

Datum: 2016-10-10

Händelseanalys

Avböjt intag till strokeenhet

Oktober 2016

Analysledare:

Neurosjukvården
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdraget för denna händelseanalys är att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen/avvikelsen, vilka rutiner som brustit eller saknas samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen. Händelseanalysen bygger på journaldokumentation samt intervjuer med anhörig och patient samt berörd personal på båda sjukhusen där patienten vistades.

Händelsen inklusive de viktigaste felhändelserna kan i korta drag sammanfattas enligt följande: Primärjournen på Sjukhus A uppfattar inte symptombilden som stroke när ambulansen vid den första kontakten ringer och därför avböjs intag på den av stadens strokeenheter där behandlingsmöjlighet med trombolys och trombektomi finns. Då väljer ambulansen att i stället köra till akutmottagningen på Sjukhus B där strokeenhet finns, dock utan behandlingsmöjlighet med trombolys/trombektomi.

Vid ankomst undersöks patienten direkt av läkare som i anslutning till undersökningen samtalar med primärjournen på Sjukhus A. Primärjournen överväger övertag för klinisk bedömning på beslutar att inte göra så. När preliminärsvaret på CT angiografi är klart har läkare på Sjukhus B och primärjournen på Sjukhus A telefonkontakt igen. Primärjournen bedömer då att en behandlingsbar stroke inte föreligger men kontaktar ändå sin strokebakjour för diskussion. Strokebakjournen föreslår övertag till Sjukhus A för klinisk bedömning. Trots förslag från strokebakjournen tas inte patienten över till Sjukhus A.

Besluten i händelseförloppet olik delmoment att inte ta över patienten till strokeenheten på Sjukhus A har identifierats som felhändelser med flera orsaker.

Utöver utbildningsbehov för läkare bedöms även orsaker av systemkaraktär finnas. Patienten insjuknade i hemmet och bodde nära en regiongräns vilket i det här fallet betydde att ambulans från den ena regionen körde till närmaste sjukhus beläget i en annan region. En av de bakomliggande orsakerna till händelsen bedöms vara olika rapporteringsrutiner inom ambulansverksamheten i de berörda regionerna vilket är försvårande för kommunikation och informationsöverlämning. Tillräckligt antal vårdplatser bedöms saknas på Sjukhus A (i nära anslutning till behandlingsmöjlighet med trombolys och trombektomi) att använda för övervakning av alla patienter där stroke är en möjlig diagnos, vilket kan ses som ytterligare en bakomliggande orsak.

De viktigaste åtgärdsförslagen utöver utbildning av läkare avser samordning av ambulansrutiner över regiongränserna och en utvärdering av strokevårdkedjan som helhet, bland annat med avseende på hur vårdplatserna är fördelade mellan de sjukhusens strokeenheter. Detta i syfte att skapa möjligheter för fler patienter med misstänkt stroke att observeras/bedömas på Sjukhus A i nära anslutning till behandlingsmöjlighet med trombolys och/eller trombektomi. Här finns en potential att minimera transporter som fördröjer tiden till behandling med trombolys/trombektomi.

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.....	4
4.1	Händelseförlopp	4
4.2	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.3	Åtgärdsförslag.....	6
4.3.1	Omedelbart vidtagna åtgärder	6
4.3.2	Samarbete över regiongränserna avseende ambulansrutiner	6
4.3.3	Utbildning	6
4.3.4	Ompröva huruvida befintlig vårdkedja behöver omorganiseras.....	6
4.3.5	Nyttjande av befintlig vårdkedja	6
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	7
8	Bilagor.....	7

1 Uppdrag

Uppdraget för denna händelseanalys är att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen/avvikelsen, vilka rutiner som brustit eller saknas samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen

1.1 Uppdragsgivare

Åsa Lundgren Nilsson, tf Verksamhetschef, Neurosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2016-08-10

Startdatum: 2016-08-15

1.3 Återföringsdatum

2016 10 10

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Neurosjukvården, SU
Vice analysledare / Läkare	Neurosjukvården, SU
Vice analysledare / Sjuksköterska	Neurosjukvården, SU

3 Metodik

Händelseanalysen bygger på journaldokumentation samt intervjuer med anhörig och patient samt berörd personal på de båda sjukhus där patienten vistats.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten insjuknar och ambulans tillkallas till patientens hem nära regiongränsen.

Ambulans anländer och bedömer patientens tillstånd. Avsikten är att transportera patienten till närmaste sjukhus som är beläget på andra sidan regiongränsen. De olika regionerna har olika rutiner för bedömning och kommunikation avseende Rädda-hjärnan larm. Dessa skillnader ökar risken för otydlighet i kommunikationen avseende symptombilden. På plats i patientens hem kontaktar ambulansen Primärjour på Sjukhus A som har strokeenhet med behandlingsmöjlighet för trombolys/trombektomi och meddelar patientens tillstånd.

Primärjournen uppfattar inte symptombilden som stroke och avböjer därför intag på strokeenheten. Ambulansen kör i stället till akutmottagning på Sjukhus B vilket har strokeenhet men saknar möjlighet till behandling med trombolys och trombektomi.

Framme på Sjukhus B undersöks patienten direkt av läkare som därefter kontaktar primärjournen på Sjukhus A per telefon. Primärjournen överväger flytt till Sjukhus A för klinisk bedömning men beslutar att inte ta över patienten. I samråd med läkare på Sjukhus B beslutas att göra en CT angiografi.

Förnyad kontakt tas mellan primärjour och Sjukhus B då preliminärt svar föreligger, ca 3 timmar efter insjuknande. CT-angiografi visade inget stopp i något av hjärnans blodkärl vilket innebär att trombektomi inte är ett behandlingsalternativ, men vid misstänkt stroke kan trombolys fortfarande ges inom 4,5 timmar. Primärjournen bedömde att behandlingsbar stroke inte förelåg men kontaktar i detta läge ändå strokebakjournen för diskussion. Denna föreslår övertag till Sjukhus A för klinisk bedömning. Trots detta sker inget övertag. Dagen efter visar undersökning med MR-kamera en infarkt och patienten tas över till Strokeenheten på Sjukhus A.

Besluten i händelseförloppets olika delsteg att inte ta över patienten till strokeenheten på Sjukhus A har identifierats som felhändelser med flera orsaker. Vid tveksamhet avseende övertag kunde kontakt ha tagits med strokebakjournen redan i det första skedet, alltså i anslutning till det allra första telefonsamtalet med läkaren på Sjukhus B när patienten nyligen anlät dit.

Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Ambulansrutinerna fastställs lokalt i respektive region. Checklistor och mallar för informationsöverföring, bedömnings- och beslutskriterier etc. för Rädda-hjärnan larm skiljer sig därför mellan regionerna. Detta innebär förhöjd risk för missförstånd i kommunikation vid överrapportering.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Avsteg har gjorts från befintlig rutin avseende intag och övertag av patienter under 50 år med misstänkt stroke.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Även om det gått en tid sedan rutinen ändrades går det inte att helt bortse från risken för sammanblandning när rutiner omarbetas

Utbildning & kompetens

Utbildningsbehov föreligger, se beskrivning av åtgärdsförslag.

Utbildning och Kompetens

Bedömningen att bakjournkontakt inte var nödvändig i det tidiga skedet då läkare på Sjukhus B ringde första gången (i nära anslutning till patientens ankomst).

Omgivning & organisation

Vårdplatser saknas på Sjukhus A, där behandlingsmöjlighet med trombolys och trombektomi finns, för att kunna ta in alla patienter där stroke är en möjlig diagnos för övervakning och bedömning.

4.2 Bifynd och andra upptäckta risker

Lokala rutinen "Stroke – trombolys vid akut ischemisk stroke - Rädda hjärnan" var inte uppdaterad när händelsen inträffade.

4.3 Åtgärdsförslag

4.3.1 Omedelbart vidtagna åtgärder

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Behov av uppdatering av lokal rutin	Avseende trombolys	Sektionschef	2016 10 14
Bakjournrutin	Förtydliga och kommunicera	Sektionschef	2016 09 26

4.3.2 Samarbete över regiongränserna avseende ambulansrutiner

Ett arbete över regiongränserna behövs för att skapa och implementera likartade bedömningsrutiner, checklistor för kommunikation kring symptombild, beslutskriterier etc. Samma rutiner på båda sidor om regiongränsen minskar sannolikt risken för att brister i kommunikation/informationsöverföring ska innebära att ovanliga symptombilder av stroke.

4.3.3 Utbildning

Utbildning inom strokeprocessen föreslås innehållande exempelvis kriterier för när olika behandlingar är aktuella, innefattande även mindre vanliga symptombilder, ramar för tidsfönster för respektive behandling, kriterier för när stroke- och neurologbakjourerna ska kontaktas, relationer och beslutsmandat för de olika rollerna primärjour, strokebakjour och neurologbakjour, generell genomgång av befintliga rutiner innefattande även den uppdaterade lokala rutinen.

4.3.4 Ompröva huruvida befintlig vårdkedja behöver omorganiseras

Ompröva huruvida dagens vårdkedja är optimal eller om möjlighet till observation/bedömning av fler patienter kan skapas i nära anslutning till Strokeenheten på Sjukhus A som har behandlingsmöjlighet med trombolys och trombektomi. Exempelvis genom omstrukturering och förändrat uppdrag mellan stadens sjukhus. Detta för att minimera antalet patienter där tidsspillan sker pga transport då behov av trombolys och/eller trombektomi visar sig efter en tids observation.

4.3.5 Nyttjande av befintlig vårdkedja

I väntan på resultatet från åtgärden beskriven under punkt 4.4.4 diskutera huruvida organisationen nyttjar dagens vårdkedja på bästa sätt eller om förbättringsmöjligheter kan identifieras.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	55

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Alla föreslagna åtgärder som avser Neurosjukvården är adekvata och skall vidtas.

Åtgärdsförslag som berör strokeprocessen är en rekommendation till processägaren att vidta.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen återkopplas till patient och närstående, sektionschef samt neurologer verksamma inom Neurosjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av handlingsplanen kommer att ske senast 2018-01-31.

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: Handlingsplan