kan hjälpa dem då behov uppstår.

Det kan också noteras att med nuvarande organisation innebär att, förutom att ortopedpatienter inte blir triagerad av legitimerad personal, så tappar ssk på AKM kompetens och kunskap om ortopediska skador och tillstånd då de aldrig bemannar den positionen.

Då belastningen är hög vissa dagar innebär ovanstående organisation att det blir en belastning på sjuksköterska som redan har en position som ssk i ett annat team och det kan leda till att patienterna i sjuksköterskans team då får vänta.

Det har i intervjuer med sjuksköterskor framkommit en oro för patientsäkerheten i Team D relaterat till avsaknad av sjuksköterskekompetens samt samarbetsproblem mellan SSK och USK i team D, vilket har lyfts i olika forum på AKM. Ovanstående oro ledde till att ledningen för AKM skickade ett mail med nedanstående lydelse den 21 april i år. Det har framkommit i utredningen att medarbetarna inte kommer ihåg eller känner till vare sig mail eller rutinen. Det har heller inte vidtagits någon förändring gällande organisation eller bemanning relaterat till rutinen.

Mail: Enligt gällande rutin så är det idag enbart legitimerad personal som har får triagera enligt RETTS. Men då belastningen på akutmottagningen emellanåt är sådan att det blir långa väntetider innan patienter bedöms på akutmottagningen så har Ledningen beslutat att:

Undersköterskan i team D, vid hög belastning på muntlig delegering från LS, självständigt får utföra triagering.

Du som LS beslutar vem som kan utföra triage och hur återrapportering ska ske.

Ex:

- *LS beslutar om usk självständigt får göra prioriteringen (sätta "färg" enligt RETTS), eller om det ska ske i dialog med LS eller annan utsedd ssk*
- *Rapportera direkt till Team eller till LS eller annan utsedd ssk.*

Det här innebär att alla delegeringar blir individuella. Det blir en delegering som gäller för ett tillfälle och ges muntligt och skall ske vid hög belastning.

Det kan inte uteslutas att tidigare sjukhistoria påverkat värdering av symtom och nuvarande sjukdomsförlopp.

Det har i intervjuer med berörd personal i olika grad framkommit värderingar och förutfattade uppfattningar relaterat till patientens tidigare sjukhistoria. Därför tolkas patientens snabba andning som hyperventilering, som är avledbar, och relaterad till smärta.

Ej linjelös sortering vid registrering/inskrivning.

Rutinen är att patienter sorteras och dokumenteras som något av följande: Kir/ort/med.

Sökorsak/ESS nr (anamnes) anges utan medicinsk bedömning. Redan vid patientens första kontakt med personal i receptionen så anges på akutjournalen i rutan för sökorsak/ESS:nr. "Skada knä" vilket innebär att pat blir ESS 34 (Skada knä/underben S89.9) (se bil. 2). Prioritet grön sätts utan att vitalparametrar är tagna, eller utan att omvärdera ESS 34 till ESS 15 relaterat till svår smärta. (Patientens snabbandning tolkas som smärtrelaterad)

Sökorsak/ESS:nr. borde i detta fall snarare ha varit "Smärta i extremitet" ESS15 och då prioriterats som orange relaterat till svår smärta och plötslig debut (se bil.3).

Kan inte uteslutas att förhandskunskap enligt ovan påverkar vidare handläggning och bedömning av symtom.

4.4 Åtgärdsförslag

- Inför linjelös sortering, triage och VP på samtliga pat oavsett sökorsak
- Följa och tydliggöra rutiner för Triage och uppföljning av pat gällande smärta och andningsfrekvens (VP).
- Följa rutin med omedelbar läkarkontakt om ej mätbart BT eller sat, information till medarbetare på AKM om fallet och händelseanalysen.
- Inför rutin att Sjuksköterska är ansvarig i samtliga team och att triage utförs av legitimerad personal
- Inför bemanning som motsvarar behov dygnet runt på AKM gällande läkare på ort.linjen och sjuksköterska i team D.
- Skapa rutiner för och tydliggör vikten av överrapportering, både skriftligt och muntligt
- Skapa handlingsplan och arbeta med värdegrundsfrågor och bemötandefrågor Använd fallet/händelseanalysen i internutbildning och i träning i klinisk simulering som underlag och diskussionsmaterial för att skapa en lärande org.
- Inför ledningssystem för trötthet och återhämtning.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Följsamhet till RETTS lyfts med vårdpersonal och läkare på kliniken		Verksamhetschef	20171124

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	40
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	20
SUMMA	100

6 Uppdragsgivarens kommentarer (Akutkliniken)

6.1 Åtgärder

Följande åtgärder är beslutade:

- **SSK ledd triage direkt läkarstöd del av dygnet.**
 - Ansvariga är Ledningsgruppen (LG), Akutkliniken ViN
 - Implementering 13/3 2018
- **Genomgång av RETTS rutiner och uppstramning av följsamhet till kontroll av VP**
 - Påbörjat i befintlig organisation, ansvariga för informationsspridning är LG tillsammans med RETTS ansvariga på kliniken
 - Ändrat arbetssätt med SSK ledd triagering from 13/3 2018 kommer understryka och innebära en än bättre följsamhet till en korrekt triagering enligt RETTS. **(se ovan)**
- **Utbildning/information**
 - utbildning är given i föreläsningsform om vikten av differentialdiagnostiskt tänkande för våra undersköterskor som arbetar i Team D och kommer upprepas på gruppdagar under våren 2018
 - Kommer vidare dras på morgonmöten i form av Microteaching under våren 2018
 - Information om genomförd HA kommer ges fortlöpande på APT under våren 2018
 - HA kommer presenteras för samtliga som varit involverade i ärendet av Analysledaren (februari 2018)
- **Läkarstöd till triage av seniora ST i akutsjukvård**
 - Finns redan idag del av dygnet 8-22 må-fre & 10-17 lö-sön, men succesivt vidare införande är planerat med målsättning att ha tillgång till detta dygnet runt.
 - From 13/3 7,45-24 må-fre & 10-17 lö-sön
- **Ansvarig SSK i Team D**
 - Utifrån våra personalresurser och det patientflöde vi har idag kan vi inte heller framgent avdela en SSK som enbart arbetar med Team D, men from 13/3 kommer det tydliggöras vilken SSK som ska involveras i första hand samt att det med det också följer ett patientansvar som delas med usk i Team D.
- **Arbete med värdegrund kopplat till värderingar och patienternas sjukhistoria**
 - Kommer påbörjas i LG under våren 2018 och utifrån det arbetet sedan implementeras för samtliga medarbetare

I händelseanalysen föreslås ytterligare åtgärder som skulle vara till glädje för akutmottagningens verksamhet och ffa patienterna. Men där mandatet till detta idag inte ligger på en enskild klinik utan innefattar flera kliniker, centrum och där det i princip behövs beslut på RÖ nivå. Dessa åtgärder innefattar:

- **Linjelös sortering**
 - Detta kräver en linjelös organisation där läkarna på akutmottagningen är beredda och att bedöma alla patienter oavsett kontaktorsak. Något som ffa är möjligt i en fullt utbyggd akutläkarorganisation. För att göra detta behövs beslut på RÖ nivå.
 - En ökad villighet i en linjebunden organisation (kir, med, ort) att som läkare bedöma patienter som inte har ett uppenbart problem kopplat till deras specialitet och hos dessa patienter ha ett differentialdiagnostiskt tänkande kan vara ett sätt att till del gå

detta till mötes – men för detta behövs ett arbete med värdegrunder på samtliga kliniker som idag har läkare som tjänstgör på akutmottagningen

- **Inför bemanning som motsvarar behov dygnet runt på AKM gällande läkare på ort.linjen och sjuksköterska i team D.**
 - Det vore önskvärt med legitimerade läkare på plats på AKM dygnet runt utan samtidigt uppdrag för operation , avdelning etc. Det gäller för samtliga läkare som tjänstgör på AKM oavsett kliniktillhörighet. Det skulle dock behöva en annan konstruktion innefattandes en mellanjourlinje inom med, kir och ortopedi.
 - För att samtidigt uppnå förslaget om en linjelös organisation så kan det förslagsvis ske i kombination med en utbyggd akutläkarorganisation.
 - Alternativt att berörda kliniker får ett tydligt uppdrag från RÖ om att tillhandahålla legitimerade läkare till akutmottagningen där de inte samtidigt har ansvar för konsultverksamhet, operation och avdelning hela eller del av dygnet.
 - Utifrån våra personalresurser och det patientflöde vi har idag kan vi inte heller framgent avdela en SSK som enbart arbetar med Team D.
 - Idag har vi på akutmottagningen ViN en bemanningsnyckel som inte står i proportion till det patientflöde vi har. Det utifrån de, visserligen, fåtal studier och riktlinjer som finns. Även vid jämförelse med andra akutmottagningar inom RÖ så har vi i storleksordningen 20 minuter mindre Ssk tid att lägga per patient. Med en annan bemanningsnyckel så vore en av de första åtgärderna att ha en sjuksköterska i Team D.

6.2 Återkoppling

Samtliga medarbetare som varit med i patientomhändertagandet och blivit intervjuade i samband med HA har bjudits in till en återkoppling av HA. Återkopplingen ges då av analysledaren. Därefter kommer händelsen lyftas i samband med Microteaching på morgonmöten, på Samverkansmöte och på APT. Anhörig till patienten har kontaktats och erbjudits möjlighet att få ta del av HA.

6.3 Uppföljning

Flertalet av åtgärderna planeras att införas i samband med att vi flyttar in i nya lokaler 13/3 2018. För att på ett konstruktivt sätt kunna utvärdera dessa åtgärder kommer en större utvärdering ske fjärde kvartalet 2018.

6 Ortopedklinikens kommentarer

6.1 Åtgärder

- Att öka kompetensen till leg sjuksköterska i patientens första möte på akutmottagningen är en kvalitetssäkring.
- Rutiner för att kontrollera, dokumentera och rapportera vitalparametrar måste finnas
- Det finns alltid läkare på akutmottagningen och det finns alltid AT-läkare, primärjour och bakjour schemalagt från ortopedklinikerna att söka på. Vid den här händelsen uteblev kontakt med någon av de möjliga läkarna.
- I analysen framkommer tydligt att bemötande och förutfattade meningar spelat roll i hanterandet av denna patient, det måste vi jobba med.

6.2 Återkoppling

Händelsen kommer beskrivas på ortopedklinikens läkarmöte onsdag 21/2 2018.

6.3 Uppföljning

Påminna ortopedläkaren om att alltid efterfråga vitalparametrar för att ha ett utgångsläge för den akuta bedömningen.

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
IVA	IntensivVårdsAvdelning
RETTTS	Rapid Emergency Triage and Treatment System, fungerar så att man vid första undersökningen mäter och bedömer ett antal vitalparametrar (VP), samt fångar en standardiserad och strukturerad anamnes, ESS (Emergency Symptomes and Signs), besöksorsak och aktuella symtom. Vitala parametrar tillsammans med ESS ger rekommendationer om prioritetsnivå och på vilket sätt patienten behöver provtagning och/eller övervakning.
Septisk artrit	Vid septisk artrit föreligger bakterieinfektion i en led

7 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: RETTS 34

Bilaga 3: RETTS 15