

Kunskapsbanksnummer: KB8722918

Datum: 2019-08-13

Händelseanalys

Brister i bemötande och fördröjning av ambulanstransport

Maj 2019

Analysledare:

NO Kalix
Närsjukvård
Region Norrbotten

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att klargöra om händelsen beror på brister i rutiner och/eller på individuellt agerande utanför kända gällande rutiner. Händelsen har kommit till verksamhetens kännedom genom en avvikelse från närstående till mannen.

Händelsen gäller en 79-årig multisjuk man som uppsökte hälsocentralens akutläkare då hans allmäntillstånd försämrats. Han hade smärta i buken, den var uppsvullen och man hade noterat minskad urinproduktion. Dagen innan hade mannen, som hade en suprapubiskateter, påbörjat behandling för urinvägsinfektion men han mådde nu sämre.

Läkaren beslutade att han skulle transporteras med ambulans till länssjukhuset, men det dröjde 1 timme och 45 minuter innan en ambulans var tillgänglig. Då ambulansbesättningen anlände uppstod meningsskiljaktigheter mellan dem och läkaren angående transporten, vilket fick till följd att de fick svårt att kommunicera med varandra. Ambulansbesättningen avvaktade med att påbörja transporten och överlämnade så småningom uppdraget till avlösande skift och mannen kom slutligen iväg efter nästan 4 timmar på hälocentralen. Under denna tid gjordes inga medicinska kontroller och han hade endast tillsyn av sin dotter som var med honom. Dottern hörde diskussionen mellan läkare och ambulansbesättning angående transporten och upplevde brister i ambulansbesättningens respekt för patienten och deras motsättning till läkarens bedömning.

På länssjukhuset konstaterades tarmvred och mannen bedömdes inte klara av en operation. Han avled dagen efter händelsen, och det fördröjda förloppet bedöms inte ha haft betydelse för utgången, men patienten har utsatts för onödigt och undvikbart lidande genom händelsen.

Vårdskadan bedöms som liten eller mindre men om händelsen skulle upprepa sig så bedöms den sammantagna riskpoängen kunna hamna på 4, relaterat till en möjlig katastrofal utgång.

Vårdgivaren ser mycket allvarligt på det inträffade.

Som bakomliggande orsaker ses brister i rutiner vad gäller ansvarsfördelningen för de akuta patienterna på hälsocentralen – både vad gäller medicinska kontroller och rapportering till nästa led (ambulans).

Analysen visar också på att ambulansbesättningen brustit i följsamhet till dirigering av transporter och man visar även brist på respekt för läkarens medicinska bedömning samt brister i sitt etiska förhållningssätt, man hade inte hade patientens bästa i fokus.

Som åtgärder föreslås att man upprättar och implementerar fungerande rutiner på hälsocentralen där man kan ha denna händelse som exempel.

Händelsen visar också att båda verksamheterna (hälsocentral och ambulans) bör anta ett personcentrerat förhållningssätt där man säkerställer att patientens behov är i fokus.

De yrkesetiska koderna måste också diskuteras med inblandade medarbetare.

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.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
5	Vårdskada och riskbedömning	8
6	Tidsåtgång	10
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
7.1	Åtgärder.....	10
7.2	Återkoppling	10
7.3	Uppföljning	11
8	Ordförklaringar	12
9	Bilagor.....	13

1 Uppdrag

Resultatet av analysen ska användas för att klargöra om händelsen beror på brister i rutiner och/eller på individuellt agerande utanför kända gällande rutiner. Återkoppling till verksamhet och vid behov berörda individer efter resultat.

1.1 Uppdragsgivare

, verksamhetschef
NO Kalix
Närsjukvård
Region Norrbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-06-05

Startdatum: 2019-06-06

1.3 Återföringsdatum

190705

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Närsjukvård
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Närsjukvård
Analysteammedlem/Läkare	Närsjukvård
Vice analysledare/Sjuksköterska	Region Norrbotten

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Skriftlig redogörelse från närstående
- Muntlig intervju

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

190517 12.00 - utgångsläge

Man med nedsatt allmäntillstånd, snabbt uppkommen uppdriven buk och upphörd urinproduktion från suprapubis-KAD uppsöker hälsocentralens akutmottagning. Personal från hans boende följer med och har med sig dokumentation om aktuella symptom.

1. Ca kl. 12.00–12.30

Läkaren, som tillfälligt jobbade på mottagningen, undersöker mannen. Beslutade efter samråd med specialister att mannen skulle överflyttas till länssjukhus.

2. Kl. 12.45

Akutsjuksköterskan på hälsocentralen beställer ambulans, Prio 2, akut buk. Det pågår många ambulanstransporter så det dröjer 1 timme och 45 minuter innan SOS kan dirigera en ledig ambulans.

3. Kl. 12.45–15.45

Patienten ligger i en sjukhussäng i korridor i väntan på ambulans. Närstående och boendets personal finns med honom.

Felhändelse:

Inga medicinska kontroller utförs under väntetiden, 3 timmar.

4. Kl. 13.56

SOS ger uppdraget till en resurs som börjar köra mot Hälsocentralen (resa på ca 5 mil)

5. Kl. 14.13

Ambulansbesättning som befinner sig närmare hälsocentralen erbjuder sig att ta över uppdraget eftersom de kommer att hinna dit före de som fått uppdraget. Den nya besättningen tilldelas uppdraget av SOS.

6. Kl. 14.30

Ambulansbesättningen anländer. Ambulanssjuksköterska tittar till mannen, klämmer på buken och bedömer att han inte har ont. Säger enligt anhörig att han känner till patienten och uttrycker tveksamhet till att mannen behöver ambulanstransport, trots att ingen rapport om patienten har givits.

Felhändelse:

Bedömningen var bristfällig, kände endast på buken och tittade på patienten.

7. KL. 14.45

Ambulanssjukvårdare visar läkaren rutin för ambulansöverflyttningar, uttrycker att mannen ej uppfyller kriterier för ambulanstransport, trots avsaknad av rapport.

Felhändelse:

Man motsatte sig bedömningen om behov av vård under transport, trots läkarens medicinska bedömning.

8. KL. 14.45

Läkaren vidhåller sin bedömning om behov av ambulanstransport. Läkaren är upptagen med annan patient och avslutar samtalet med ambulansbesättningen. Rapport från läkaren uteblir.

Felhändelse:

Ambulansbesättningen får ingen rapport om patienten inför transporten. Tar inte heller eget initiativ till att få rapport.

9. Kl. 14.45

Ambulansbesättningen uppger att de fortsätter att invänta rapport och tar inga initiativ att förbereda inför transport. De planerar för att avlösande besättning ska få ta över transporten.

Felhändelse:

Ambulansresursen står outnyttjad då transporten fördröjs vilket får följder för hela ambulansflödet.

10. Kl. 14.45

Patient och närstående hör diskussion mellan läkare och ambulanspersonal och uppfattar att ambulanspersonal inte vill utföra transporten.

Felhändelse: Patient och närstående tog illa vid sig av att höra diskussionen. Upplevde ett dåligt bemötande som medförde lidande.

11. Kl. 15.00

Ambulansbesättningen väntar på att avlösande ambulansbesättning kan ta över transporten. Dessa är fortfarande på utbildning som ska avslutas kl. 16.00

Felhändelse:

Transporten blir försenad och patientens vård hos specialist förskjuts.

12. Kl. 15.15

Ambulansbesättningen meddelar SOS att de ifrågasatt behovet av transport men att läkaren stått på sig. Uppger också att det blir avlösande ambulansbesättning som ska göra transporten eftersom de inte vill ha övertid.

Felhändelse

Ambulansbesättningen uppger risk för övertid som grund för att inte utföra transporten, vilket inte är ett giltigt motiv.

13. Kl. 15.40

Avlösande ambulansbesättning får patientrapport av läkare inför transport till länssjukhus.

14. Kl. 15.45

Nya ambulansbesättningen meddelar SOS att man har lastat för transport till länssjukhuset.

Mannen konstaterades ha tarmvred och bedömdes inte klara av en operation. Han avled dagen efter händelsen, men den fördröjda transporten bedöms inte ha haft betydelse för utgången.

4.2 Bakomliggande orsaker

För utförligare orsaksanalys var god se analysgraf i bilaga 1.

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak:

Ambulansbesättningen fick inte nödvändig information om patienten då rutiner för rapportering inte följdes.

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak:

Det var många akuta patienter på mottagningen och rutiner för det medicinska omhändertagandet i väntan på ambulans var bristfällig

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak:

Rutiner för ambulanstransport och rapportering har åsidosatts till förmån för egna behov
Brister i kommunikation mellan inblandad personal.

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak:

Brister i etiskt förhållningssätt.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Analysteamet har inte identifierat några bifynd

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Analysteamet har inte räknat ut några kostnader för vårdskadan

4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag

Hälsocentralen måste säkerställa att rutin för överlämnande rapport fungerar och att den är känd för all personal.

Åtgärdsförslag

Utbildning i etik för all personal, utveckla etikombudsverksamheten med representanter från alla verksamheter.

Åtgärdsförslag

Arbetsgivaren säkerställer att inblandade medarbetare följer de yrkesetiska koderna, t.ex. genom utbildningsinsatser och personliga samtal.

Åtgärdsförslag

Arbetsgivaren säkerställer att medarbetarna följer rutiner och riktlinjer för ambulansverksamhet.

Åtgärdsförslag

Verksamheterna (Hälsocentral och Ambulans) föreslås anta ett personcentrerat förhållningssätt för att säkerställa att man arbetar med patienten i fokus

Åtgärdsförslag:

Hälsocentralen måste säkerställa att det finns rutiner för det medicinska omhändertagandet då besöket blir förlängt.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Personliga samtal med berörda medarbetare		Enhetschef	Juni 2019
Telefonsamtal med anhörig som lämnat in anmälan		Verksamhetschef	Juni 2019

5 Vårdskada och riskbedömning

Vårdskadan är bedömd i samråd med analysteamets läkare och den faktiska vårdskadan bedöms som **mindre** eller möjligen **måttlig** utifrån att den samlade sjukdomsbilden. Patientens bakomliggande sjukdomar gjorde att han inte skulle ha blivit aktuell för kirurgi även om han anlät till sjukhuset tidigare. Vårdskadans allvarlighetsgrad bedöms således som 1-2 enligt nedanstående matris.

TABELL 4: Allvarlighetsgrad och konsekvens.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter ^{1) 2)} Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter ¹⁾
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Sannolikheten för händelsens upprepande bedöms som **mycket liten** men däremot, vid en eventuell upprepning av händelsen skulle den potentiella allvarlighetsgraden kunna bli katastrofal eller betydande. Se nedanstående matriser.

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Riskbedömningen för upprepande av händelsen landar således på 3-4 om händelsen skulle upprepa sig.

6 Kännedom om tidigare liknande händelser

Vid utsökning den nationella kunskapsbanken Nitha, ses ett fåtal tidigare händelser med försenade ambulanstransporter men ingen händelseanalys som helt liknar denna vad gäller händelseförlopp och orsaksanalys.

7 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	61
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
För metodstöd	3
SUMMA	80

8 Uppdragsgivarens kommentarer

8.1 Åtgärder

Uppdragsgivaren har tagit del av analysen och planerar att genomföra ovanstående åtgärdsförslag med tre huvudfokus:

1. Ytterligare personliga formella samtal med berörda medarbetare inom ambulanssjukvården kommer genomföras. Verksamhetschefen bedömer att två medarbetare medvetet brustit i följsamhet till rutiner, riktlinjer och gällande etiska principer. Arbetsrättsliga åtgärder kommer att övervägas.
2. Händelsen och gällande riktlinjer lyfts med hela personalgruppen. Etikombud tillsätts. Veckoutbildning med fokus på bemötande/etik planeras.
3. Nuvarande dokument med riktlinjer för vilka patienter som har rätt till ambulanstransport bör ifrågasättas. Syftet med dokumentet är gott, att hushålla med ambulansresurserna. Dokumentet behöver dock förbättras, eller förkastas, eftersom formuleringarna är för stelbenta och för ofta icke överensstämmande med det verkliga behovet. Det skapar oklarheter vad gäller tolkning, medicinskt ansvar och mandat, vilket i sin tur kan påverka patientsäkerheten. Verksamhetschefen lyfter frågan med närsjukvårdschef och länsgrupp ambulanssjukvård.

Vad gäller åtgärdsförslag som berör hälsocentralens del i analysen kommer uppdragsgivaren att kontakta verksamhetschef på berörd hälsocentral för kommentarer och ställningstagande till genomförande.

8.2 Återkoppling

Uppdragsgivaren har redan i tidigare skede fört samtal med den anhöriga till patienten som lyft ärendet, och kommer personligen att återkoppla till samma person när analysen är klar.

Verksamhetschef tillsammans med enhetschefer på berörd verksamhet länsdels sjukhus tar ansvar

Kunskapsbanksnummer: KB8722918

för att genomföra personliga samtal med berörd ambulansbesättning, och lyfta händelsen och gällande riktlinjer för all berörd personal.

8.3 Uppföljning

Arbetet kommer att fortgå och utvärderas under augusti-oktober 2019.

9 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

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)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Prio 2 ambulanstransport	Uppdrag med hög prioritet med akuta men ej livshotande symptom. Närmast tillgänglig ambulans tilldelas uppdraget
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Suprapubiskateter	En urinkateter som placeras i urinblåsan genom bukväggen
Tarmvred	Stopp i tunntarm eller tjocktarm
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
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)
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

10 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rutin ambulanstransporter mellan vårdinrättningar