

NITHA Händelseanalys nummer **0002781**

## **Händelseanalys**

**Patient med tracheostomi som vårdas på IVA och på kirurgisk vårdavdelning.**

Februari 2018

Analysledare  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

På uppdrag har en händelseanalys utföras som gäller en patient som vårdades på IVA (intensivvårdsavdelningen) på grund av en traumatisk hjärnblödning. Bedöms som utskrivningsklar efter sju dygn och ska överflyttas till hemavdelning för fortsatt vård och begränsade vårdinsatser.

Äldre patient som sedan tidigare har förmaksflimmer och är behandlad med läkemedel Waran (blodförtunnande). Åldrad, sviktande minne, ohållbar hemsituation sedan en längre tid. Ramlar i hemmet under natten. Söndag larmas ambulans. Vid ankomst till akutmottagningen är patienten medvetandesänkt. Prioriteras akut. Datortomografi visar på en hjärnblödning. Patienten skriva in på en neurologisk vårdavdelning men överflyttas direkt till regionsjukhuset i helikopter och opereras. Tisdag, patienten är opererad och överflyttas till IVA på lokalsjukhuset har en tracheostomi och behov av intensivvård. Får sin hemavdelning på kirurgen. På torsdagen meddelas att patienten har en dystur prognos. Begränsning av vårdinsats beslutas av läkare på IVA i samråd med närstående. Dokumenteras att anhöriga är informerade. Efter sju dagar (tisdag) bedöms att patienten kan flytta till den hemavdelning som patienten tillhör för fortsatt vård och skötsel av tracheostomi. På hemavdelningen vet personalen om att patienten finns på IVA och efterfrågat om det är rätt vårdavdelning. Under tisdagen får personalen rapport om att det är en patient i behov av palliativ vård och skötsel av en tracheostomi. Överflytten fördröjs någon dag (onsdag) på grund av att personalen på hemavdelningen känner en osäkerhet i att vårda en tracheostomerad patient. Personalen undervisas i vård av en trachealkanyl och erbjuds stöd från ÖNH specialist. Samma vecka på fredag upplevs patienten bli mer kontaktbar. Medicinska åtgärder och undersökningar ordinerar, anhöriga ställer sig frågande till vad som sker och vilken prognos som finns för patienten.

I analysen framkommer brister som analysteamet vill lyfta fram som viktiga inom olika orsaksområden. Genom aktiva åtgärdsförslag kan det förbättras eller förhindras och därmed bidra till en öka patientsäkerheten. Beslutet om begränsade vårdinsatser var förankrade och i dialog med anhöriga för patientens bästa under tiden på IVA. Patienten har inte fått begränsade vårdinsatser på grund av ett ansträngt vårdplatsläge.

Bakomliggande orsaker: Saknas struktur och rutin för dokumentation av muntlig överrapportering mellan vårdgivare. Kommunikation och dialog mellan inblandade vårdgivare i ansvaret att samordna vårdinsatser. Osäkerhet om det ansvar som ligger på vårdgivaren att ge information och skapa delaktighet.

Det finns inte något tydligt uppdrag för verksamheten var patient med tracheostomi ska vårdas.

Avsaknad av vårdplanering inför övertag då patienten ska flyttas till vårdavdelning från IVA.

Ingen kontakt sker mellan vårdgivare om inte läkare på hemavdelning medverkar vid rond.

Ovana att dokumentera under "Begränsning av vårdinsats" i patientjournalen.

Åtgärdsförslag:

- Införa rutin/struktur för dokumentation i journal vid muntlig överrapportering.
- Aktivera informationen på arbetsplatsträffar och läkarforum angående vårdgivarens skyldighet att dokumentera och följa upp den information som ges till patient/anhörig.
- Inventering och beslut av organisationen gällande vilka enheter som vårdar patient med tracheostomi.
- Framtagande av rutiner för vårdavdelningar gällande rond på IVA.
- Informera om och bjud in palliativa enheten. Använda enheten för råd och stöd.
- Utveckling av ronder samt framtagande av struktur för vårdkonferens mellan läkare och sjuksköterskor på IVA och vårdavdelning då patienten har behov av olika specialiteter, med ett personcentrerat förhållningssätt.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	5
2	Deltagare i analysteam .....	5
3	Metodik .....	5
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp .....	6
4.2	Bakomliggande orsaker .....	12
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	13
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	13
4.5	Åtgärdsförslag.....	13
5	Tidsåtgång .....	14
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	15
6.1	Åtgärder.....	15
6.2	Återkoppling .....	16
6.3	Uppföljning .....	16
7	Ordförklaringar .....	17
8	Bilagor.....	18

# 1 Uppdrag

Händelsen som skall utredas handlar om en patient som vårdades på intensivvårdsavdelningen på grund av en traumatisk hjärnblödning och som bedömdes som utskrivningsklar till vårdavdelning. Vid det aktuella tillfället fanns mycket begränsat antal lediga slutenvårdsplatser och diskussion uppstod mellan olika verksamheter för att finna en lämplig vårdplats med kompetens att sköta patientens tracheostomi.

I samband med denna diskussion uppstod frågor kring prognosen för patientens överlevnad och den sas då vara mycket begränsad och patienten ansågs vara palliativ. Beslutet om att patienten var i ett palliativt skede medförde att vårdinsatserna begränsades (ingen skötsel av trachiostomin skulle behöva utföras) och ansvarig läkare beslöt om att patienten kunde vårdas på kirurgisk vårdavdelning.

Vårdpersonalen på den här vårdavdelningen har ingen vana av att sköta och vårda patienter med tracheostomi. Personalen uppfattade patienten som mer närvarande och uppfattade inte att patienten var i ett palliativt skede. På eget initiativ valde sjuksköterskorna på avdelningen att sköta trachiostomin så att patientens luftvägar skulle hållas fria.

Patienten visade också mer närvaro och återvände efter två veckor veckors vård till hemkommunen för ytterligare rehabilitering.

I efterförloppet har frågor riktats som bör besvaras av analysen:

- Varför beslöt man om begränsade vårdinsatser?
- Bidrog vårdplatssituationen till att vårdinsatserna begränsades?

Syfte med analysen är att identifiera systemfel och/eller bristande rutiner samt ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte inträffar igen.

## 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschefen för Kirurgkliniken, NU-sjukvården.

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2016-05-18

Startdatum: 2016-08-22

Brist på analysledare föranledde försenad start av analysarbetet. Analysen färdigställdes under våren 2018.

## 1.3 Återföringsdatum

- 2016-12-20 Analysledare har möte med uppdragsgivare och verksamhetschef för IVA. Presentation av de bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag som analysteamet vill lyfta fram. Att inte vårdplatsläget var orsaken till beslut om begränsade vårdinsatser för patienten.
- 2017 Uppdragsgivaren har efterfrågar händelseanalysen som har fördröjts på grund av frånvaro och tidsbrist i uppdraget.
- 2018-01-31 Rapporten till uppdragsgivaren för kommentarer

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare	Verksamhet inom kirurgi
Vice analysledare	Verksamhet inom medicin
Överläkare	Specialist inom Öra-Näsa-Hals
Överläkare	Specialist inom intensivvård
Sjuksköterska	Palliativa enheten
Sjuksköterska	Kirurgisk vårdavdelning

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Litteratur/artiklar/rapporter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. Den grafiska presentation som finns i bilaga 1.

Söndag

Äldre patient som sedan tidigare har förmaksflimmer och är behandlad med Waran. Åldrad, sviktande minne, ohållbar hemsituation sedan en längre tid. Ramlar i hemmet under natten. Ambulans larmas.

Vid ankomst till akutmottagningen är patienten medvetandesänkt. Prioriteras akut. Datortomografi visar på en hjärnblödning.

1.

Söndag

Patienten flyttas direkt från akutmottagningen till intensivvårdsavdelningen (IVA) och får en neurologisk hemavdelning.

Läkare kontaktar via telefon neurokirurg på Regionsjukhuset som bedömer att patienten är i behov av operation.

Ingen felhändelse

2.

Söndag

Patienten transporteras till Regionsjukhuset i helikopter.

Ingen felhändelse

3.

Tisdag

Patienten är opererad och ska överföras till IVA på lokalsjukhuset. Är tracheostomerad.  
Läkare inom neurokirurgi kontaktar och rapporterar via telefon till mottagande läkare på IVA.

Läkare inom medicin kontaktar via telefon och rapporterar till läkare som är bakjour inom medicin på lokalsjukhuset.

Felhändelse

Överrapportering dokumenteras inte i patientens journal.  
Ingen kontakt tas med den planerade hemavdelningen.

4.

Tisdag

Patienten kommer åter till IVA på lokalsjukhuset för fortsatt vård.

Rutin är att vid ankomsten till IVA skriver sekreterare in patienten i ELVIS (ett datasystem för inskrivning och beläggning) efter att ha frågat läkare eller sjuksköterska om vilken vårdavdelning som är ansvarig. Patienter får en hemavdelning på kirurgen, men överrapportering mellan läkare sker inte. Personalen på kirurgavdelningen vet att patienten är inskriven på vårdavdelningen i ELVIS. Har diskussioner om att patienten inte ska tillhöra kirurgen och därmed inte flyttas till vårdavdelningen efter IVA vård.

Felhändelse

Patienten får inte neurologen som hemavdelning - skrivs in på kirurgavdelning.  
Ingen kommunikation eller kontakt sker mellan de olika vårdgivarna.

5.

Torsdag kl. 09:16

Patienten vårdas på IVA och det är dyster prognos. Begränsning av vårdinsats beslutas av läkare på IVA i samråd med närstående. Dokumenteras att anhöriga är informerade.

Felhändelse

Uppgifter om vad som framkommit under samtalet samt vilka önskemål patienten och anhöriga har saknas.  
Ingen samordning mellan vårdgivare.

6.

Torsdag kl. 12:56

Patienten planeras överflytta till hemavdelning.

IVA läkare tar kontakt med neurolog som meddelar att patienten kommer att vara inskriven på medicinkliniken, dock oklart vilken vårdavdelning.

Det framkommer inte i journalen vilken hemavdelning som har rondat patienten på IVA.

Det är läkare på patientens hemavdelning som ska ha dialog med läkare på annan vårdavdelning om/när det är aktuellt med övertag av patient till annan klinik.

Felhändelse

Patienten är inskriven på kirurgkliniken som inte har löst ansvarsfrågan med medicinkliniken vilket är en uppgift som ligger på hemavdelningar.

7.

Söndag

Patienten planeras för fortsatt vård på vårdavdelning.

Läkare på hemavdelningen har inte rondat patienten under vårdtiden på IVA eller kontaktat medicin för övertag.

IVA läkare skriver formell remiss till medicin/neurologen för övertag då patienten är inskriven på kirurgen.

Felhändelse

Ingen medverkan på rond från hemavdelningen.

Remiss till neurologen skrivs av IVA läkare och inte av läkare på hemavdelningen (kirurg).

8.

Måndag

Neurolog bedömer att patienten hör till kirurgen då patienten har en traumatisk blödning.

Meddelar att det inte i dagsläget är aktuellt att ta över patienten.

Kirurgavdelningen, som enligt ELVIS är hemavdelning, tar inte ta emot patienten då personalen upplever att de saknar kompetens för vård av tracheostomi.

Felhändelse

Ingen medicinsk- eller omvårdnadsförberedelse inför övertag till hemavdelningen.



9.

Tisdag

Dialog finns mellan kirurgläkare och specialist inom Öra-Näsa-Hals (ÖNH) angående patienten. ÖNH tar inte emot patienten, hänvisar till platsbrist, men erbjuder stöd och hjälp till hemavdelning. Kirurgen föreslår byte av patient mellan vårdavdelningar.

Ingen felhändelse

10.

Tisdag

Patienten är färdigvårdad på IVA.  
Beslut om palliativ vård tas i samråd mellan läkare inom medicin, kirurg och IVA.  
Patienten har kvar sin tracheostomi i palliativt syfte.  
Det är inte klart vilken vårdavdelning som kommer att ta emot patienten.  
Hemavdelningen vill att patienten vårdas på annan vårdavdelning.

Felhändelse

Förlängd vårdtid på IVA

11.

Onsdag

Patienten flyttas till sin hemavdelning (kirurgi).  
I den muntliga rapporten, vid arbetspassets början, får sjuksköterskorna besked om att patienten har palliativ vård samt att tracheostomi inte ska skötas.

Felhändelse

Det saknas inskrivningsanteckning av läkare och sjuksköterska gällande patientens aktuella situation och vårdbehov.

12.

Torsdag

Patientens tracheostomi är i behov av vård. Ansvarig sjuksköterska vet i sin profession att tracheostomi alltid ska skötas och reagerar mot den muntliga rapporten.  
Kontaktar läkare för ordination.

Personalen visas praktisk tracheostomivård av läkaren och material hämtas på ÖNH avdelning som även erbjuder hjälp vid behov.

Felhändelse

Saknas förberedelse gällande tracheostomivård inför patientens ankomst.

13.

Torsdag till fredag

Läkare på vårdavdelningen bedömer tillsammans med omvårdnadspersonal, att patienten upplevs mer kontaktbar och reagerar på beröring från närstående. Beslut tas av läkare att patienten ska ha medicinska insatser. Hjärt- lungräddning (HLR) samt IVA vård är inte aktuellt.

Remiss till neurolog med önskan om bedömning av patienten.

Infektionsprover tas, lungröntgen utförs.

Infusionsvätska glukos kopplas intravenöst och antibiotika ordineras.

Läkare ringer anhöriga som undrar hur vårdgivaren ser på framtiden.

Framgår inte vad anhöriga får för svar.

Felhändelse

Medicinska vårdinsatser innan kontakt tas med anhöriga.

Patient och anhörigas önskemål gällande insatta behandlingar och åtgärder dokumenteras inte.

14.

Måndag

Konsultremiss skrivs till narkosläkare med önskemål om CVK (central venkateter) för fortsatt nutrition (vätska). Narkosläkaren samråder med kirurgläkaren och rekommenderar istället att prova med enteral nutrition (sond via näsa eller magsäck).

Ingen felhändelse

15.

Måndag till tisdag

Fortsatt diskussion om var patienten ska vårdas.

Remiss skrivs till neurologen med önskan om övertag. Neurolog ska diskutera patienten med sin verksamhetschef.

Remiss skrivs till ÖNH läkare med frågeställning om dekanylering (avlägsnandet av trachealkanyl) samt övertag av patient. ÖNH läkare tar bort trackealkanylen, fortsatt vård på kirurgavdelning.

Remiss skrivs till neurorehabiliteringen som bedömer att patienten inte är aktuell för övertag då patienten inte är i status att tillgodogöra sig rehabiliterande insatser.

Ingen felhändelse

16.

Tisdag

Läkare har brytpunktsamtal med anhöriga som berättar om patientens önskan om att inte hamna som ett kolli samt att de vid ett flertal tillfällen framfört detta.

Felhändelse

Samtal/brytpunktsamtal med anhöriga har inte förts tidigare på hemavdelningen.

17.

Tisdag

Vårdplanering med besked om boende i Brålanda.

Ingen felhändelse

19.

Onsdag

Remiss skrivs till logoped för ny bedömning av sväljreflex.

Ingen felhändelse

20.

Fredag

Patienten flyttas till boende i Brålanda.

Ingen felhändelse

21.

Fredag, 4 veckor senare.

Patienten avlider på boendet i Brålanda.

Ingen felhändelse

Förlängd vårdtid

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

I orsaksområde Teknik, utrustning & apparatur har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras.

- **Kommunikation & information**

Bristande kommunikation och dialog mellan inblandade vårdgivare i ansvaret att samordna vårdinsatser.

Bristande kommunikation och dokumentation mellan olika vårdgivare.

Bristande struktur för anhörigas delaktighet och att arbeta personcentrerat.

Osäkerhet om det ansvar som ligger på vårdgivaren att ge information och skapa delaktighet.

- **Omgivning & organisation**

Det finns inte något tydligt uppdrag för verksamheten var patient med tracheostomi ska vårdas.

- **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Avsaknad av vårdplanering inför övertag då patienten ska flyttas till vårdavdelning.

Bristande rutiner, struktur och ansvar.

Ingen kontakt sker mellan vårdgivare om inte läkare på hemavdelning medverkar vid rond.

Saknas struktur och rutin för dokumentation av muntlig överrapportering.

- **Utbildning & kompetens**

Bristande kommunikation och dokumentation mellan olika vårdgivare.

Ovana att dokumentera under "Begränsning av vårdinsats" i patientjournalen.

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Fördröjd vårdtid på IVA ett dygn.

Den medicinska insatserna under ett par dygn kan ha påverkat att patienten fick en förlängd vårdtid i palliativ vård.

### 4.5 Åtgärdsförslag

#### Åtgärdsförslag

Inventering och beslut av organisationen gällande vilka enheter som vårdar patient med tracheostomi.

#### Åtgärdsförslag

Öka kunskap och förståelse genom att införa återkommande information och utbildning dokumentation/Melior.

Förståelse om vilka konsekvenser som kan uppstå vid utebliven/felaktig dokumentation

#### Åtgärdsförslag

Aktivera informationen på arbetsplatsträffar och läkarforum angående vårdgivarens skyldighet att dokumentera och följa upp den information som ges till patient/anhörig.

Patientlagen 2014:821

Metodstöd [www.skl.se](http://www.skl.se)

#### Åtgärdsförslag

Framtagande av rutiner för vårdavdelningar gällande rond på IVA av hemavdelning samt övertag mellan kliniker

#### Åtgärdsförslag

Informera om och bjud in palliativa enheten.

Använda enheten i svåra situationer, för råd och stöd. Konsultbesök eller via telefon.

Ger stöd åt både patient/anhöriga och medarbetare samt ökad kunskap.

#### Åtgärdsförslag

Införa rutin/struktur för dokumentation i journal vid muntlig överrapportering.

#### Åtgärdsförslag

Utveckling av ronder samt framtagande av struktur för vårdkonferens mellan läkare och sjuksköterskor på

IVA och vårdavdelning då patienten har behov av olika specialiteter, med ett personcentrerat förhållningssätt.

Inga åtgärder vidtogs omedelbart.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	154
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	174

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

I händelseanalysen föreslås ett antal åtgärder för att undvika en liknande händelse.

En riktlinje finns numera upprättad på Kirurgkliniken som beskriver var tracheostomiopererade patienter skall vårdas. Åtgärden infördes hösten 2017. Sedan våren 2017 arbetar en klinikövergripande dokumentationsgrupp med gemensamma riktlinjer för hur och vad som dokumenteras i Melior. Sökordet "Begränsade vårdinsatser" blir vanligare och återfinns oftare i patientjournalen. Utbildning och information har skett i läkargruppen på APT under 2017, men upprepas regelbundet.

Analysteamet föreslår inrättandet av en rutin avseende rond på IVA. En sådan rutin finns redan och är känd. Oklarheterna i det aktuella patientfallet handlade snarare om att det var vårdplatsbrist och samarbetsproblem mellan klinikerna.

Vidare föreslår analysledarna att den palliativa enheten kan engageras mer i den palliativa vården. Den palliativa enhetens konsultteam arbetar sedan 2017 två dagar på sjukhuset med uppsökande verksamhet. Genom att gå runt på vårdavdelningarna efterhör de behov av råd, stöd eller undervisning.

Enligt riktlinjer för Meliorjournalen när patienten går från IVA till vårdavdelning skall sammanfattning från IVA skrivas i Melior så att den muntliga övrapporteringen inte kan misstolkas.

Analysledarna föreslår utveckling av ronder samt framtagande av struktur för vårdkonferens mellan läkare och sjuksköterskor på IVA och vårdavdelning då patienten har behov av olika specialiteter, med ett personcentrerat förhållningssätt. Ett personcentrerat arbetssätt är på väg att utarbetas. Ett förslag som finns är att sjuksköterskan i samband med att patienten är färdigvårdad på IVA och skall transporteras till vårdavdelningen, får muntlig rapport av sjuksköterska på IVA, bedside.

Patienten hade tydligt talat om för anhöriga att han inte ville riskera att bli ett vårdpaket eftersom han sett sin far bli det. Patientens anhöriga hade tillsammans klargjort med kirurg och narkosläkare att vårdinsatserna skulle vara begränsade fr att gå patientens vilja till mötes. Dessa uppgifter dokumenterades dock inte. En viktig åtgärd är att de som deltar i ett sådant viktigt möte dokumenterar begränsningarna så att de blir kända för all personal. Patientens lidande blev förlängt då sjuksköterskor satte in fler insatser än de som var beslutade. Sjuksköterskorna ansåg att de begränsade vårdinsatserna var oetiska och ansåg att de kunde göra mer för patienten. De kände dock inte till att de begränsade insatserna var i enlighet med patientens önskan. Det är viktigt att regelbundet diskutera etiska frågeställningar för att reflektera över vad som är rätt och fel, vad som är vårdpersonalens vilja och vad som är patientens.

Fallet kommer att beskrivas i "Säker kirurgi" för att stimulera till diskussion om vad som är rätt eller fel.

## **6.2 Återkoppling**

Händelseanalysen återkopplas till vårdavdelningar och IVA, för att på APT eller liknande kunna utgöra reflektionsunderlag.

## **6.3 Uppföljning**

De åtgärder som föreslagits i rapporten har i de fall de varit möjliga genomförts eller planerar att genomföras. Någon uppföljning är inte aktuellt.



## 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

## 8 Bilagor

- Bilaga 1      Analysgraf
- Bilaga 2      Livsuppehållande behandling, Socialstyrelsens författningssamling, 2011:7.
- Bilaga 3      Rutin, Clinisoft - Inskrivning av IVA-patient – Sekreterare.
- Bilaga 4      Rutin, Hemavdelning för patienten från verksamheten inskriven på IVA/IMA.
- Bilaga 5      Rutin, Trakeostomi, skötsel för vårdavdelningar.
- Bilaga 6      Rutin, Akuta trakeostomiset på sjukhuset.