

Kunskapsbanksnummer: KB3401265

Datum: 2019-11-15

## **Händelseanalys**

**Utebliven uppföljning av födelsemärke i ögat**

April 2017

Analysledare:

Patientsäkerhet  
Region Jämtland Härjedalen

## Sammanfattning

Utredning av fördröjd diagnos malignt melanom på grund av utebliven uppföljning.

- Utredning på Ögonmottagningen
- Fortsatt arbete med förbättrad tillgänglighet
- Tydligare hantering av väntelistor och bokningsunderlag
- Analysen ska vara klar december 2019
- Patient har lämnat yttrande via Patientnämnden 2019-390

Patient med lymfangioleiomyomatos och tidigare godartad tumör i njure, men fått den bortopererad. Även besvär från lungorna och ärftlighet för grön starr. Remiss från lungkliniken till ögonmottagning. Ögonfotografering genomförs och foto samt brev skickas till specialistsjukhus med frågeställning kring fortsatt handläggning. Dokumentation om återbesök om tre månader. Råd om ny fotografering och återbesök. Dokumentation om att kvarstanna på väntelista men flytta fram återbesöket till sex månader. Remiss inkommer från optiker ang katarakt. Sätts upp på väntelistan med kataraktfrågeställning. Besök till läkare som noterar att patient inte blivit kallad för ögonkontroll som planerat. Läkare uppmanar patient att själv kontakta ögonmottagningen. Enligt patient berättar läkaren vad som stod i remissvaret från specialistsjukhuset. Efter tre besök och 2, 5 år besöker patienten själv ögonmottagning då hen tycker återbesöket dragit ut på tiden. Akutbesök till ögonläkare. Vid undersökning och ögonbottenfotografering av höger öga ser man att den sedan tidigare kända förändringen har tilltagit i storlek och pigmentering. Läkare skriver remiss till specialistsjukhuset för bedömning. Efter ytterligare en månad sker besök på specialistsjukhus. Remissvaret 2 år och 10 månader senare efter första anger malignt melanom.

### *Kommunikation & information*

- Otydligt formulerad bedömning av remissen.
- Patienten har inte gjorts delaktig i sin vård och behandling.

### *Omgivning & organisation*

- Bristande resurser för att kunna ta emot patienterna i tid.
- Otillräcklig tillgänglighet

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

- Bristande följsamhet till rutiner.

Gällande patientkommunikation; viktigt att säkerställa att patient är informerad och involverad i sin vård och behandling. Möjligt att införa patient kontrakt? Möjlighet för patient att själv boka besök med t ex webbtidbok?

Gällande organisation; arbeta för att öka bemanningen av ögonspecialister, ögonsjuksköterskor och undersköterskor mot den stora patientvolym som mottagningen har att hantera.

Gällande otillräcklig tillgänglighet; slutföra en uppdaterad produktions och kapacitetsplanering. Skapa öppen tidbok där patient kan boka besök själv.

Gällande rutiner; Skapa tydligare rutiner för hantering av väntelista och bokning som är förankrade inom enheten.

Gällande otydligt formulerad bedömning av remissen; skapa standardiserade frastexter

## 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
1.8	Diarienummer.....	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.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader.....	7
4.5	Konsekvenser för patienten.....	7
4.6	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång.....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.1.1	Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda.....	8
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.....	9
8	Bilagor.....	9

## 1 Uppdrag

### 1.1 Uppdragsbeskrivning

Syftet med analysen är att göra en systematisk genomgång av händelsen för att hitta brister i systemet och lägga fram åtgärdsförslag som förhindrar att liknande händelse inträffar igen.

### 1.2 Händelsen Inträffade

Oktober 2017

### 1.3 Händelsen uppmärksammades

190904

### 1.4 Händelsen rapporterades

190904

### 1.5 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, Område ögon öron

### 1.6 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-11-01

Startdatum: 2019-11-04

### 1.7 Återföringsdatum

2019-12-10

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

#### Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska  
Analysteammedlem / Överläkare  
Vice analysledare / Administratör  
Analysteammedlem / Enhetschef  
Analysteammedlem / Läkarsekreterare

#### Enhet

Patientsäkerhet  
Ögonmottagningen  
Område ögon öron  
Ögonmottagningen  
Ögonmottagningen

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar
- Skriftlig redogörelse från patient/brukare
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig
- Kunskapsbanken

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

170306

Patient med lyfngiangioleiomatom (LAM, kronisk låggradig metastaserande malignitet) och som tidigare haft en godartad tumör i en njure vilken fått opererats bort. Patienten har även besvär från lungorna och ärftlighet för grön starr. Vid patientens besök på lungkliniken skriver läkare 1 en remiss till ögonmottagning.

1.

170411

Besök på ögonmottagningen till läkare 2 utifrån remissen från lungkliniken med frågeställning hamartom (vävnadsmisbildning) i ögonbotten. Ögonfotografering genomförs där man ser en pigmenterad förändring i bakre delen på höger öga. Foto samt brev skickas till specialistsjukhus med frågeställning kring fortsatt handläggning. Läkare 2 dokumenterar att patienten ska komma för ett återbesök om tre månader. Efter ögonfotograferingen går patienten direkt hem och träffar inte läkare 2 och patienten har inte blivit informerad om planerad handläggning.

2.

170426

Brevsvar inkommit från specialistsjukhus och handläggs av läkare 3 då läkare 2 är hyrläkare och finns inte längre på kliniken. Specialistsjukhuset har bedömt att patienten har ett födelsemärke på ögat (koriodalt naevus) och de ger råd om ny fotografering och att patienten ska kvarstanna på väntelista men flytta fram återbesöket till sex månader.

Vid förlängningen av väntetiden prioriteras inte besöket med förtur vilket får till följd att återbesöket inte genomförs i tid. Vilket beror på att ögonmottagning har väldigt långa väntetider för de patienten som sätts upp på väntelista. Patienten informeras inte om resultatet av specialistsjukhusets granskning och den planerade handläggningen kommuniceras inte med patienten.

3.

170911

Remiss inkommer från optiker med frågeställning grå starr (katarakt) efter att patienten har besökt optiker pga. synnedsättning. När patienten sätts upp på väntelistan för kataraktfrågeställning försvinner platsen på väntelistan för pigmentförändringen och patienten hamnar enbart på väntelistan för förundersökning för kataraktoperation. Detta beror på att bedömningen av remissen hänvisade till tidigare planering. Varpå befintligt bokningsunderlag uppdaterades med uppgifter om förundersökning av katarakt. Kategorin (1) ändrades till FUS (förundersökning för kataraktoperation).

4.

171020

Besök till läkare 1 på lungkliniken.

5.

180508

Besök till läkare 1 på lungkliniken som noterar att patienten inte blivit kallad för ögonkontroll som planerat. Läkare 1 uppmanar patienten att själv kontakta ögonmottagningen. Enligt patienten berättar läkare 1 vad som stod i remissvaret från specialistsjukhuset och hen uppfattade inte att ett födelsemärke kunde vara så alarmerade. Patienten gick dock förbi ögonmottagningen direkt efter besöket till läkare 1 men träffade ingen tillgänglig personal att fråga. Enligt patienten provade hen att ringa (olika nummer) många gånger men lyckades aldrig komma fram på telefon.

6.

181109 - 190826

Under denna period gjorde patienten tre besök till läkare 1 på lungkliniken.

7.

190903

Patienten besöker ögonmottagningen då hen tycker återbesöket dragit ut på tiden.

8.

190904

Bokas in på ett akutbesök till läkare 4. Vid undersökning och ögonbottenfotografering av höger öga syns den sedan tidigare kända förändringen har tilltagit i storlek och pigmentering. Läkare 3 skriver remiss till specialistsjukhuset för bedömning.

9.

191007

Besök på specialistsjukhus.

191015

Remissvar från specialistsjukhus visar på malignt melanom i ögat.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: *Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.*

### *Kommunikation & information*

- Otydligt formulerad bedömning av remissen.
- Patienten har inte gjorts delaktig i sin vård och behandling.

### *Omgivning & organisation*

- Bristande resurser för att kunna ta emot patienterna i tid.
- Otillräcklig tillgänglighet

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

- Bristande följsamhet till rutiner.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd funna

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga vårdskadekostnader är beräknade.

## 4.5 Konsekvenser för patienten

Patienten fick försenad diagnos, vilket eventuellt kan försämra prognosen, dvs risken för metastasering är sannolikt större jämfört med om patienten fått behandlingen tidigare.

## 4.6 Åtgärdsförslag

- Verka för rätt bemanningen av ögonspecialister, ögonsjuksköterskor och undersköterskor genom föredragning för H/S dir. RAK (rätt använd kompetens) är en grundförutsättning Färdigställa uppdaterad produktions och kapacitetsplanering med syfte att beräkna och tydliggöra behovet av ögonspecialister, ögonsjuksköterskor och undersköterskor. Skapa öppen tidbok där pat kan boka besök själv
- Färdigställa uppdaterad produktions och kapacitetsplanering i syfte att klarlägga behovet av personal sett till volymer. Skapa öppen webbaserad tidbok där patienter kan boka besök själva i syfte att minska avbokningar.
- Standardisering utifrån frastexter
- Säkerställa att patient är informerad och involverad i sin vård och behandling genom att utreda förutsättningar att införa patientkontrakt

- Skapa tydligare rutiner för hantering av väntelistor och bokningar som är förankrade inom enheten genom att införa väntelisteansvariga sekreterare och läkare.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	13
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	25

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Alla åtgärder anses rimliga och kommer att genomföras.

#### 6.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda

Enhetschef och MLA Ögon informerar och inför åtgärder under 2020.

### 6.2 Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal

Ges på APT och yrkesträffar

### 6.3 Återkoppling/spridning

*Utredningen ska tydligt återges till personalen på Ögonmottagningen på APT samt yrkesträffar av EC och MLA.*

### 6.4 Uppföljning

Uppföljning av åtgärder genomförs på verksamhetsmöte VC/EC /MLA 2020-04-07 snabba åtgärder samt 2020-10-20 för utvecklingsprojekt 2020 där IT involveras.

#### 6.4.1 Ansvarig för uppföljning

Verksamhetschef



## 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