

Kunskapsbanksnummer: KB3898550

Datum: 2018-05-16

## **Händelseanalys**

**Felaktig undersökning av förträngning i halskärl**

Februari 2017

Analysledare:

AR MB

Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte inträffar igen.

Händelsen berör en patient som söker vård för en synförändring. Vid en första undersökning på ögonmottagning ses en förändring som kan vara tecken på stroke eller TIA-attack. Patienten blir undersökt på akutmottagning och därefter inlagd på neurologavdelning. Ultraljud görs på halskärl som visar förändring som kan vara en förtätning i halskärl och ytterligare undersökning rekommenderas. Remiss skrivs för CT-hjärna. Då undersökningen prioriteras på röntgen ändras undersökningen till CT hjärna och CT- angio. Då undersökningen genomförs uppmärksammas inte att undersökningen prioriteras om och därför genomförs endast CT-hjärna som inte omfattar det området som undersökts med ultraljud. Detta upptäcks inte och patientens syn förbättras och kan därefter skrivas ut. En dryg vecka senare söker patient återigen för synförändringar. Vid detta tillfälle upptäcks att röntgenundersökningen inte var fullständig och CT-angio görs som visar förtätningar som kräver operation.

### **Bakomliggande orsaker:**

Omgivning & organisation

Ofta hög belastning för röntgenpersonal på jourtid p.g.a. ökat antal undersökningar och personalbrist  
Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ordinationen kan döljas i mycket textmassa vilket inte gör det lättöverskådligt. Det finns olika undersökningskort för olika undersökningar och då undersökningar prioriteras om måste nytt undersökningskort skapas. I nuläget ändras undersökningskortet av antingen prioriterande läkare eller röntgen sjuksköterskor

### **Åtgärdsförslag:**

När remissen är bedömd ska nytt undersökningskort väljas om undersökningen prioriterats om.

Förtydliga rutin att det är röntgensjuksköterskans ansvar att kontrollera att nytt kort är valt.

Utbilda och informera remitterande läkarkollegor i utformande av röntgenremisser.

Öka möjligheten för röntgenläkare att konsultera röntgenkollega och/eller remittent vid oklarheter

Införa månadsvisa dialogmöten mellan akutläkare och radiologer för kunskapsutbyte och ökad förståelse

Följande åtgärd har vidtagits omedelbart:

Arbete pågår med att revidera koder för röntgenundersökningar för att säkerställa att rätt undersökningar utförs.

### **Bifynd:**

I de fall röntgenundersökningar inte utförs enligt prioritering så ska detta dokumenteras av röntgensköterskan. Om man missar att prioritering har ändrats försvinner denna kontrollfunktion. Stor andel av remisser för akuta undersökningar kommer från akutläkare med hög press att utreda och bedöma patienter för att öka flödet på akutmottagningen. Akutläkare deltar inte på röntgenronder och saknar därför planerade dialogmöten med radiologer.

## **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 .....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång .....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling .....	8
6.3	Uppföljning .....	8
7	Ordförklaringar .....	9
8	Bilagor.....	9

## 1 Uppdrag

Patient söker för synnedsättning

- Remiss skrivs för DT hjärna där frågeställning även inkluderade bedömning av halskärl prioriteras korrekt till DT hjärna och halskärl men utförs inte enligt prioritering och innefattade ej undersökning av nedre del av halskärlen. Detta upptäcks inte av ansvarig röntgensköterska, dikterande läkare eller av remitterande.

- Först en vecka senare noteras av en neurolog att undersökningen varit ofullständig varefter kompletterande undersökning utförs samma dag vilken bekräftar misstanke om grav förträngning i halskärl som kräver operation vilket sedan utförs på SU. Försenad DT och senarelagd operation kan ha bidragit till bestående synnedsättning.

Syfte med analysen är identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Bild- och funktionsmedicin

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-29

Startdatum: 2018-01-12

### 1.3 Återföringsdatum

Rapport skickas till uppdragsgivaren 2018-05-16 för kommentarer. Rapporteringsmöte genomfört 2018-05-04.

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/ titel	Enhet
Analysledare/ Sjuksköterska	Kvinnokliniken
Vice analysledare/ Vårdadministratör	ADM Verksamhetsstöd
Vice analysledare/ Sjuksköterska	Barn-och ungdomsklinik
Sakkunnig/Radiolog	Radiologi
Sakkunnig/ Radiologsjuksköterska	Radiologi

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Klagomål
- Journalhandlingar
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig
- Internutredning eller motsvarande

### 4 Resultat

Händelsen inträffade en vardag vid övergång till jourtid. Vid denna tid är belastningen på röntgen ofta hög.

#### 4.1 Händelseförlopp

170222

60-årig man med hypertoni, biologisk aortaklaff och pacemaker sedan 13 år. Står på antikoagulantia. För några dagar sedan vaknat med "vitt skynke" över höger ögas synfält som satt i 2-3 timmar. Därefter fortsatt dimmig syn på höger öga. Söker på vårdcentral som remitterar till ögonmottagning och skickas efter undersökning till akutavdelning

1.

170222 Kl 15:11

Undersökning med carotisdoppler görs som visar rikligt med plack i den första delen av höger carotis interna. Dessutom ett långsträckt parti med ekoskugga. Rekommenderas kompletterande MR-angio.  
Ingen Felhändelse

2.

170223 lunchtid

Remiss skrivs av läkare 1 för CT-hjärna och CT -angio samma dag med frågeställning stenos? Aneurysm? Infarkt? Expansivitet?  
Ingen Felhändelse

3.

170223 eftermiddag innan kl. 17.

Remissen prioriteras av röntgenläkare som ändrar planerad undersökning till att även innefatta halskärl  
Ingen Felhändelse

4.

170223 kl. 17:07

Patienten genomgår CT-hjärna angio med kontrast.

Felhändelse: Den tillagda undersökningen av halskärlen görs inte.

5.

170223 kl. 18:00

Röntgenbilderna granskas av röntgenläkare 2 och 3. Svar skrivs av läkare 2. Godkänner resultat avseende intrakraniell cirkulation.

Felhändelse: Bedömning är gjord utifrån att cirkulationen ovanför halskärl är normal.

6.

171223 kl. 18:02

Svaret att inget fynd hittats som förklarar patientens symtom skickas tillbaka till remittenten.

Felhändelse: Frågeställning carotisstenos har inte beaktats.

7.

170224

Patientens syn har förbättrats och röntgensvar påvisar ingen stenos. Patienten skrivs ut.

Felhändelse: Fördröjd behandling av förträngning i halskärl

8.

170302

Patienten har återigen fått symtom och söker vård. Vid detta tillfälle upptäcks att tidigare undersökningar är ofullständiga.

Ingen Felhändelse

9.

170302 Kl. 17:30

Det görs en DT-halsangio samma dag som bekräftar misstanke om grav stenos i halskärl som kräver operation

Ingen Felhändelse

Vårdskada:

Fördröjd behandling av förträngning i halskärl.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

Omgivning & organisation

Ofta hög belastning för röntgenpersonal på jourtid p.g.a. ökat antal undersökningar och personalbrist

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ordinationen kan döljas i mycket textmassa vilket inte gör det lättöverskådligt. Det finns olika undersökningskort för olika undersökningar och då undersökningar prioriteras om måsta nytt undersökningskort skapas. I nuläget ändras undersökningskortet av antingen prioriterande läkare eller röntgen sjuksköterskor

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

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

I de fall röntgenundersökningar inte utförs enligt prioritering så ska detta dokumenteras av röntgensköterskan. Om man missar att prioritering har ändrats försvinner denna kontrollfunktion.

Stor andel av remisser för akuta undersökningar kommer från akutmottagning med hög press att utreda och bedöma patienter för att öka flödet på akutmottagningen. Akutmottagningens deltar inte på röntgenrunder och saknar därför planerade dialogmöten med radiologer.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Kostnad för vårdskada har inte kunnat beräknas.

### 4.5 Åtgärdsförslag

När remissen är bedömd ska nytt undersökningskort väljas om undersökningen prioriterats om. Förtydliga rutin att det är röntgensjuksköterskans ansvar att kontrollera att nytt kort är valt.

Revidera koder för röntgenundersökningar för att säkerställa att rätt undersökningar utförs.

Utbilda och informera remitterande läkarkollegor i utformande av röntgenremisser.

Öka möjligheten för röntgenläkare att konsultera röntgenkollega och/eller remittent vid oklarheter

Införa månadsvisa dialogmöten mellan akutmottagningens del och radiologer för kunskapsutbyte och ökad förståelse

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Arbete pågår med att revidera koder för röntgenundersökningar för att säkerställa att rätt undersökningar utförs.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	8,5
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	32,5

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

- När remissen är bedömd ska nytt undersökningskort väljas om undersökningen prioriterats om. Förtydliga rutin att det är röntgensjuksköterskans ansvar att kontrollera att nytt kort är valt. Information vid APT samt skriftligt PM. Genomfört Q3 2018. Enhetschefen röntgen NÄL.
- Införa dialogmöten mellan akutmakare och radiologer för kunskapsutbyte och ökad förståelse. Utbilda och informera remitterande läkarkollegor i utformande av röntgenremisser. Aktiviteter uppstart Q3-Q4 2018. Läkarchefen radiologi.
- Öka möjligheten för röntgenläkare att konsultera röntgenkollega och/eller remittent vid oklarheter. Tydliggöra rutiner, uppstart Q3 2018. Verksamhetschef BFM.
- Revidera koder för röntgenundersökningar för att säkerställa att rätt undersökningar utförs. Pågår, klart 2018. Administrativ personal.

### 6.2 Återkoppling

Kopia av händelseanalys till verksamhetschef Akutmedicin och verksamhetschef neurologi. Verksamhetschefen för BFM informerar patienten.

### 6.3 Uppföljning

Uppföljning enligt BFM:s uppföljningsprogram för avvikelser vid APT och ledningsmöten årligen.



## 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
CT/DT	Computorised tomografi, Datortomografi – skiktröntgen
Angiografi	Röntgen av blodkärl med kontrast
Stenos	Förträngning

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf