

Datum: 2016-02-12

## **Händelseanalys**

**Utredning av eventuellt fördröjning av beslut för PCI**

September 2013

## Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att i utreda händelsen och konsekvenser av denna

Patienten kallar på ambulans då hen har plötslig debut av andningsbesvär och medicinerna hjälper inte. När ambulans kommer på plats finner de en gråblek patient, lite nedsatt i sitt medvetande. Syremättnad 40%, klagar över smärta i epigastriet som strålar ut mot ryggen. EKG skickas till HIA/Sjukhus A som hänvisar till sjukhus B. Avtransport till sjukhus som Prio. 1 dvs mycket brådskande

Ankomst EKG sjukhus B visar djupa laterala ST-sänkningar. På akuten sjukhus B bedöms det som misstänkt hjärtinfarkt.

Patienten inkom med grav respirationssvikt. Får CPAP på akutmottagningen och förbättras. Tas därefter omedelbart till IVA för fortsatt CPAP-behandling och utredning. Man går vidare med TNT som visar 600 samt EKG som visar såväl ST-höjning som ST-sänkning. Kontakt tas med ansvarig kardiolog på sjukhus B, vilken ordinerar full AKS-behandling.

Medicin-jour blir konsulterad per telefon av narkosläkare runt 01:00-01:30. Förfrågan om medicin-jouren kan göra ett UCG, då patienten hade kommit pga. andfåddhet och patienten hade CPAP-behandling på misstanke om lungödem. Medicin -jouren var upptagen med annan akut patient på HIA. Medicin -jouren informerades om att patienten inte hade någon bröstsmärta men var andfådd och fick då behandling som vid lungödem, då patienten hade kliniska tecken till detta. Medicin -jouren fick beskrivet att EKG visade ganska generella ST-sänkningar över precordiet men inte några ST-höjningar. På erhållen information fanns inte någon anledning av att göra en akut koronarintervention då medicin-jouren bedömde att detta var en NSTEMI med st-sänkningar och att patienten erhållit behandling och var smärtfri

Påföljande morgon överförs patienten i ambulans till sjukhus A för koronarangiografi, man finner då en grav III-kärlssjukdom. Komplikationer uppstår i efterförloppet till operationsförsöket, patientens liv står inte att rädda och avlider efter ett par dagars intensiv behandling.

Om anestesijour gjort en korrekt EKG-tolkning på natten och identifierat ST-lyften eller om medicinjour varit mer aktiv i uppföljning av patienten på IVA hade man möjligen beslutat att transportera patienten till sjukhus A redan under natten. Vid koronarangiografi följande morgon upptäcktes grav III-kärlssjuka. Patientens avled i komplikationerna till operationsförsöket och det är osannolikt att utfallet blivit annorlunda om angiografin genomförts tidigare. Sannolikt var det snarast av värde att patientens tillstånd stabiliserades på sjukhus B innan överflytt.

De viktigaste bakomliggande orsaker som identifierats är;

Brister i kommunikationen inom och mellan vårdgivare

De viktigaste åtgärderna som skulle kunna förhindra upprepning av händelsen är;

Säkerställande av kommunikation inom och mellan vårdgivare och sjukhus.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Initierings- 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 .....	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader .....	6
4.5	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång .....	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling .....	7
6.3	Uppföljning .....	7
7	Ordförklaringar .....	8
8	Bilagor.....	9

# 1 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att i utreda händelsen och genomlysning av patientens besök på akutmottagning samt vård på IVA.

## 1.1 Uppdragsgivare

Tf Verksamhetschef  
Maria Taranger  
Medicin/Geriatrik/Akutmottagningen  
Område 2  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## 1.2 Initierings- och startdatum

Initieringsdatum: 2013-10-15

Startdatum: 2015-09-25

Handhavandefel i avvikelssystemet MedControlPRO har gjort att ärendet blivit liggande.

## 1.3 Återföringsdatum

Händelseanalysens resultat återfört till uppdragsgivaren 2016-03-08.

# 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

### Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska

Vice analysledare / Sjuksköterska

Analysteammedlem / Vårdadministratör

### Enhet

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område  
2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område  
2/ANOPIVA Östra sjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område  
2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning

### 3 Metodik

Metodiken har utgått ifrån den metod som beskrivs i Socialstyrelsens "Riskanalys & Händelseanalys, handbok för patientsäkerhetsarbete". Händelseanalysen bygger på journalgranskning samt avvikelserapport i MedControlPRO, genomgång av rutiner/riktlinjer och PM. Experter/sakkunnig inom kardiologi och ambulansverksamhet har bidragit med kunskaper inom sina respektive specialområden.

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Natt 23:50

Förutsättning: Patienten kallar på ambulans då hen har plötslig debut av andningsbesvär och medicinerna hjälper inte. När ambulans kommer på plats finner de en gråblek patient, lite nedsatt i sitt medvetande. Syremättnad 40%, klagar över smärta i epigastriet som strålar ut mot ryggen. EKG skickas till HIA/Sjukhus A som hänvisar till sjukhus B. Patienten försämras innan transport. Avtransport till sjukhus som Prio. 1 dvs mycket brådsakande. EKG som skickas från ambulansen till sjukhus för bedömning sparas inte, då systemen töms vid uppdateringar. Omdirigeras till annat sjukhus i staden med hänvisning till PM och upptagningsområde. Detta är svårt att klarlägga i efterhand.

Kommer till akutmottagningen 00:30 med debut av kraftig andnöd och "fruktansvärt ont" i bröstet. Ankomst EKG vid sjukhus B visar djupa laterala ST-sänkningar. På akuten, sjukhus B bedöms det som misstänkt hjärtinfarkt. Patienten transporteras till IVA

Patienten inkom med grav respirationssvikt. Får CPAP på akutmottagningen och förbättras. Tas därefter omedelbart till IVA för fortsatt CPAP-behandling och utredning. Inhalerar Combivent, samt genomodling av patienten. Därefter insättes på Cefotaxim. Man går vidare med TNT som visar 600 samt EKG som visar såväl ST-höjning som ST-sänkning. Kontakt tas med ansvarig kardiolog på Östra sjukhuset, som ordinerar full AKS-behandling. Vidare ordinerar UCG samt överflytt till hjärtintensiven först dagen efter.

Medicin -jour blir konsulterad per telefon av narkosläkare runt 01:00-01:30. Förfrågan om medicin -journen kan göra ett UCG, då patienten hade kommit pga. andfåddhet och patienten hade CPAP-behandling på misstanke om lungödem. Medicin-journen var upptagen med annan akut patienten på HIA. Tre-journen informerades om att patienten inte hade någon bröstsmärta men var andfådd och fick då behandling som vid lungödem, då patienten hade kliniska tecken till detta. Medicin-journen fick beskrivet att EKG visade ganska generella ST-sänkningar över precordiet men inte några ST-höjningar. På erhållen information fanns inte någon anledning av att göra en akut

koronarintervention då medicin-jouren bedömde att detta var en NSTEMI med ST-sänkningar och att patienten erhållit behandling och var smärtfri.

Påföljande morgon överförs patienten i ambulans till sjukhus A för koronarangiografi, man finner då en grav III-kärlssjukdom. Komplikationer uppstår i efterförloppet till operationsförsöket, patientens liv står inte att rädda och avlider efter ett par dagars intensiv behandling.

Om anestesijour gjort en korrekt EKG-tolkning på natten och identifierat ST-lyften eller om medicinjour varit mer aktiv i uppföljning av patienten på IVA hade man möjligen beslutat att transportera patienten till sjukhus A redan under natten. Vid koronarangiografi följande morgon upptäcktes grav III-kärlssjuka. Patienten avled i komplikationerna till operationsförsöket och det är osannolikt att utfallet blivit annorlunda om angiografin genomförts tidigare. Sannolikt var det snarast av värde att patientens tillstånd stabiliserades på sjukhus B innan överflytt.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

### Omgivning & organisation

Medicin-jour ansvarig för kardiologiska frågor. Sårbart då det är en fysisk person i tjänst. Det hade varit önskvärt om uppföljning av medicin-jour skett senare under natten när hen var förhindrad att komma akut. IVA-jour uppmärksammade inte att det utvecklats ST-höjning på EKG.

### Kommunikation & Information

Diskussion uppstår om händelsen någon vecka senare och aktuell tre-jour eftergranskar EKG taget 02.22 som enligt journaltext visar inferior ST-höjningsinfarkt. Den informationen lämnades inte till medicin-jour. EKG visar ST-höjning och eventuellt infarkt.

Kommunikationsbrist mellan enheter och personer

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga funna

## 4.4 Vårdskadekostnader

Om anestesijour gjort en korrekt EKG-tolkning på natten och identifierat ST-lyften eller om medicinjour varit mer aktiv i uppföljning av patienten på IVA hade man möjligen beslutat att transportera patienten till sjukhus A redan under natten. Vid koronarangiografi följande morgon upptäcktes grav III-kärlssjuka. Patienten avled i komplikationerna till operationsförsöket och det är osannolikt att utfallet blivit annorlunda om angiografin genomförts tidigare. Sannolikt var det snarast av värde att patientens tillstånd stabiliserades på sjukhus B innan överflytt.

De viktigaste bakomliggande orsaker som identifierats är;  
Bristar i kommunikationen inom och mellan vårdgivare

De viktigaste åtgärderna som skulle kunna förhindra upprepning av händelsen är;  
Säkerställande av kommunikation inom och mellan vårdgivare och sjukhus.

## 4.5 Åtgärdsförslag

### Utbildning & kompetens

Återföring till läkargruppen för diskussion och lärande.

### Kommunikation & Information

Strukturerad kommunikation via S-BAR i akuta situationer

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	35

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Samtliga åtgärder har redan vidtagits och fortbildning pågår löpande.

### **6.2 Återkoppling**

*Händelsen har rapporterats på möten i läkargruppen på såväl medicinsk verksamhet som AnOpIVA.*

### **6.3 Uppföljning**

*Årligen granskas handläggningen av alla patienter som kommit till sjukhus B med ST-höjning och hur de handlagts. Vid uppföljning 2017 kunde vi konstatera 2 områden med förbättringspotential – dels öka kompetensen till EKG-tolkning bland jourer på Akuten (flera insatser har gjorts under HT- 2017) dels korta tiderna till angiografi i subakuta skeden (dessa tider har också förbättrats men behöver bli ännu kortare).*



## 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan för åtgärder