

Söndag

Söndag

Söndag

Tisdag

Tisdag

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

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

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

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

Ingen felhändelse

2. Patienten transporteras till specialistsjukhus i helikopter.

Ingen felhändelse

3. Patienten är opererad och ska överföras till IVA på lokalsjukhuset. Är traceostomerad. Läkare inom neurokirurgi kontaktar och rapporterar via telefon till mottagnade 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.

Rutinen är att när patienten kommer till IVA eller annan vårdavdelning så utförs inskrivningsanteckning av läkare.

*Procedurer/rutiner & riktlinjer*  
Saknas struktur och rutin för dokumentation av muntlig överrapportering.

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

4. 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. Patienten 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 neurlogen som hemavdelning - skrivs in på kirurgavdelning.  
Ingen kommunikation eller kontakt sker mellan de olika vårdgivarna.

Uppgifter om varför kontakt inte tas, går inte att få fram.

*Kommunikation & information*  
Bristande kommunikation och dialog mellan inblandade vårdsgivarna i ansvaret att samordna vårdinsatser.

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

Torsdag kl 09:16

Torsdag kl 12:56

Söndag

5. Patienten vårdas på IVA och det är dystert 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.

Vanan är att endast skriva att patient/ anhöriga är informerade.

Struktur/ vana att ha gemensam vårdplanering saknas.

Vanan finns inte att dokumentera vad som sagts under samtal samt patientens/ anhörigas önskemål.

*Utbildning & kompetens*  
Ovana att dokumentera under "Begränsning av vårdinsats" i patientjournalen.

*Procedurer/ rutiner & riktlinjer*  
Ingen kontakt sker mellan vårdgivare om inte läkare på hemavdelning medverkar vid rond.

**Åtgärdsförslag**  
Införa återkommande information och utbildning dokumentation i Mellior (läkare, sjuksköterskor).  
- " Begränsning av vårdinsats" Under rubrik övrigt kan anhörigas önskemål dokumenteras.  
- Delaktighet av, och samtal med, anhöriga.  
- Kunskap om vilka konsekvenser som kan uppstå för patienten och närstående vid utebliven eller felaktig dokumentation

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

6. Patienten planeras för en överflytt 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.

Uppgifter om varför ansvarsfrågan inte är löst går inte att få fram.

*Procedurer/ rutiner & riktlinjer*  
Bristande rutiner, struktur och ansvar.

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

7. 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).

Uppgifter om varför patienten inte är rondad av läkare på hemavdelning går inte att få fram.  
Går inte heller att få fram varför remissen inte besvarats.

Många läkare har varit inkopplade, flera av dem arbetar inte kvar i verksamheten och/ eller minns inte situationen.  
Dokumentationen brister.

*Kommunikation & information*  
Bristande kommunikation och dokumentation mellan olika vårdgivare.

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

**Åtgärdsförslag**  
- Öka kunskap och förståelse genom att införa återkommande information och utbildning i dokumentation/ Mellior.  
- Förståelse om vilka konsekvenser som kan uppstå vid utebliven/ felaktig dokumentation

Måndag

Tisdag

Tisdag

8. 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. Dialog finns mellan kirurgläkare och Öron-näsa- halsläkare 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. Patienten är färdigvårdad på IVA. Beslut om palliativ vård tas i samråd mellan läkare inom medicin, kirurg och IVA. Patienten har kvar tracheostomin 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

Ansvar för patientens vårdbehov bollas mellan olika vårdgivare.

Osäkerhet och oro finns hos personalen som ska sköta patientens tracheostomi. Personalen tror att patienten ska vårdas på annan vårdavdelning.

*Procedurer/rutiner & riktlinjer*  
Avsaknad av vårdplanering inför övertag då patienten ska flyttas till vårdavdelning.

**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.

Sjuksköterskor på hemavdelningen vill inte ta emot patienten då de uppger kompetensbrist gällande vård av tracheostomi.

Personalen saknar utbildning för vård av tracheostomi vilket skapar osäkerhet/rädsla. Ofta är det sjuksköterskor som har minst erfarenhet som får ansvara för patienter med tracheostomi.

Personalen tror att det finns en skriftlig överenskommelse att de inte ska vårda patient med tracheostomi och har därmed inte lärt sig vårda patient med tracheostomi.

*Omgivning & organisation*  
Det finns inte något tydligt uppdrag för verksamheten var patient med tracheostomi ska vårdas.

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

**Åtgärdsförslag**  
Utbilda medarbetare (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor) och säkerställa kunskapen för att klara uppdraget.  
- Tracheostomivård.  
- Teoretisk utbildning i Pingpong, praktisk utbildning där ÖNH ansvarar.

Onsdag

Torsdag

Torsdag till fredag

11. 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.

Förståelse för hur viktig dokumentationen är och vilka konsekvenser blir vid avsaknad av korrekt dokumentation varierar hos medarbetarna.

Kunskap om dokumentation är bristfällig. Det saknas gemensam struktur för enheten.

*Utbildning & kompetens*  
Bristande kommunikation och dokumentation mellan olika vårdgivare.

**Åtgärdsförslag**  
- Öka kunskap och förståelse genom att införa återkommande information och utbildning i dokumentation/ Mellior.  
- Förståelse om vilka konsekvenser som kan uppstå vid utebliven/ felaktig dokumentation. Metod för uppföljning kan ske via journalgranskning.

12. 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 ONH avdelning som även erbjuder hjälp vid behov.

**Felhändelse**  
Saknas förberedelse gällande tracheostomivården inför patientens ankomst.

Verksamhetslog ifrån sig att patienten skulle komma och vidtog inte förberedelser.

Personalen tror att det finns en överenskommelse att de inte ska vårda patient med tracheostomi och har därmed inte lärt sig vårda patient med tracheostomi.

*Omgivning & organisation*  
Det finns inte något tydligt uppdrag för verksamheten var patient med tracheostomi ska vårdas.

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

**Åtgärdsförslag**  
Utbilda medarbetare (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor) och säkerställa kunskapen för att klara uppdraget.  
- Tracheostomivård.  
- Teoretisk utbildning i Pingpong, Praktisk utbildning där ONH ansvarar.

13. 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 glucos kopplas intarvenöst och antibiotika ordinerar. 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.

Det finns en acceptans att skriva i jourtexten att patient/ anhörig är informerad. Vad som informerats framkommer inte.

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

**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)

Måndag

Måndag till tisdag

Tisdag

Tisdag

14.  
Konsultremiss skrivs till narkosläkare med önskemål om CVK (central venkateter) för fortsatt nutrition (vätska). Narkosläkarens samråder med kirurgläkaren och rekommenderar isället att prova med enteral nutrition (sond via näsa eller magsäck).

Ingen felhändelse

15.  
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 trakealkanyl) 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.  
Läkare har brytpunktsamtal med anhöriga som berättar om patientens önskan om att inte hamna som ett kולי samt att de vid ett flertal tillfällen framfört detta.

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

17.  
Vårdplanering med besked om boende i Brålanda.

Ingen felhändelse

Vårdinsatserna är många och det finns en osäkerhet om vilken specialist som ska vårda patienten.

Det förekommer ingen gemensam planering utifrån patientens medicinska behov, omvårdnad och palliativ vård.

*Kommunikation & information*  
Bristande struktur för anhörigas delaktighet och att arbeta personcentrerat.

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.

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.

Onsdag

Fredag

Fredag  
4 veckor senare

Fredag 4 veckor senare

