

Datum: 2019-01-30

Händelseanalys

Oklar diagnostisering av strokepatient på Akutmottagningen

Mars 2018

Analysledare:

, Medicinsk informatik och teknik
Södra Älvsborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Händelsen är anmäld enligt Lex Maria och grundar sig i hemmasjukhusets avvikelseanmälan. Utredningen följer patientens medicinska utredning i samband med patientens episod av desorientering.

Analysen har identifierat bakomliggande orsaker, gett förslag till förbättringsåtgärder samt upprättat tillhörande handlingsplan.

Syftet med analysen är att besvara frågeställningarna:

- åtgärder för att förhindra försening av vård och behandling vid oklara neurologiska symtom
- differentialdiagnostik när patient uteslutits ur process i tidigt skede

Analysresultat

Analysen visar att patienten hade fått en snabbare diagnostisering vid en startad process "Hjärnvägen". Den fördröjda diagnosen och behandlingen har medfört ökat lidande och ökad vårdtid för patienten.

Bakomliggande orsaker

Kommunikation & Information, 1 st

Omgivning & Organisation, 2 st

Procedurer/rutiner & Riktlinjer, 3 st

Utbildning & Kompetens, 3 st

Förbättringsåtgärder

Mycket effektiv åtgärd:

- Översyn av processriktlinjer när det gäller neurologjourns dokumentationsskyldighet vid exkludering
- Översyn av arbetssätt på akuten, samt skapa och implementera rutin för akuta undersökningar som inte inkluderas i någon process
- Se över kriterierna i processen "Hjärnvägen"
- Förtydliga hur kriterierna ska användas samt beakta ställningstagande till differentialdiagnostik och utifrån detta arbete, skapa och implementera rutin för akuta undersökningar som inte inkluderas i processen
- Översyn av neurologklinikens organisation

Effektiv åtgärd

- Kontinuerlig utbildning av läkare som bemannar neurologjouren
- Diskussion med neurologjour angående hur tagna beslut påverkar helheten
- Diskussioner i berörd arbetsgrupp angående bemötande i samband med patient som frekvent söker vård (mångåkare) samt utbildningsinsatser utifrån dessa diskussioner
- Kontinuerlig undervisning och träning för att processen "Hjärnvägen" ska bli implementerad och känd i hela verksamheten

Föreslagna förbättringsåtgärder kommer att skapa mer robusta barriärer för att eliminera liknande händelser och minimera vårdskador.

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

1 Uppdrag

Patienten kommer till akutmottagningen med ambulans p.g.a. nyttillkommen episod med dysfasi och nedsatt kognitiv förmåga 180313. Ambulansbedömning föranledde kontakt med neurolog. Patienten lämnas av efter telefonkontakt med neurologjour med RETTS ESS kod 12-stroke/bortfall som inte uppfyller kriterier för strokelarm.

Patienten skrivs ut till hemmet med remiss till Närhälsan för demensutredning. Nästföljande dag återkommer patienten till akuten med kvarstående symtom och blir inskriven för fortsatt utredning som påvisar stroke.

Analysen syftar till att utreda förloppet från det att ambulansen larmades ut dag 1 till inskrivning dag 2 och besvara frågeställningarna:

- åtgärder för att förhindra försening av vård och behandling vid oklara neurologiska symtom
- differentialdiagnostik när patient utesluts ur process i tidigt skede

1.1 Uppdragsgivare

Katarina Zamac, Verksamhetschef, Akutkliniken

1.2 Uppdrags- och startdatum

Händelsedatum: 2018-03-13

Avvikelse registrerad på Rehabkliniken 2018-03-16.

Akutkliniken fick del av denna 2018-05-24.

Uppdragsdatum: 2018-06-15

Startdatum: 2018-06-18

Analysen har blivit försenad pga. problem med att besätta analysledarrollen pga. sjukdom, samt tekniska problem med Nitha (IT-stödet för händelseanalys).

1.3 Återföringsdatum

2019-02-22

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Namn	Roll/Titel	Enhet
	Analysledare/Medicinteknisk ingenjör	Medicinsk Teknik
Ingrid Rangert	Teamledare/vårdutvecklare, utvecklingscontroller	Akutkliniken
Levente Tanács	Teamdeltagare/Läkare	Akutkliniken

Frida Borg	Teamdeltagare/Sjuksköterska	Akutkliniken
Camilla Palmén	Teamdeltagare/Sjuksköterska	Ambulanssjukvården
Margareta Wass	Teamdeltagare/Sektionschef	Neuro- & Rehabiliteringskliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med patient
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

Analysen visar att patienten hade fått en snabbare diagnostisering vid en startad process "Hjärnvägen".

Händelseförloppet är återgivet med avidentifiering av berörda och anses av analysteamet vara objektiv, faktabaserad och neutral.

4.1 Händelseförlopp

Patienten har bidragit till det kronologiska händelseförloppet och haft möjlighet att inkomma med förbättringsförslag.

180313 kl. 13.30

Patient som är desorienterad utan bröstsmärta eller huvudvärk. Ambulans tillkallas.

1.

180313 kl. 14:56-15:30

Ambulanssjuksköterska triagerar patienten och symtomen talar för misstänkt stroke. Mellan 15.00 - 15.30 konsulteras neurologjour på hemmasjukhuset angående processen "Hjärnvägen".

Neurologjour avböjer processen "Hjärnvägen"

2.

180313 kl. 15:54

Ambulansen ankommer till akuten och ambulanssjusköterska rapporterar till sjuksköterska i vårdteam medicin att patienten enligt RETTS är prio gul med koden "Stroke som inte uppfyller kriterier för Stroke-larm".

Kriterier i process Stroke/TIA ger stort utrymme för att utesluta många patienter med potentiellt allvarliga tillstånd.

3.

180313 kl. 18.40

Tillsyn sker av sjuksköterska. Patienten väntar fortfarande på en första läkarbedömning.

Fördröjd tid innan läkarbedömning.

4.

180313 kl. 22:17

Läkare 1 träffar patienten och bedömer att patienten har en begynnande demens eller TGA.

Neurologjour kontaktades inte. Patienten handlades inte som en misstänkt stroke.

5.

180313 kl. 23:42

Läkare 1 remitterar patienten till Datortomografi Hjärna. Slutgiltigt svar från denna kl. 23.42 där det framgår att det inte förelåg någon blödning.

6.

180314 kl. 00:03

Patienten utskriven till hemmet efter genomförd Datortomografi, då läkare 1 vid genomgång av journal registrerade att patienten haft många episoder med yrsel och en konstig känsla, som han haft svårt att beskriva.

Patienten lades inte in för observation.

Ytterligare eller andra röntgenologiska undersökningar genomfördes inte.

7.

180314 kl. 15:00

Patienten kom hem under natten.

Har nu kvarstående symtom med viss försämring. Ambulans tillkallas.

8.

180314 kl. 15:40

Ambulanspersonal klassificerade patienten med kod 53, dvs. ospecifik sjukdom.

Patienten upplever sig inte lyssnad på.

9.

180314 kl. 16:27

Patient ankommer till akutmottagningen och rapporteras över till mottagande sjuksköterska. Vid ankomst är patienten vaken, stundtals adekvat men ger visst förvirrat intryck, pratar osammanhängande och kämpar för att få fram orden. Förnekar smärta.

Patienten inväntar läkarbedömning.

10.

180314 kl. 18:00

Läkare 2 lägger in patienten för observation pga. de diffusa symtomen. Kontakt ska tas dagen efter med neurolog för en ordentlig neurologisk bedömning.

Läkare 2 ringde inte neurologjour. Patienten handlades inte enligt processriktlinje Stroke/Tia.

180316

Fördröjd diagnos och behandling, vilket medfört ökat lidande och ökad vårdtid.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Händelse 4:

- Hög belastning och otillräcklig bemanning skapar ett stressat klimat

Händelse 4:

- Uppfattas som besvärande att kontakta neurologjour

Omgivning & organisation

Händelse 4:

- Hög belastning och otillräcklig bemanning skapar ett stressat klimat

Händelse 3 och 4:

- Sjukhuset har inte kapacitet att hantera de stora variationer i behov av vårdplatser under högsäsong när influensa infaller. Resurser i form av personal och vårdplatser räcker inte till.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Händelse 1 och 2:

- Inkluderingskriterier till processen "Hjärnvägen" kan misstolkas

Händelse 1:

- Riktlinjer anger idag inte att neurologjour ska dokumentera sin bedömning i patientjournal

Händelse 1 och 2:

- Patienten hade ovanliga symtom vilket gjorde tillståndet svårbedömt

Utbildning & kompetens

Händelse 8, 9 och 10:

- Bristfällig följsamhet till kriterier för att starta processen "Hjärnvägen"

Händelse 8:

- Patienter ska bemötas förutsättningslöst oberoende av vad som är känt om patienten tidigare

Händelse 1 och 6:

- Säkerställa att kunskap om rutiner vid handläggning och ställningstagande vid Stroke/TIA-misstanke finns hos alla läkare som tjänstgör i jourlinjen (medicin, neurolog och akuten)

Teknik, Utrustning & apparatur

Ingen bakomliggande orsak har kunnat identifieras.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Ingen rutin och inga resurser finns för att utföra akuta MR nattetid. Detta är tredje Lex Maria inom ramen av två år då detta har spelat en stor roll.

På grund av att hemmasjukhuset har få neurologer är konsulttelefon och bemanning av neurologjourlinje begränsad.

Detta innebär att efter kl. 16:00 och fram till kl. 21:00 på vardagkvällar måndag till fredag, omhändertar medicinjouren trombolyslarm. Det finns ingen neurologjour på hemmasjukhuset. Vid behov tas kontaktas med medicinbakjour i första hand och neurologjour på annat sjukhus i andra hand.

Tisdagar, onsdagar och torsdagar finns neurologjour på hemmasjukhuset i beredskap mellan kl. 16:00-21:00.

Neurolog bemannar lördagar och söndagar samt helgdagar fram till kl. 12.00. Trombolyslarm omhändertaras av neurolog fram till kl. 12:00, därefter omhändertar medicinjouren dessa larm och andra frågeställningar och kontakter vid behov medicinbakjour i första hand och neurologjour på annat sjukhus i andra hand.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Förlängt vårdtid för patienten.

Ambulans vid två tillfällen.

Kvalitetsbristkostnader för förvaltningen har inte beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

De föreslagna åtgärdsförslagen är samtliga riktade mot de identifierade bakomliggande orsakerna där dessa är konkreta, realistiska samt möjliga att genomföra inom rimlig tid, se bilaga 2.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Händelse 1:

- Översyn av processriktlinjer när det gäller neurologjourns dokumentationsskyldighet. Enligt patientdatalagen ska neurologjourns bedömning dokumenteras i patientens journal

Händelse 2:

- Översyn av arbetsätt på akuten samt skapa och implementera rutin för akuta undersökningar som inte inkluderas i någon process

Händelse 1 och 2:

- Se över kriterierna i processen "Hjärnvägen"
- Förtydliga hur kriterierna ska användas samt beakta ställningstagande till differentialdiagnostik och utifrån detta arbete, skapa och implementera rutin för akuta undersökningar som inte inkluderas i processen

Utbildning & Kompetens

Händelse 1, 2 och 6:

- Kontinuerlig utbildning av läkare som bemannar neurologjouren

Händelse 8 och 9:

- Diskussioner i berörd arbetsgrupp angående bemötande i samband med patient som frekvent söker vård (mångåkare) samt utbildningsinsatser utifrån dessa diskussioner

Händelse 10:

- Kontinuerlig undervisning och träning för att processen "Hjärnvägen" ska bli implementerad och känd i hela verksamheten

Omgivning & Organisation

Händelse 3:

- Mer resurser av både personal och vårdplatser under de perioder trycket är som störst på sjukhuset

Händelse 4:

- Översyn av Neurologkliniken organisation (förtydligande under bifynd)

Kommunikation & Information

Händelse 4:

- Diskussion med neurologjour angående hur tagna beslut påverkar helheten
- Samtal mellan verksamhetschefer och chefläkare om bemötandekulturen
- Samtal med berörda i jourlinjen om bemötandekulturen

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	14
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	58

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Verksamhetschef Akutkliniken, Södra Älvsborg sjukhus, har tagit del av analysens slutrapport 2019-02-22. Av de åtta åtgärdsförslagen som återfinns i analysgrafen har åtta stycken antagits. I medföljande handlingsplan återfinns förbättringsåtgärder, ansvariga för genomföranden, tidsplan samt uppföljningsplan.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen kommer att återkopplas inom akutkliniken, för lärande som informationspunkt vid läkarmöten, arbetsplatsträffar och klinik-, och sektionsledningar. Delar av analysen och åtgärdsförslag berör strokeprocessen, neurologsektionen inom neuro-rehabkliniken, och kommer att återföras verksamheten. Vidare kommer analysen att publiceras på klinikens interna webbsida samt NITHA:s kunskapsbank.

Analysen kommer också personligen att återkopplas till patient och närstående.

6.3 Uppföljning

Händelseanalysens åtgärder kommer att följas upp enligt handlingsplan av verksamhetschef och chefläkare efter tre månader, sex månader och ett år.

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
RETTS ESS kod	Triageringsystem inom ambulanssjukvården och akutmottagningar
Triage	Sortera och prioritera patienter
TGA	Plötsligt övergående minnesstörning
Desorienterad	Vilsen, förbryllad
Process "Hjärnvägen"	Riktlinje för snabbspår till strokeenheten för patienter med misstänkt TIA och stroke
Process "Rädda hjärnan"	Riktlinje som reglerar flödet av patienter med akut stroke och tydliggör handläggning prehospitalt och vid ankomst till sjukhus samt vid vård på sjukhus
Datortomografi	Skiktröntgen
Processriktlinje Stroke/TIA	Riktlinje för akut utredning och behandling
TIA	Transitorisk ischemisk attack, vilket innebär en övergående attack med nedsatt blodtillförsel till delar av hjärnan
MR	Magnetkameraundersökning
Exkludera	Utesluta
Differentialdiagnostik	Särskiljande av sjukdomar med likartade symptom
Implementera	Införa
Dysfasi	Talstörning

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan

Bilaga 3: utdrag ur beläggning på akuten vid aktuell händelse