

Händelseanalys

Födröjt fynd av shunt dysfunktion hos patient med hydrocephalus

Sammanfattning

Patient kommer till akutmottagningen (sjukhus B, ansvarig för denna händelseanalys) på grund av huvudvärk. Patienten är shuntbehandlad på grund av en Dander-Walker-cysta, har epilepsi, autism och en utvecklingsstörning. Dagen innan sökte patienten på annat sjukhus (sjukhus A) för liknande symptom. Där utfördes datortomografi av hjärnan. Granskning av bilder tolkades som att shuntfunktionen var utan anmärkning.

Patienten undersöks nu på akutmottagningen (sjukhus B). Kontakt tas med neurokirurgjour (sjukhus C) som eftergranskar datortomografibilder av hjärnan från sjukhus A.

Efter läkarundersökning på akutmottagningen (sjukhus B) kontaktar primärjournen röntgen på sjukhus A för att få hjälp med att länka bilderna till neurokirurgjournen på sjukhus C. Detta för att få en eftergranskning av datortomografibilder från dagen innan. Primärjournen kontaktar sin bakjour för att förankra sina beslut. Under väntetiden på akutmottagningen (sjukhus B) påpekar närstående vid flertal tillfällen att patienten inte mår bra. Väntetid uppstår bland annat på grund av svårigheter att länka röntgenbilder från sjukhus A till sjukhus C samt på grund av hög arbetsbelastning med flera dåliga patienter samtidigt på akutmottagningen. Neurokirurgens eftergranskning av röntgenbilder (sjukhus C) ger samma svar som dagen innan; inga tecken finns på dålig shuntfunktion.

Patienten börjar nu krampa på akutmottagningen och flyttas akut till intensivvårdsavdelningen. En ny akut datortomografi av hjärnan utförs som visar shunt dysfunktion och patienten överflyttas till neurokirurgisk klinik på sjukhus C för akut operation. Patienten avlider efter några dagar.

Sjukhus A har genomfört händelseanalys samt skickat in Lex Maria-anmälan. Sjukhus C har inte genomfört någon händelseanalys

Bakomliggande faktorer:

- Kommunikation/information: Otydlig information till- och bristande kommunikation med närstående under besöket på akutmottagningen.
- Dokumentation, samt Procedurer/rutiner & riktlinjer: Ej anpassade arbetssätt och dokumentationsrutiner för utdragna vårdförlopp på akutmottagningen.
- Teknik, procedur, rutiner och riktlinjer: Oklara rutiner kring hur sjukhus skall ge varandra tillgång till bilder mellan olika sjukhus från nyligen tagna röntgenundersökningar.

Åtgärdsförslag:

- Diskussion i berörd personalgrupp på akutmottagning angående dokumentation.
- Diskussion i berörd personalgrupp på akutmottagning (ffa sjuksköterskor och läkare) behov av reevaluering/retriagering, då patienten/anhöriga påkallar personal angående förändrat allmäntillstånd.

- Se över arbets sätt för utdragna vårdförlopp på akutmottagning. På förvaltningsnivå diskutera att på sikt införa omvårdnadsronder på akutmottagning för att mer arbeta proaktivt i patientsäkerhetsarbetet.
- Se över dokumentationsrutiner för utdragna vårdförlopp på akutmottagning samt tydliggöra kravet på dokumentation och tidsangivelse vid telefonkonsultationer.
- Säkerställa att patient/anhörig förstått given information och vara lyhörd för patienters/anhörigas upplevelse av sitt/patientens förändrade hälsotillstånd. Använda sig av kommunikationsmetod som till exempel "Förstå-mig-rätt".
- Uppmärksamma patientgrupper med kommunikationssvårigheter.
- Ombesörja rutin för länkning av bilder mellan förvaltningar vid akuta handläggningsärenden. Denna skall beskriva ansvar för olika arbetsmoment, inklusive uppföljning, samt ge beskrivning av hur länkning ska ske.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	5
1.1	Uppdragsgivare.....	5
1.2	Uppdrags- och startdatum	5
1.3	Återföringsdatum	5
2	Deltagare i analysteam.....	5
3	Metodik	5
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp	6
4.2	Bakomliggande orsaker	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	9
4.4	Åtgärdsförslag.....	9
5	Tidsåtgång	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
7	Ordförklaringar	13
8	Bilagor.....	14

1 Uppdrag

Önskar händelseanalys av den inträffade händelsen där patient inkommer till akutmottagningen (sjukhus B). Hen hade hydrocephalus och det visade sig vara shunt-dysfunktion. Patienten skickades till annat sjukhus (sjukhus C) för akut operation men avled några dagar senare. Föräldrarna har många frågor gällande timmarna på akutmottagningen. De hade dagen innan sökt på annat sjukhus (sjukhus A) där patienten skrivits ut efter undersökningar.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Akutklinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-03-08

Startdatum: 2018-03-27

1.3 Återföringsdatum

2018-09-15

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare
Analysteammedlem / Sjuksköterska
Vice analysledare / Apotekare

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Klagomål
- Journalhandlingar
- Samtal med närstående kring händelsen och representant från Patientnämnd. Skriftlig redogörelse hade lämnats in innan intervjun

- Nitha kunskapsbanken

4 Resultat

På grund av att flera av de personer som träffade patienten inte kommer ihåg händelsen specifikt så har det varit svårt att utreda hela tidsförloppet på akutmottagningen. Journalföringen under akutbesöket fokuserar på det medicinska och akuta omhändertagandet. Läkaren som träffar patienten på akuten minns att det var mycket att göra på akuten denna dag och att patienten i fråga var en prioriterad patient. Denna dag så behandlades 67 patienter på akutmottagningen. Under vårdtiden som patienten var på akuten var det 44 patienter i omlopp. Av dessa 44 patienter så var det 25 patienter som var medicinpatienter och 19 patienter som var kirurg/ortopedpatienter. Arbetsbelastningen på akutmottagningen låg över normalbelastning.

4.1 Händelseförlopp

Kort bakgrund

Patient med en utvecklingsstörning, autism, epilepsi, Dandy-Walkers cysta som shuntbehandlas sedan barndomen. Dagen innan patienten söker sig till aktuellt sjukhus (sjukhus B) sökte hen på annat sjukhus (sjukhus A) på grund av huvudvärk, kräkningar och krampanfall. Vid det besöket undersöktes patienten och en datortomografi hjärna genomfördes som visade oförändrad bild jämfört med tidigare. Symtomen tolkades som migrän och patienten fick åka hem. Dagen efter söker patient och närstående till akutmottagningen (sjukhus B) på grund av tilltagande huvudvärk.

1. Kl. 15:22

Patient och närstående kommer till akutmottagningen. Patienten visar tecken på huvudvärk, slår sig för pannan och drar sig i håret. Patienten klarar att gå kortare sträcka med stöd av en person.

2. Kl. ca 15:40

Patienten triageras, vitalparametrar tas och prover ordinerar på patienten. Närstående meddelar att patienten är svårstucken. Personalen på akutmottagningen avvaktar med att sätta en perifer venkateter (PVK) med tanke på att patienten är svårstucken.

3. Kl. 15:40-17:00

Läkaren på akutmottagningen har svårt att bedöma patienten då det är svårt att avgöra hur patienten mår i vanliga fall, samt att patienten inte medverkar till undersökningar.

4. Kl. ca 17:00

Läkaren diskuterar patientfallet med bakjouren på sitt sjukhus (sjukhus B). Bakjouren misstänker att det kan vara shuntproblematik men hänvisar läkaren att kontakta neurokirurgijour (sjukhus C) som har specifik kunskap inom ämnet. Då sjukhuset inte har denna kompetens tar läkaren kontakt med neurokirurgijour på sjukhus C.

Felhändelse:

Det är tekniskt svårt för en läkare på sjukhus B att arrangera en länkning av röntgenbilder mellan sjukhus A och sjukhus C, och detta tar därför tid.

5.

Neurokirurgen på sjukhus C eftergranskar bilderna från sjukhus A. Ingen förändring av utlåtandet. Primärjouren uppmanas att lägga in patienten för observation. Primärjouren frågar om en ny datortomografi av hjärnan ska göras och får till svar att det inte behövs.

Felhändelse:

Dokumentation: Tidpunkt då primärjour hade telefonkontakt med neurokirurgjouren finns inte dokumenterad

6. Kl. ca 18:00

Lab kontaktas för hjälp med provtagning.

Felhändelse:

Det dröjer 2,5 h från det att proverna ordinerats till dess att proverna tas. Personal från akutmottagningen kommer inte ihåg händelsen specifikt.

7. Kl.15:45-19:15

Närstående påkallar personal flera gånger, dels genom att ringa på klockan men de går också ut till receptionen. Personalen kommer in på rummet och tittar till patienten. Närstående upplever att personalen inte gör något åt att patienten mår så dåligt. Närstående upplever att de inte blir lyssnade på och att informationen om att patienten mår dåligt inte når läkaren eller ansvarig sjuksköterska.

Felhändelse:

Det finns inget dokumenterat i journalen kring detta. Upprepad påkallad uppmärksamhet från patient/anhöriga bör föranleda reevaluering av patientens allmäntillstånd för ställningstagande till omprioritering.

8. Kl. ca 19.15

Närstående larmar till personalen att patienten inte andas. Patienten undersöks och narkosläkare larmas. Patienten får nu omedelbart andningsstöd.

9. Kl.ca 19.15- 23.46

Patienten krampar vid två tillfällen på akutmottagningen och överflyttas därför till IVA. Kontakt tas åter igen med konsulterad neurokirurg på sjukhus C som står fast vid tidigare bedömning och uppmanar att patienten ska ligga kvar för observation, samt informerar att det inte finns platser på neurokirurgen. Under vårdtiden på IVA intuberas patienten och genomgår datortomografi hjärna. Svaret från datortomografi hjärna visar nu på shunt dysfunktion vilket måste hanteras akut på neurokirurgisk klinik på sjukhus C. Ambulans beställs för att akuttransportera patienten till sjukhus C. När ambulansen kommer till IVA har patienten försämrats och kan inte transporteras direkt. Narkosläkare utför nu ett nödingrepp för att tömma vätska som lättar på trycket i hjärnan. Ambulansen akuttransporterar därefter patienten till neurokirurgisk klinik på sjukhus C.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Otydlig information till- och bristande kommunikation med närstående under besöket på akutmottagningen.

Kommunikation & information

För bedömning av patientens tillstånd har inte fullständig hänsyn tagits till att kommunikationssvårigheter förelåg

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej anpassade arbetsätt och dokumentationsrutiner för utdragna vårdförlopp på akutmottagningen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej tydliga riktlinjer för hur externa telefonkonsultationer skall dokumenteras i journal

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Oklara rutiner kring hur sjukhus skall ge varandra tillgång till bilder från nyligen tagna röntgenundersökningar.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Upprepad påkallad uppmärksamhet från patient/anhöriga bör föranleda reevaluering av patientens allmäntillstånd för ställningstagande till omprioritering

Teknik, utrustning & apparatur

Det är tekniskt svårt för en läkare på sjukhus B att arrangera en länkning av röntgenbilder mellan sjukhus A och sjukhus C, och detta tar därför tid.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Omgivning & organisation, och Utbildning & kompetens.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Patientens säng med påkopplad utrustning från akutmottagningen fastnar i en dörröppning vid Röntgen.

Saknas system som omedelbart ger alla sjukhus inom vårdgivaren fri tillgång till varandras röntgenundersökningar. Det behövs ett gemensamt system för röntgenundersökningsresultat för hela vårdgivaren.

4.4 Åtgärdsförslag

- Diskussion i berörd personalgrupp angående dokumentation. Diagnos ska inte användas för att beskriva symptom. Utbildning/Mindre effektiv åtgärd.
- Uppmärksamma patientgrupper med kommunikationssvårigheter. Utbildning/Mindre effektiv åtgärd.
- Tydliggöra för personalen på akutmottagningen behovet av reevaluering av patientens tillstånd vid vårdbesök på akutmottagning eller då patient/anhöriga påkallar uppmärksamhet att tillståndet har förändrats. Utbildning/Mindre effektiv åtgärd
- Säkerställa att patient/anhörig förstått given information och vara lyhörd för patienters/anhörigas upplevelse av sitt/patientens förändrade hälsotillstånd. Använda sig av kommunikationsmetod som till exempel Förstå-mig-rätt. Förbättrad kommunikation/Effektiv åtgärd
- Se över arbets sätt för utdragna vårdförlopp på akutmottagning. På förvaltningsnivå diskutera att på sikt införa omvårdnadsronder på akutmottagning för att mer arbeta proaktivt i patientsäkerhetsarbetet.
- Se över dokumentationsrutiner för utdragna vårdförlopp på akutmottagning samt tydliggöra kravet på dokumentation och tidsangivelse vid telefonkonsultationer. Förbättrad dokumentation/Effektiv åtgärd
- Ombesörja rutin för länkning av bilder mellan förvaltningar vid akuta handläggningsärenden. Denna skall beskriva ansvar för olika arbetsmoment, inklusive uppföljning, samt ge beskrivning av hur länkning ska ske.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Avvikelse rapport upprättades när händelsen kom till verksamhetens kännedom och uppdrag om Händelseanalys initierades.

Vem eller vilka ansvarar för att åtgärderna vidtas?

Verksamhetschef på akutkliniken

När skall åtgärderna enligt tidsplan vara vidtagna?

190331

Vem eller vilka ansvarar för uppföljning av åtgärderna?

Verksamhetschef och analysledare

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	10
SUMMA	55

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

När händelsen kom till verksamhetens kännedom upprättades en avvikelserapport och ett uppdrag om Händelseanalyskrevs.

De tre första åtgärdsförslagen gällande hur symptom journalförs, personer med funktionsnedsättningar bemöts och behovet av reevaluering av patientens tillstånd i samband med att patient/anhörig påtalar att tillståndet har förändrats bör hanteras tillsammans med nästa punkt. Säkerställa att patient/anhörig förstått given information och vara lyhörd för patienters/anhörigas upplevelse av sitt/patientens förändrade hälsotillstånd. Använda sig av kommunikationsmetod som till exempel Förstå-mig-rätt.

Vi arbetar idag med flera olika åtgärder för att minska väntetiderna/korta ledtiderna för patienterna. Detta arbete kommer att fortsätta framöver och då även tydliggöra dokumentationsrutinerna i de fall då vårdförloppet på akutmottagningen trots detta blir utdraget. Vi har också diskuterat införandet av omvårdnadsronder.

6.2 Återkoppling

Verksamhetschef på akutkliniken ansvarar för att händelsen tas upp i generell form i en större personalgrupp och i detalj med de inblandade.

Vi kommer att återföra händelseanalysen på akutmottagningens APT inklusive plan för hur vi tar oss an åtgärderna. Chefläkare kommer att ta kontakt med närstående samt även följa upp tidigare dialog med patientnämnd. Dessa åtgärder kommer också följas upp kort i samband med den dagliga ”gröna korset” genomgången för att återföra kunskapen till verksamheten.

6.3 Uppföljning

Händelseanalysen kommer att presenteras på verksamhetschefsmöte för ett ökat spridande och lärande på sjukhusövergripande nivå. Uppföljning med uppdragsgivaren och analysteamet 190430 där uppdragsgivaren presenterar arbetet med åtgärderna. Verksamhetschef på akutkliniken ansvarar för uppföljningen.

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
Dandy-Walkers cysta	Form av hjärnskada.
Shunt	Ventil för att sänka trycket i hjärnan.
Hydrocefalus	Form av hjärnskada med vätskeansamling i hjärnan.
CT-hjärna	Röntgenundersökning av hjärnan.
PVK	Perifer venkateter för läkemedel.
Triagera	En process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från ex anamnes, symtom och vitalparametrar.
Vitalparametrar	Vitalparametrarna kontrolleras rutinmässigt i en medicinsk undersökning när en person söker vård på olika inrättningar, exempelvis i triage, och kan utgöra underlag vid en prioriteringsbedömning eller diagnostisering. De fyra primära parametrarna är puls, blodtryck, andningsfrekvens, och kroppstemperatur.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf