

Kunskapsbanksnummer: KB9844882

Datum: 2018-02-20

Händelseanalys

Multisjuk äldre med akuta symptom transporteras mellan sjukhus flera gånger under två dagar innan diagnos fastställs

Sammanfattning

Syftet med analysen är att utreda hur vård och ansvar för vården fungerat för patient som transporterats mellan två sjukhus flera gånger under kort tid. Konsekvenser av händelsen är fysiskt och psykiskt lidande för patient och anhöriga, minskat förtroende för vården, negativ påverkan på arbetsmiljön, onödiga kostnader för undvikbara åtgärder ex ambulanstransporter.

Ett flertal bakomliggande orsaker har identifierats utifrån den genomförda utredningen:

- Bristande rutiner för ansvar, vård och överflytt av patient med behov av akutsjukvård mellan sjukhus 1 och 2.
- Patientens/anhörigas rätt till delaktighet beaktas inte optimalt, utifrån gällande lagstiftning.
- Obalans mellan effektivitet och säkerhet, bristande riskmedvetenhet relaterat till kultur och produktionskrav.
- Hög beläggningsgrad/få vårdplatser - hårda kriterier för inläggning. Brist på vårdplatser med rätt kompetens för respektive patients behov.
- Systematisk uppföljning av tidigare inträffade liknande händelser saknas.
- Gällande ansvar utifrån politiskt beslut mellan sjukhus 1 och 2 samt 3 bedriva medicinsk akutsjukvård men ej akutkirurgisk/ortopedisk sjukvård på sjukhus 1.
- Otydliga eller ej kända rutiner för alla vilken läkare som har anhörigkontakt på HIA.
- Svårt idag att se helheten i dokumentation av vården pga. olika journaler primärvård/slutenvård, samt pappersjournal på akutmottagning och i ambulans.
- Utbildning/kompetens ej optimal gällande huvudorsaker till diagnostiska misstag/fel: systemorsaker, kognitiva fel och kunskapsbrister
- Patientens behov ur ett helhetsperspektiv beaktas inte optimalt. Omvårdnads, nutitions behov åtgärdas ej optimalt.

I syfte att minimera risken att denna händelse upprepas eller för att minska konsekvenserna om den skulle hända föreslås ett antal åtgärder utifrån de bakomliggande orsakerna, exempelvis;

- Se över processer och uppdatera befintliga rutiner för samverkan - Säkra informationsöverföring, ansvarsfördelning och rutiner och arbetsätt för akut konsultation för patienter som remitteras till kirurgisk specialitet mellan sjukhusen. Ex alltid ha telefonkontakt innan transport.
- Ta fram utbildnings/informations material riktat till läkare om kända risker/orsaker till diagnostiska misstag.
- Säkerställa utskrivning/trygg hemgång för alla patienter.
- Säkerställa behörighet och arbetsätt för läkare att ta del av PMO anteckningar även inom slutenvården
- Identifiera förbättringsarbeten för att stärka omvårdnad på akutmottagning. Exempelvis: - omvårdnadsronder, dokumenterade riskbedömningar samt åtgärder (ex nutrition).
- Främja god patientsäkerhetskultur och möjlighet till bra lärande mellan sjukhusen genom att utveckla dialogforum där bl. a inträffade avvikelser tas upp.
- Säkerställa att ALLTID kontakt sker med anhöriga innan flytt av patient.

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	8
4.3	Åtgärdsförslag.....	9
4.4	Bifynd och andra upptäckta risker.....	10
4.5	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	11
5	Tidsåtgång	11
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
6.3	Uppföljning	12
7	Ordförklaringar	12
8	Bilagor.....	12

1 Uppdrag

Utreda hur vård och ansvar för vården fungerat för patient som transporterats mellan två sjukhus flera gånger under kort tid.

1.1 Uppdragsgivare

Biträdande Hälso och sjukvårdsdirektör (bitr. HSD)

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-01 Startdatum: 2018-10-03

1.3 Återföringsdatum

Återkoppling av preliminär rapport till uppdragsgivare 2018-12-10

Återkoppling av slutgiltig rapport till uppdragsgivare och berörda verksamhetschefer 2019-01-31

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel

Analysledare/Sjuksköterska UKBI
Vice analysledare/Arbetsterapeut
Analysteammedlem/Läkare
Analysteammedlem/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Läkare
Vice analysledare/Sjuksköterska
Vice analysledare/Sjuksköterska
Vice analysledare/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Läkare

Enhet

Patientsäkerhet och vårdkvalitet
Externa/Vårdgivare med avtal
Externa/Vårdgivare med avtal
VO Ortopedi
VO Kirurgi
Patientsäkerhet och vårdkvalitet
VO Internmedicin
VO Ambulans
VO Akut
Patientsäkerhet och vårdkvalitet

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelserapporter
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Klagomål
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Tidigare: 2018-09-17

Multisjuk äldre man för åldern aktiv person söker HC för relativt akuta ryggbesvär av okänd genes, och långdragna besvär med lättutlöst andfåddhet. Bedöms som kotkompressioner, inget känt trauma. Tidigare insatt behovsmedicin, smärtstillande läkemedel (Tradolan), byts till morfin och laxermedel skrivs ut. Planerad uppföljning två dagar senare.

1. 2018-09-19 torsdag ca kl.8.00

Ambulans larmas från hemmet pga. förvärrade buk och ryggsmärtor. Prio 2 ut och in. Läkarstöd kontaktas från ambulans x2 pga. misstanke aorta, EKG skickas in. Läkarstöd bedömer det ej som trolig aorta men ber dem ändå komma till akutmottagning (AM) sjukhus (sjh)1 för bedömning trots att inte kirurgjour finns tillgänglig.

2. Kl. 9.10

Ambulans ankommer till AM sjh 1. Läk1 medicin ordinerar röntgen (DT) buköversikt som genomförs kl 11.00 och visar förstoppning. Patienten flyttas från medicin till familjeläkarjouren (Flj) på sjukhus 1 (sjh1), detta efter samråd flera andra medicinläkare (Medicininläkare - Läk 2 + dagbakjour och nattjour). Klyx ges på Flj kl 12.00 med god effekt. Smärtor i rygg och ben kvarstår.

3. ca 13-14 -

Patient och hustru beskriver för Läk 3 (Flj) att patient ej klarar sig i hemmet. Patienten är väsentligen opåverkad sittande enligt läkaranteckning. Temp ca 38, CRP 88. Enligt anhörig påverkat a.t, ont buk , svårt att stå på benen som är kraftigt svullna och värker.

Läk 3 (Flj) bedömer att patienten behöver läggas in och har dialog med Läk 2 om inläggning. Läk 2 friar internmedicinskt, trots högt CRP och subfebrilitet, och rekommenderar remiss till ortoped på sjh 2. Finns politiskt beslut att kirurgisk- och ortopedisk akutsjukvård bedrivs vid sjh2 (10 mil bort). Ej platsbrist medicin sjh 1 denna dag. Läk 3 skriver remiss för bedömning till ortopedjour på sjh 2. Står i remissen att patienten ej klarar sig i hemmet. Ingen telefonkontakt sker med ortopedjour sjh 2 innan sjukresetransporten.

Sett med facit i hand: Diagnostiskt misstag, inte behövt remitteras/ åka akut till sjukhus 2 för bedömning av icke traumatiska ryggbesvär?

Analysledarens kommentar: Analysteamet kan inte med säkerhet klargöra och har olika syn på om transporten till sjh 2 för ortopedisk konsultation och inläggning *eventuellt* kunnat undvikas eller ej. Med en optimal kommunikation och diagnostisk process kan det varit möjligt, menar delar av analysteamet.

I ambulansjournalen 19/9 ca 8.00 står att patient har ont sedan ett snett lyft i arbete med båten. I Läk1's anteckning 19/9 står att patienten av oklar anledning råkat ut för en båtolucky tidigare. Patient har arbetat med en båt för några veckor sedan men ej råkat ut för något trauma enligt anhörig, utifrån läkaranteckning från HC två dagar tidigare, i Läk3 (Flj) anteckning samt senare i ortopedens journalanteckning. När beslut tas om att skicka patienten till sjh 2 känns det som ett rätt beslut av medicinläkare. Sett med facit i hand var det ett misstag. Det finns många orsaker till misstag enligt litteraturen (system, kognitiva, kunskap). Det saknas

dokumenterade differentialdiagnoser i journal och remiss utifrån ej fastställd diagnos samt förhöjd CRP och feber. Det senare påtalas av Läk 3 (Flj) till Läk 2.

4. kl 16.35 - kl 19.40

Transport liggande sjukresa avgår från sjh 1 till sjh 2. Patienten får paracetamol innan avfärd. Patienten upplever den ca 3 timmar långa resan som mycket jobbig. Blev helt slut och har ont när det "guppar" under resan. Personal beställer sjukresa av beställningscentralen för sjukresor. Anger inga krav på direktresa eller ensamtransport vilket innebär att samåkning kan ske med andra som beställt sjukresa eller färdtjänst.

5. kl 19.40 - 21.45

Vårdtid på AM sjh 2 blir totalt 3 tim. Läk 4 Ort (ul) bedömer efter sin undersökning att ingen ytterligare åtgärd behövs då "inget trauma misstänks". Får ny diagnos=gikt. Läk4 ant: Patient kan mobiliseras på akuten, lite vinglig pga. smärta i fot. Hur den mobiliseringen går till framgår inte i journalen. Omvårdnadspersonal minns ej händelsen och det saknas dokumentation av vården på akuten (akutjournal)av oklar anledning. Patienten erbjuds att stanna kvar i gipsrummet då det ej finns platser på avdelning, men väljer att åka hem. Har inte ätit något på hela dagen.

Med facit i hand, vad gick fel: Diagnostiskt misstag. Pat blev ej inlagd på sjukhus för observation och omvårdnad. Skrivs hem utan planerad uppföljning trots att det i remissen står att han ej klarar sig hemma.

Orsaker till felhändelsen är att helhetsperspektivet på patientens behov ej är uppmärksammat och det saknas differentialdiagnoser trots subfebrilitet, högt CRP och information att patient ej klarar sig hemma i remissen. Läk4 arbetade som tillfällig vikarierande underläkare och har ej kunnat höras ytterligare under utredningen. Ingen anhörig finns på plats och kan förklara hemsituationen. Enligt anhörig kan enbidragande orsak vara att patienten förlitar sig på att inget fel hittas och då tycker han kan åka hem "till tryggheten".

6. Kl 21.50 Åter till hemmet med sjukresa i taxi sittande - ankomst hemmet ca 23.15. Då är patienten mycket medtagen, anhöriga och taxichaufför får halvt bära in honom via små trappor. Vid beställning av sjukresa angavs inga krav på liggande vilket innebär personbil/taxi.

7. 2018-09-19/20 kl 23.15 ca - 03.10 Patienten sover inget/minimalt hemma, har buksmärta, feber, andnöd. "De sa ju det inte var något fel på mig". Larmar ambulans kl 03.10 då han försämras ytterligare. Prio 1.

8. 2018-09-20 fredag kl 03.30 Ambulans ankomst hemmet. Ambulanssjusköterskan bedömer patient som dålig, septisk, NEWS 9. Kontaktar läkarstöd. Skickar EKG. Förbättras något av O2 + iv vätska i ambulansen på väg in till sjukhuset.

9. kl 04.00 - kl 05.05

Avlämning AM sjh 1 med akut septiskt tillstånd, buksmärta. Ambssk 1 har "en känsla av att patienten var dålig, sämre än han utger sig för". Stabiliseras på HIA sjh 1 skickas till sjh 2 där akutkirurgi finns och bedöms behövas (Läk 5). Kl 04.15 NEWS 8. Förbättras när temp sjunker av intravenöst paracetamol. Antibiotika ges. Ingen telefonkontakt sker mellan remitterande läkare och kirurg på sjh 2. Ambulans prio 1 lämnar AM sjh 1 kl 5.05. Avlämning sjukhus 2 6.10.

Sett med facit i hand: Diagnostiskt misstag? inte behövt remitteras/ åka akut till sjukhus 2 för bedömning av kirurg? Läkare på sjh1 bedömer att konsultation med läkare vid kirurgisk specialitet på sjh2 behöver ske för i den diagnostiska processen.

Analysledaren kommentar: Analysteamet kan inte med säkerhet klargöra och har olika syn på om transport till sjh 2 för kirurgisk konsultation och inläggning *eventuellt* kunnat undvikas eller ej. När beslut tas om att skicka patienten till sjh 2 bedöms det som ett rätt beslut. Sett med facit i hand var det ett misstag.

10. kl 6.25 - Skrivs in på AM sjh2. Inget prio 1 larm sker till akutmottagningen sjh 2. DT buk/thorax genomförs i 8 tiden, visar pneumoni. Friar buk, nytillkomna förtätningar lungor, CRP 140, blododling, nasopharynxodling ua (kl 12). Vitalparametrar (VP) försämras en period ca 9.00. Konsult sker med narkosläkare, infektionsläkare och reumatolog. Får ytterligare antibiotika för pneumonin.

11. Ca 11.30 Överflyttas till medicin. Skrivs in av Läk 7. Diagnos pneumoni, instabila VP, artärgas ua.

12. Kl 13.40 ca - Inläggning HIA, efter ca 8 timmars vårdtid på akutmottagningen. Ssk1 HIA träffar patienten som är medtagen, syrgaskrävande, 15 l O2 saO2 90% Bltr>100 NEWS 6-7 kl 13.30.

13. Ca kl 14.30 Läk 8 (Kardiolog) +9 (Medicinjour, ST) beslutar om flytt tillbaka under kvällen till hemsjh 1 i ambulans. Detta sker efter kontakt med medicin bakjour sjukhus1. Orsaker beskrivs som hög belägningsgrad på HIA sjh2, läkarna bedömer stabiliteten på patientens vitalparametrar och kriterier för skärpt övervakning olika.

Med facit i hand, vad gick fel:

- 1) utskrivning till hemsjukhus sker redan några timmar efter inläggning
- 2) patienten får ingen mat eller glucosinfusion under helad dagen den 19/12 fram till kvällen 20/12.

14. Ca 15.30

Anhöriga som varit på sjh 2 med patienten sedan morgonen, lämnar nu HIA och reser hemåt. Är informerad om att flytt sker när patienten är stabil. Anhöriga säger till om att de vill bli kontaktad före ev. flytt.

15. Ca kl 16 – 16.10 Beslut tas hastigt att patienten ska åka flerbårsambulans, detta då ambulanspersonalen kommer förbi och undrar om någon ska resa med dem. Vitalparametrar bedömdes som ok då med 10iter syrgas på mask. Transport påbörjas kl 16.10 med flerbårsambulansen till sjh 1. Beskrivs av ssk1 att det gick så fort att det inte hanns med att ringa anhöriga.

Med facit i hand, vad gick fel: Utskrivningen sker hastigt, tidigare än planerat och anhöriga kontaktas inte för besked om beslut om att flytta patienten och innan avfärd.

16. Ca 16.10 - 16.15 Patienten ringer själv upp dottern och berättar att han nu flyttar till sjh 1. Dotter ringer direkt Ssk på HIA sjh 2 och ber dem stoppa avfärden men får besked att patienten redan är på väg. Dotter ber om samtal med ansvarig läkare. Läk8 kontaktas men har inte möjlighet att ringa pga. mycket arbete som medicinjour på akutmott.

Med facit i hand, vad gick fel: Ingen läkare ringer upp dottern. Orsak att anhöriga ej rings upp är ej av alla känd överenskommelse att det är kardiologens ansvar att kontakta anhöriga.

17.ca kl 16.10–16.20 Ssk1 ringer HIA sjh 1 och meddelar att patienten är på väg samt ger kort rapport. En stund senare ringer hen igen till HIA och meddelar att patienten kommer via AM sjh 1 vilket Läk8 informerat om efter beslut av bakjour sjh 1.

18. kl 17.30 Patienten lämnas på AM sjh1 för vidare transport och inläggning på till HIA.

Konsekvens av händelsen:

Fysiskt och psykiskt lidande för patient och anhöriga.

Minskat förtroende för vården.

Inga kända irreversibla fysiska vårdskador.

Negativ påverkan på arbetsmiljön.

Onödiga kostnader för undvikbara åtgärder ex ambulanstransporter

4.2 Bakomliggande orsaker

Ett flertal (10) bakomliggande har identifierats inom samtliga fem bakomliggande orsaksområden.

Kommunikation & information

- Bristande rutiner för ansvar, vård och överflytt av patient med behov av akutsjukvård mellan sjukhus 1 och 2. T.ex. att det bör ske telefonkontakt mellan läkare i samband med akut remittering mellan sjukhusen.
- Patientens/anhörigas rätt till delaktighet beaktas inte optimalt, utifrån gällande lagstiftning.

Omgivning & organisation

- Obalans mellan effektivitet och säkerhet, bristande riskmedvetenhet relaterat till kultur och produktionskrav.
Finns en viss kulturatt "det är inte vår patient", det är viktigt att "värna sina vårdplatser", "hålla undan"?
- Hög beläggingsgrad/ få vårdplatser - hårda kriterier för inläggning. Brist på vårdplatser med rätt kompetens för respektive patients behov.
Här äldre patient med inläggningsbehov r/t icke fastställd diagnos alt. stora medicinska/omvårdnadsbehov
- Systematisk uppföljning av tidigare inträffade liknande händelser saknas.
Utifrån uppsatta patientlöften och målområdena "På rätt sätt" och "för varje individ"

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Gällande ansvar utifrån politiskt beslut mellan sjukhus1 och 2 samt 3 bedriva medicinsk akutsjukvård men ej akutkirurgisk/ortopedisk sjukvård på sjukhus 1.
- Otydliga eller ej kända rutiner för alla vilken läkare som har anhörigkontakt på HIA.

Teknik, utrustning & apparatur

- Svårt idag att se helheten i dokumentation av vården pga olika journaler primärvård/slutenvård, samt pappersjournal på akutmottagning och i ambulans.

Utbildning & kompetens

- I litteraturen diskuteras tre olika huvudorsaker till diagnostiska misstag/fel: systemorsaker, kognitiva fel och kunskapsbrister ([Referens SKL webbsida](#)). Exempel kognitiva orsaker:

- a) hålla fast vid en primär diagnos och inte ta hänsyn till alternativa diagnoser
- b) överta någon annans tänkande vid överlämningar, eller låta den diagnos som ligger närmast i tanken styra hur man tar upp sjukhistoria eller undersöker patienten
- Patientens behov ur ett helhetsperspektiv beaktas inte optimalt. Omvårdnads, nutritionens behov åtgärdas ej optimalt.

4.3 Åtgärdsförslag

- Se över processer och uppdatera befintliga rutiner för samverkan, enligt lagkrav i HSL.
 - Säkra informationsöverföring och ansvarsfördelning för patienter som remitteras till kirurgisk specialitet från sjh 1 till sjh 2 genom översyn av rutiner och arbetssätt för akut konsultation med kirurg och ortoped mellan sjukhus 1 och 2. Ex. remitterande läkare alltid ringa läkare på mottagande sjukhus innan patient skickas med ambulans/sjukresa.
- Ta fram utbildnings/informations material riktat till läkare om kända risker/orsaker till diagnostiska misstag. Ansvariga chefläkargruppen.
- Säkerställa utskrivning/trygg hemgång för alla patienter.
 - Säkerställa rutiner för uppföljning OM hemskrivning från AM när remittent skriver inläggningsfall. Exempelvis kontakt med PV eller kommun för uppföljning om man skickar hem en patient som bedöms eller har bedömts ej klara sig hemma.
 - Skapa vårdplatser på sjh 2 med kompetens att vårda äldre patienter med inläggningsbehov r/t icke fastställd diagnos alt. fler medicinska eller omvårdnadsbehov – när säker utskrivning/trygg hemgång ej kan säkerställas
- I väntan på nytt Vårdinformationssystem (patientjournal) - säkerställa behörighet och arbetssätt för läkare att ta del av PMO anteckningar även inom slutenvården
- Identifiera förbättringsarbeten för att stärka omvårdnad på akutmottagning. Exempelvis: - omvårdnadsronder, dokumenterade riskbedömningar samt åtgärder (ex nutrition).
- Främja god patientsäkerhetskultur och möjlighet till bra lärande mellan sjh1 och sjh2. Exempelvis: Läkare VECar och även läkargrupper ha på regelbundna dialogforum där bl. a inträffade avvikelser tas upp.
- Vidta åtgärder på enheter för att stärka en god patientsäkerhetskultur. Ex genom dialogverktyget Säkerhetskulturtrappan, Gröna Korset.
- Skapa/utveckla arbetssätt/forum för övergripande uppföljning av inkomna avvikelser mellan vårdgivare inom regionen.
- Skapa intermediärvårdsplatser på sjh 2. för patient som ej behöver IVA vård men mer övervakning än vårdavdelning har möjlighet till.

- Oftare utlysa ansträngt eller överansträngt platsläge enligt rutinen [Åtgärdsplan vid brist på somatiska vårdplatser – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) vid överbeläggningar som är känd risk för hot mot patientsäkerheten
- Säkerställa att ALLTID kontakt sker med anhöriga innan flytt av patient.
- Tydliggöra ansvar och roller för patient/anhöriginformation jourtid för berörda läkare och sjuksköt på HIA. På HIA sjh2 ska kontakt med anhöriga ske med kardiolog.
- Genomföra FRAM analys. Exempel på frågeställningar: Vad styr inläggning av pat från AM? tillgång till vårdplatser eller patientens behov? "Work as done vs work as imagin".
- Övriga förslag utifrån intervjuer: Akutläkare/senior läk på AM för att minimera "bollandet" mellan kliniker och långa vårdtider på AM.

4.4 Bifynd och andra upptäckta risker

Bifynd positiv iakttagelse: Ambulanssköt lyfter fram: att det är mycket positivt att det finns ett läkarstöd på sjh 1 att kontakta vid behov.

Brister i dokumentation

- Saknas dokumentation i den elektroniska journalen om dialog med läkarstöd 19+20/9
- Bristande omvårdnadsdokumentation på fler enheter under vårdtiden, exempelvis nutrition och elimination.
- NEWS ej dokumenterat utifrån rutin även om alla parametrar finns dokumenterade. Noteras även att det saknas dokumenterade parametrar, exempelvis andningsfrekvens som hade behövts för att kunna beräkna NEWS.

Åtgärdsförslag: Säkerställa följsamhet till rutinen [NEWS - bedömning av vitala parametar inom vuxen somatisk slutenvård Hudiksvall och Gävle sjukhus](#)

Brister i kommunikation

- Akutmott (AM) Sjh1 + Läk2 kände ej till att patienten skulle komma åter från sjh2 den 20/9 Transporteras till AM där diskussioner uppstår pga. avlämningsadress. Ambulansbesättningen går upp på HIA för avlämning och rapport.
Åtgärdsförslag: Säkerställa överrapporteringsrutiner (ansvar/roller) mellan inom sjukhus 1 och 2 vid överflyttning av patient.
- Anhörig beskriver att man som anhörig/patient känner av en viss rivalitet mellan sjukhusen som skapar otrygghet...pratar öppet om "de gjorde fel etc..."

Risker r/t lång vårdtid på AM sjh2 tid trots instabila parametrar, ca 6 tim

- Bristande bedömning av omvårdnadsrisker/behov samt åtgärder. Exempelvis nutrition.

4.5 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat kostnader. **Konsekvenser av händelsen:** Fysiskt och psykiskt lidande för patient och anhöriga. Minskat förtroende för vården. Negativ påverkan på arbetsmiljön. Onödiga kostnader för undvikbara åtgärder ex ambulanstransporter.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Ansvarig	Klart
Tydliggöra ansvar och roller för patient/ anhöriginformation jourtid på HIA sjh2 - kontakt med anhöriga ska ske med kardiolog	VEC HIA	December 2018

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång cirka	Tid i timmar
För analysledare	55
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	25
SUMMA	110

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärder som kommer att vidtas finns beskrivna i en handlingsplan (bilaga 2). Där finns beslut om föreslagna åtgärder, ansvarsfördelning samt tidplan för genomförande och uppföljning.

6.2 Återkoppling

Återkoppling av utredningen samt dialog för beslut om åtgärder har gjorts 2019-01-31 respektive 2019-02-19. Samtliga berörda verksamhetschefer samt analysteammedlemmar har bjudits in att delta. Alla verksamheter utom ortopederna har haft representanter närvarande vid något tillfälle. Berörda verksamhetschefer ansvarar för att återkoppling sker inom respektive verksamheter. Chefläkare JM återkopplar till chefläkargruppen. Uppdragsgivare bitr. HSD ansvarar för återkoppling av utredningen till den offentliga sjukvårdens övriga verksamhetschefer och andra högre ansvariga på HSL plus. Ansvar för återkoppling i Bollnäs sköts av chefläkare och verksamhetsutvecklare.

Återkoppling till patient och anhörig sker efter avslutad utredning av chefläkare JM samt AF på sjh 1.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av beslutade samt effekt av beslutade åtgärder kommer göras enligt bilaga 2.

Patientsamordnare PF uppdrag att sammanställa och återrapportera de samlade uppföljningsåtgärderna till bitr. HSD i slutet av 2019.

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
Glucosinfusion	Intravenös sockerlösning (dropp)
HIA	Hjärtintensivvårds avdelning
Säkerhetskulturtrappan A-E	Se SKLs hemsida (klickbar länk)
NEWS	En skattningsskala för bedömning av vitala parametrar (ex puls, andning, blodtryck)
FRAM analys	En metod att användas för risk- eller händelseanalys
Gröna Korset	Verktyg för daglig dialog i realtid kring identifierade risker och skador gällande de patienter som vårdas på enheten
VEC, VC, PV	Vårdenhetschef, verksamhetschef, primärvård
Pneumoni, CRP	Lunginflammation, "snabbsänka" (kontrollerar inflammation med blodprov)
PMO	Patientjournal som används inom primärvården

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan