

Kunskapsbanksnummer: KB3159843

Datum: 2018-05-25

Händelseanalys

Utebliven uppföljning av patient som uteblev

Mars 2018

Sammanfattning

Händelse: Remiss från privattdandläkare skickades till oralkirurgen på patient med frågeställningen: Onormalt utseende på slemhinna i tandlös underkäke, smärta vid beröring och lättblödande.

Malignitet?

Patienten fick tid för undersökning och provtagning men uteblev, erbjöds ingen ny tid.

Felhändelser:

- Ingen notering i journal eller i tidboken att patienten uteblev
- Patienten fick ingen ny tid för undersökning och biopsi

Händelsen upptäcktes först 10 månader senare när tandsköterska rensade i remissmodulen.

Remiss skrevs till ÖNH enligt "standardiserade vårdförlopp" och patienten blev undersökt där efter 11 månaders försening.

Konsekvens för patienten blev sannolikt avsevärd försämrad prognos på grund av den försenade diagnosen. Situationen försvårades av att patienten var dement och inte ville delta i provtagning eller behandling.

Huvudorsak till händelsen var att befintliga rutiner ej följdes och att olika vårdgivare hade olika arbetssätt. Ansvarsfördelning och arbetssätt har ej varit tillräckligt tydliga.

Åtgärder:

- Genomgång och uppdatering av remissrutinerna
- Säkerställa att all personal har kännedom om gällande rutiner
- Besluta om ett arbetssätt för remissflöden och uppföljning
- Remissmodulen skall rensas (remissvar skrivs) för bättre överblick och kontroll
- Utbilda personalen om flödet i journalsystemet vid uteblivande

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsbeskrivning.....	4
1.2	Händelsen inträffade.....	4
1.3	Händelsen uppmärksammades.....	4
1.4	Händelsen rapporterades.....	4
1.5	Uppdragsgivare.....	4
1.6	Uppdrags- och startdatum.....	4
1.7	Återföringsdatum.....	4
2	Deltagare i analysteam.....	4
3	Metodik.....	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp.....	5
4.2	Bakomliggande orsaker.....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader.....	7
	Troligen ökad vårdkostnad eftersom försening påverkat patientens sjukdomstillstånd och behandling.....	7
4.5	Konsekvenser för patienten.....	7
4.6	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång.....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.1.1	Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda.....	7
6.2	Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal.....	8
6.3	Återkoppling/spridning.....	8
6.4	Uppföljning.....	8
6.4.1	Ansvarig för uppföljning.....	8
7	Ordförklaringar.....	8
8	Bilagor.....	8

1 Uppdrag

1.1 Uppdragsbeskrivning

Remiss med frågeställning Malignitet? inkom 2017-04-25. Patienten fick tid för undersökning och eventuell biopsi 2017-05-03. Patienten uteblev, vilket inte registrerats i tidbok/journal, ingen kontakt med patienten om detta finns registrerad och varken ny tid eller kallelse har satts upp till patienten. Var i rutinerna gick det fel så att patienten glömdes bort och hur säkrar specialisttandvården att det inte händer igen? Göra en händelseanalys i Nitha.

1.2 Händelsen inträffade

2017-05-03

1.3 Händelsen uppmärksammades

2018-03-02

1.4 Händelsen rapporterades

2018-03-29

1.5 Uppdragsgivare

Tandläkare och enhetschef/ verksamhetschef, Specialisttandvård

1.6 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-04-04

Startdatum: 2018-04-04

1.7 Återföringsdatum

2018-05-29

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet alla deltagare finns i Region Jämtland Härjedalen

Analysledare Verksamhetsutvecklare Folktandvården
Analysteammedlem / Överläkare öron, näsa halskliniken
Vice analysledare / Tandläkare Folktandvården
Vice analysledare / Patientsäkerhetssamordnare

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående eftersom patienten själv inte vill / kan delta i utredningen.

- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Kunskapsbanken

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Remiss inkom till specialisttandvården från privat vårdgivare.

Frågeställning: slemhinna i tandlös underkäke har onormalt utseende, smärta vid beröring och lättblödande. Malignitet?

1.

2017-05-03

Remissen bedöms som akut av käkkirurg och patienten bokas in per post den 26/4. Tid för undersökning och biopsi 3/5. Patienten kommer inte på undersökningstiden. Ingen notering om uteblivande görs i tidboken eller i patientens journal. Ingen debitering av uteblivande och ingen tar ny kontakt med patienten.

2.

2018-01-29

Patienten besöker allmäntandvården för akut undersökning och ev. justering av proteser. Ingen rutinmässig kontroll av munslemhinnor sker vid akuta undersökningar. Patienten är mycket svår undersökt och inte vill delta vid undersökningen.

3.

2018-03-02

Tandsköterska rensar i remissadministrationen och upptäcker vid genomgång av kölistan och remisser att patienten inte fått tid och behandling. Patienten återfinns på kölistan under "tid bokad" och vid journalkontroll finns ingen behandling noterad.

4.

2018-03-29

Patienten får tid hos kirurgen på specialisttandvården. Finner ett sår på slemhinnan i underkäken. Remiss till ÖNH för SVF (standardiserade vårdförlopp)

5.

2018-04-05

Undersökning på ÖNH-kliniken. Patienten vill inte delta i undersökning och inte heller ta någon biopsi. Läkaren misstänkt elakartad förändring i munslemhinna. Patienten avstår behandling.

2018-04

Händelsens utfall. Fördröjd diagnos och behandling med 11 månader

4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Teknik, utrustning & apparatur och kommunikation och information, den sista går in under utbildning och kompetens

Omgivning & organisation

I remissrutinen för FTV finns beskrivet om remiss administratör och dess arbetsuppgifter på kliniken. Dessa uppgifter sköts av samtliga tandsköterskor på kliniken efter tid och möjlighet ingen fast struktur på detta arbetssätt. Det finns ingen fast rutin för hur uteblivande listan i T4 ska följs upp. Olika arbetssätt av tandläkare försvårar kontroll/ uppföljning för tandsköterskorna. Saknar tydlig struktur och rutin för uppföljning av patienter och remisser.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Arbetsgång vid uteblivande är känd på kliniken enl. personalen, men inte följd denna gång. Ingen notis om uteblivande i patientens journal.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Gällande rutiner följs inte. Remissvar skrivs inte på alla patienter eftersom många ska följas upp under lång tid framåt. Patienten försvinner från kölistan först när remissvaret skickas. Det blir därför många patienter som står på kölistor, fast dessa egentligen är färdigbehandlade.

Utbildning & kompetens

T4 ombudet har informerat om flödet i T4 vid uteblivande, detta följs inte av alla anställda.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Remitterande tandläkare har inte fått någon remissbekräftelse eftersom kliniken inte skickar ut det till akuta patienter som istället får en tid direkt, detta står inte i remissrutinen.

Remitterande tandläkare har inte fått remissvar. Vad har den remitterande tandläkare för ansvar att följa upp en patient med misstänkt malignitet?

På kliniken som mottag remisser finns vissa brister i uppföljning, remisshantering, fördröjning av daganteckningar och remissvar.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Troligen ökad vårdkostnad eftersom försening påverkat patientens sjukdomstillstånd och behandling. Just denna gång avstod patienten behandling.

4.5 Konsekvenser för patienten

Enligt yttrande från överläkare på öron, näsa, halskliniken. Patienten vill inte delta i provtagning eller behandling därför har det förts ett teoretiskt resonemang kring händelsen och dess utgång. Detta diagnostiska dröjsmål på 11 månader har med största sannolikhet gett att avsevärt försämrad prognos även för en helt frisk patient. Denna patienten är i så dåligt skick så det är oklart huruvida patienten klarat att genomgå en cancerbehandling.

4.6 Åtgärdsförslag

Tydliggöra och säkerhetsställa att all personal har kännedom om gällande rutiner.

Uppdatera remissrutinen samt utföra den årliga egenkontrollen.

Kliniken måste enas om arbetssätt, remissflöden och uppföljning. Vem tar ansvar vid uteblivande patienter.

Alla på kliniken måste känna till/ utbildas i att följa flödet i T4 (tandvårdens journal system) för uteblivande. Detta underlättar kontroll av patientlistor och minskar risken för att "tappa" patienter.

Tandläkarna på kliniken måste arbeta på samma sätt vid remisshantering för att underlätta uppföljningar av kölistor som utförs av tandsköterskorna. Remissvar ska skrivas så att patienten kan avslutas i kölistan.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	12
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	41

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Föreslagna åtgärder är realistiska och konkreta. Med våra gemensamma sittningar i analysen som grund bedömer jag att samtliga kommer att genomföras. Hänvisar också till bifogad handlingsplan.

6.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda

Enhet/ verksamhetschef på specialisttandvården

6.2 Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal

Genomgång av handlingsplanen kommer att göras på klinikens arbetsplatsträffar

6.3 Återkoppling/spridning

Återkoppling kommer att ske till samtliga medarbetare på specialisttandvården. Återkoppling och samtal har skett till berörd remittent. Remittenten har även fått information om nya förlopp vid misstänkt malignitet. Detta ska ske via standardiserade vårdförlopp. Patientens dotter kommer att få yttligare återkoppling av analysarbetet och handlingsplanen per telefon.

6.4 Uppföljning

Hänvisar till bifogad handlingsplan.

6.4.1 Ansvarig för uppföljning

Enhet/ verksamhetschef på specialisttandvården.

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 Enhet/ verksamhetschef på specialisttandvården
T4	Tandvårdens journalsystem
SVF	Standardiserade vårdförlopp
ÖNH	Öron, näsa, hals kliniken

8 Bilagor

Analysgraf