

Händelseanalys

Patientens hjärtinfarkt uppmärksammas inte vid första vårdkontakten

November 2018

Sammanfattning

På uppdrag av verksamhetschef har en händelseanalys genomförts. Syfte med analysen är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

Händelsen som har analyserats gäller en patient som får plötslig smärta i axeln. Ambulans tillkallas och patienten transporteras till sjukhusets akutmottagning, misstanke finns om spontan axelluxation. På akutmottagningen flyttas patienten mellan medicin- och ortopedakuten. På medicinakuten tas ett EKG för att utesluta hjärtåkomma. Det är oklart om EKG blir bedömt av läkare eftersom dokumentation saknas. Patienten bedöms av ortoped och utskrivs till hemmet.

Nio dagar senare inkommer patienten till akutmottagningen på nytt och det konstateras att patienten har en hjärtinfarkt. Eftergranskning av EKG taget vid första vårdkontakten visar att patienten hade förändringar på sitt EKG.

Vårdskada: Patientens hjärtinfarktdiagnos uppmärksammas inte vid första vårdkontakten och behandling av den fördröjs.

Bakomliggande orsaker:

Kommunikation & information

Utebliven dokumentation i Akut/Traumajournalen

Bristande information mellan sjuksköterska och läkare. Utebliven dokumentation i Akut/Traumajournalen angående provtagning.

Bristande kommunikation mellan sjuksköterska och läkare. Utebliven dokumentation i Akut/traumajournalen.

Teknik, utrustning & apparatur

EKG svar kan inte signeras i journalsystemet Melior.

Åtgärdsförslag:

Förändring av Akut/Traumajournalen:

Utöka textutrymmet för EKG så att en kort tolkning kan dokumenteras och vem som utförd den.

Information till personalen, via akutmottagningens informationskanaler, om förändringen i Akut/Traumajournalen och om vikten av dokumentation.

Genomgång av händelsen på akutmottagningens förbättringsmöte och information till all personal på akutmottagningen i lämpliga forum.

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	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
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

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

1. Hur bedöms EKG tagna i ambulansen och hur dokumenteras tolkningen? Hur dokumenteras bedömningen om den utförs av någon annan på distans?
2. Hur ordineras, dokumenteras och signeras tolkningar av EKG tagna på akuten?
3. Man har tagit EKG och TNT på patienten vid två tillfällen samt föranstaltat om medicinsk bedömning för hjärtsjukdom samt bedömd av ortopedläkare som inte funnit något problem med axeln. Trots detta skrivs patienten hem utan att fynd har uppmärksammats av vare sig sjuksköterska, medicinsläkare eller ortopedläkare. Hur följs provtagning upp och hur dokumenteras detta?

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-15

Startdatum: 2018-01-24

Brist på tillgängliga analysledare

1.3 Återföringsdatum

2018-11-06

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare	
Vice analysledare	
Legitimerad läkare	Akutmottagning
Sjuksköterska	Akutmottagning
Undersköterska	Akutmottagning

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med patient
- Journalhandlingar

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Den grafiska presentationen finns i bilaga 1.

2017-11-29

Patienten har sedan tidigare cancer med pågående behandling. Patienten vaknar plötsligt av kraftig smärta i vänster axel med utstrålning till vänster arm och nacken. Känner sig svagare i vänster arm. Ambulans larmas kl. 21.51 med följande information:

Plötslig smärta strålar mot hals, skuldra och arm på vänster sida, kallsvettig, debut för c:a 10 min sedan. Inga tidigare hjärtproblem. Prio 1 "Bröstsmärtor/Hjärtsjukdom Misstanke om allvarliga hjärtproblem" väljs.

1.

Klockan 22.40 -23.01

Ambulansen anländer till platsen och sjuksköterska 1 undersöker patienten. Inga yttre skador.

Patienten är tydligt palpations öm över axelns fram- och baksida. Stark smärta när patienten lyfter upp armen och smärta även vid rotation framåt och bakåt. Initialt något svagare i vänster hand, övergående. Har tidigare haft flertalet spontana axelluxationer.

Ingen bröstsmärta, ej blek eller kallsvettig, ingen oro och inga andningsbesvär. Andningsfrekvens (AF) 16/minut. Syresättning 99 %. Puls 57. Blodtryck 190/110. Kroppstemperatur 36,2 grader. EKG tas när patienten ligger i sin säng och skickas till ett externt program i patientens journal.

Bedömning: regelbunden hjärtrytm. Inga infarktförändringar. Sjuksköterska 1 och 2 bedömer att patientens smärta kommer från axeln.

Ingen felhändelse

I samtal framkommer följande:

Patienten har svårt att redogöra och beskriva smärtan, lokalisering och grad av den men är klart palpations öm i sin vänstra axel. Sjuksköterska 1 diskuterar och gör en plan om fortsatt handläggning tillsammans med patienten. Patienten kan söka sin vårdcentral nästa dag alternativt åka sjukresa till akutmottagningen. Om patienten väljer att söka sin vårdcentral nästa dag ringer sjuksköterska 1 till jourläkare på akutmottagningen och stämmer av.

Efter en stund framkommer att patienten inte känner sig nöjd med planen och patienten transporteras till akutmottagningen.

2.

Klockan 23.01- 00.04

Patienten transporteras till akutmottagningen.

Under transporten administreras patienten smärtstillande läkemedel en gång med god effekt.

Ingen felhändelse

3.

Cirka 00.15-00.30

Sjuksköterska 1 följer patienten till akutmottagningens ortopedside. Sjuksköterska 3 bedömer att patienten behöver bedömas av medicinläkare för att utesluta eventuell hjärtåkomma.

Sjuksköterska 1 följer patienten till akutmottagningens medicinsida och rapporterar till mottagande personal.

Ingen felhändelse

4.

Klockan 00.50

EKG tas på patienten.

Felhändelse

Oklart om EKG bedömning sker.

Det dokumenteras inte i Akut/Traumajournalen att EKG har blivit visad till en legitimerad läkare och blivit bedömt. Det saknas dokumentation i patientens journal angående EKG bedömning.

Analysteamets resonemang:

EKG har förändrats sedan första EKG:t som togs av ambulanspersonal. Det har skett en försämring. EKG visar på ischemi och är patologiskt. Det går inte att få fram vem som bedömde EKG:t, både signering i akutjournalen och journalanteckning saknas och involverad personal finns inte kvar inom verksamheten.

I akutjournalen finns en ruta att markera i när ett EKG är taget. När läkare har sett EKG markeras rutan "visat" och läkaren signerar.

Analysteamet poängterar vikten av att personen som bedömer ett EKG måste bedöma alla aktuella EKG:n, oavsett om någon av dem är signerad av någon annan för att kunna bedöma eventuell förändring samt dokumentera sin bedömning i patientens journal.

Den initiala åtgärden var att påtala bristen i datajournalssystemet till förvaltaren för genomföring av förändring. Under analysarbetet framkom att någon förändring i dagens journalssystem inte kommer att genomföras vad gäller signering av EKG. Analysteamet har fått ta ställning till problemet på nytt och har kommit med ett nytt förslag.

5.

Cirka 01.30

Patienten återförs till ortopedsidan. Sjuksköterska 3 får rapport om att patientens EKG är invändningsfritt. Sjuksköterska 3 uppmärksammar att det inte har tagits några blodprover på patienten och tar prover, inklusive prov på markör för hjärtinfarkt.

Felhändelse

Ingen dokumentation av att blodprover är tagna i akutjournalen.

I samtal framkommer:

Läkare 2 inom ortopedi har inte behov av några provsvar eftersom patienten inte ska opereras. På de patienter som ska opereras ordinerar läkare vilka prover som behöver tas.

Sjuksköterska 3 tar prover men dokumenterar inte i akutjournalen vilka prover som tagits och kommer inte ihåg om information om provtagning gavs till läkare 2.

6.

Klockan 01.49

Läkare 2 kan inte se någon anteckning om att patientens EKG är invändningsfritt men antar att diktatet inte hade blivit utskrivet ännu.

Läkare 2 undersöker patienten. Patienten är smärtfri, axeln ligger på plats och patienten mår bra. Patienten ber om ett stödförband för axeln vilket patienten får.

Ingen felhändelse

7.

Klockan 01.55

Patienten skrivs hem från akutmottagningen.

Ingen felhändelse

8.

Klockan 01.56

Blodprov visar att markör för hjärtinfarkt är förhöjd.

Felhändelse

Det uppmärksammas inte att blodprovsvaret visar att markören för hjärtinfarkt är förhöjd. Ingen kontroll av provsvaren sker.

Provsvaren kommer inte till någon specifik läkare för signering. Provsvaren kommer in i en allmän inkorg för respektive specialitet, till exempel ortopedi, medicin osv. När läkare undersöker patienten kontrollerar läkaren provsvaren och signerar. I detta fall ordinerar läkaren inga prover och har inget behov av provsvar eftersom patienten inte skulle opereras.

9.

2017-12-08 Klockan 19.50 -21.11

Patienten får huggande, krampliknande smärta i epigastriet. Tillkallar ambulans. Sjuksköterska 1 undersöker patienten. Tar vitalparametrar och EKG nr 3 som skickas till akutmottagningen för bedömning. Jourläkare på akutmottagningen ser en del förändringar men inget nytt jämfört med senaste EKG:t.

Jourläkare bedömer att patientens smärta inte orsakas av hjärtbesvär utan av besvär i buken.

Patienten förs till akutmottagningen för bedömning av kirurgläkare.

Ingen felhändelse

I samtal framkommer:

Sjuksköterska 1 undersöker patienten. Den här gången är "utgångsläget ett helt annat". Patientens smärta är mycket påverkad av smärta i epigastriet, har även ont i axelpartiet. Patientens smärta har tagit smärtstillande själv och får ytterligare av sjuksköterska 1 som får kontakta jouren på akutmottagningen för att kunna ge ytterligare smärtlindring under ambulanstransporten.

Analysteamet bedömer inte detta som en felhändelse att en patient med epigastriesmärta bedöms av kirurgläkare i första hand. Patientens symtom kunde tyda på en kirurgisk åkomma.

10.

Klockan 21.25

Det tas prover på akutmottagningen som visar att markörer för hjärtinfarkt är höga.

Ingen felhändelse

Vårdskada:

Patientens hjärtinfarktdiagnos uppmärksammas inte vid första vårdkontakten och behandling av den fördröjs.

4.2 Bakomliggande orsaker

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

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras:

Procedurer/rutiner & riktlinjer och Utbildning & kompetens.

Kommunikation & information

Utebliven dokumentation i Akut/Traumajournalen

Bristande information mellan sjuksköterska och läkare. Utebliven dokumentation i Akut/Traumajournalen angående provtagning.

Bristande kommunikation mellan sjuksköterska och läkare. Utebliven dokumentation i Akut/traumajournalen.

Teknik, utrustning & apparatur

EKG svar kan inte signeras i journalsystemet Melior.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Det finns avvikelse från 2015 kring problematiken att EKG tas men granskas inte av någon. Inför förändringen från pappers- EKG till digitalt system genomfördes ingen riskanalys inom verksamheten.

EKG har lagrats i ett separat system under många år. Inga EKG lagras i patientjournalen Melior. För att komma åt EKG görs ett uthopp från Melior via externa program till EKG-systemet. Där kan EKG tolkas och det finns en möjlighet att skriva ut EKG på papper.

Problemet kan uppstå på andra enheter än akutmottagningen.

I en händelseanalys från 2015 (Utredning av bröstsmärta hos dialyspatient) framkommer att ett EKG är taget på en patient på en vårdavdelning men detta kommer inte till läkaren för bedömning. På vårdavdelningar finns inget dokument som läkaren kan signera på att EKG:t är visat och EKG:t kommer inte till läkarens inkorg för signering. Åtgärdsförslaget som lämnades av analysgruppen då var: Information till systemförvaltaren för journalsystemet angående bristen och att denne i samråd med medicinskt sakkunnig personal arbetar med åtgärd vid framtida uppdatering.

Förvaltaren för journalsystemet lämnade önskemål till regional förvaltning om att en integration mellan EKG- och nuvarande journalsystemet behövs. Under arbetet med denna händelseanalys har verksamheten fått meddelande att "Huvudprocess vård avslår ärendet och hänvisar till FVM." Framtidens vårdinformationsmiljö är ett program som förkortas FVM. Utgångspunkten för programmet är att de informationsmiljöer (verksamhetssystem) som finns i nuläget inte uppfyller de behov av information, kommunikation och interaktivitet som finns hos invånare, vård- och omsorgspersonal samt forskare och myndigheter. En upphandling inom ramen för programmet har genomförts under 2018.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnad är svår att beräkna på grund av att det inte går att avgöra vilken kostnad det hade blivit om patienten skulle ha omhändertagits vid första vårdkontakten. Uppgifter som går att få fram som extrakostnader är ny ambulanstransport, nytt akutbesök och provtagning till en sammanlagd kostnad på 11 678 kronor.

4.5 Åtgärdsförslag

Förändring av Akut/Traumajournalen:

Utöka textutrymmet för EKG så att en kort tolkning kan dokumenteras och vem som utförd den.

Information till personalen, via akutmottagningens informationskanaler, om förändringen i Akut/Traumajournalen och om vikten av dokumentation.

Genomgång av händelsen på akutmottagningens förbättringsmöte och information till all personal på akutmottagningen i lämpliga forum.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:
Inga direkt vidtagna åtgärder.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	54
För analysteam	34
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	22
SUMMA	110

Analysledarnas kommentarer:

Svårigheten i analysen har varit bristande dokumentation samt att personal som har varit involverade händelsen inte arbetar kvar och har därmed inte kunnat delge sin uppfattning kring händelsen.

I samtalen med personal inom ambulans framkommer att sjuksköterska dokumenterar i ambulansjournalen att EKG:t skickats till patientens journal och dokumenterar om kontakt tagits med jourläkare för bedömning.

EKG går in i ett externt program i patientens journal. När en patient inkommer till akutmottagningen så bedömer sjuksköterska kvalitet på EKG:t, kan även granska det och använda i sin prioritering av patienten. Flera av undersköterskorna är också vana att läsa av EKG och kan påtala en förändring.

Sjuksköterskan/undersköterskan på akutmottagningen kryssar i Akut/Traumajournalen att EKG är taget men signerar inte. Läkaren kryssar i att det är visat och signerar. Sjuksköterska kan dokumentera på baksidan av akutjournalen att EKG är taget och vad det visar så att personal som tar emot patienten hos annan specialist kan se det.

I triagen använder sjuksköterska sig av RETTS som bedömningsunderlag och där framkommer vilka prover som ska tas. Sjuksköterska kan initiera och beställa ett första troponin-prov (prov på hjärtskademarkör) men om det ska tas fler ordinerar det av läkare.

I triagen markeras inte prover med en specifik läkares namn, eftersom sjuksköterska där inte vet vilken läkare som ska undersöka patienten, utan provbeställningen markeras med akutmottagning medicin/ortopedi/kirurg osv. Läkaren som undersöker patienten tittar på proverna och signerar. Det är sjuksköterskans ansvar att bevaka proverna men sjuksköterska signerar dem inte och dokumenterar inte mer än vilka prover som tagits.

Patienten flyttas mellan olika specialister och den bristande dokumentationen och kommunikationen bidrar till att patienten inte får ett fullgott omhändertagande.

Patientens upplevelse:

I samtal med patienten framkommer att patienten har många vårdkontakter vilket gör att patienten har svårt att hålla reda på när alla händelser har skett och beskriva sitt mående under veckan mellan vårdkontakterna men uppger sig inte ha haft speciellt ont.

Patientens mjukdelstumörer behandlas via onkologen och läkemedlet för tumörbehandlingen ger en förhöjd risk för hjärtinfarkt. Patienten känner oro för det komplexa i situationen att läkemedelsbehandling för tumörsjukdomen behöver göra ett uppehåll när läkemedelsbehandlingen för hjärtinfarkten pågår.

Under samtalet framkommer att patienten vid flera tillfällen inte har känt sig väl omhändertagen av vården. Patienten berättar om en bra läkarkontakt på vårdcentralen.

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Nedan förslag kommer att tas med till arbetsgrupp för akutjournalen, med målet att förändra akutjournalen, genom nedan förslag för att underlätta signering och dokumentering fram till dess att nya patientjournalssystemet kommer att införas.

- Förändring av Akut/Traumajournalen:
Utöka textutrymmet för EKG så att en kort tolkning kan dokumenteras och vem som utförde den.

Det har sedan händelsen införts ett nytt arbetssätt, där läkaren skriver inskrivningsrapport i journalssystemet och där möjlighet ges att kommentera bl.a. EKG direkt. Gäller för inläggningspatienter. För sjuksköterskan innebär det att hen påbörjar inskrivning i journalssystem redan på akutmottagningen, detta leder till minskade fel i vårdens övergångar, då dubbelarbete minimeras.

- Information till personalen, via akutmottagningens informationskanaler, om förändringen i Akut/Traumajournalen och om vikten av dokumentation.

6.2 Återkoppling

Information via APT för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar på akutmottagningen. Återkoppling sker till patient efter bedömning av chefläkare.

6.3 Uppföljning

Uppföljning gällande förändring av akutjournal sker Q2 2019. Uppföljning av förändrat arbetssätt sker via samtal med VEC Q4 och genomförd journalgranskning under året.

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
Axelluxation	Axeln går ur led
EKG	Elektrokardiografi är en metod att illustrera hjärtats aktivitet.
Epigastriesmärta	Smärta i överdelen av buken
RETTS	Ett systematiskt sätt att prioritera patienter på akutmottagning utifrån medicinsk angelägenhetsgrad
Triage	En snabb förstahandsbedömning av vårdbehov i akuta fall

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan