

Kunskapsbanksnummer: KB6204232

Datum: 2019-09-20

Händelseanalys

Miss vid signering av provsvar bidrog till försenad diagnos av Multipel Scleros

April 2019

Analysledare:

Närsjukvård
Region Norrbotten

Sammanfattning

Uppdraget att genomföra en händelseanalys syftar till att om möjligt identifiera flöden som kan optimeras för att i framtiden undvika liknande förlopp. Denna händelseanalys gäller en försenad diagnos av multipel skleros - MS, och sträcker sig mellan april 2018 och april 2019.

Bakgrund: Patient söker på hälsocentralen på grund av dubbelseende-diplopi. Läkaren, som är inhyrd läkare på hälsocentralen, skriver i konsultation med neurolog, remiss till datortomografi. Om inget avvikande föreligger planeras vidare utredning. Datortomografi utförs och inget avvikande hittas. Provsvaret signeras på hälsocentralen av annan inhyrd läkare men någon vidare utredning enligt planering sker inte, patienten får inte heller någon återkoppling.

Efter drygt 11 mån hör patienten av sig igen till hälsocentralen. Besvärar av domningar i benen sedan flera månader tillbaka och ibland även vänster arm och vänster ansiktshalva. Beskriver vid samtalet med sköterskan att dubbelseendet hon sökt tidigare för i april 2018, gick över efter ett par veckor. Inbokas till och får träffa läkare som direkt påbörjar utredning vilken sedermera bekräftar misstanke om neurologisk sjukdom – MS.

Händelsen bedöms ha medfört en allvarlig vårdskada med permanenta neurologiska skador på grund av en försenad diagnos och därmed försenad medicinsk behandling.

Bakomliggande orsaker är främst bristande rutiner vid signering och handläggning av provsvar. Som åtgärdsförslag föreslås bland annat förändring av signeringsrutiner. I första hand signering av ordinarie personal alternativt inhyrd personal med längre tjänstgöring. Att överrapportering och informationsöverföring mellan vårdgivare måste var säkrad oavsett fast eller inhyrd personal, som hjälp för detta bevakningslistor vara ett alternativ. Problem med kontinuitet föreligger i primärvården då bristen på distriktsläkare är stor, och det föreligger ett behov av fortsatt kontinuerlig rekrytering av fasta distriktsläkare för att bidra till en förbättrad kontinuitet för patienterna.

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	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling	10
6.3	Uppföljning	10
7	Ordförklaringar	11
8	Bilagor.....	12

1 Uppdrag

Oavsett om personal är tillsvidare anställd eller inhyrd skall provsvar omhändertas och återkopplas av ansvarig vårdgivare till patient enligt rutin.

Syftet med denna händelseanalys är att identifiera flöden som kan optimeras för att liknande händelser inte ska upprepas i framtiden.

1.1 Uppdragsgivare

Erna Holmgren
Verksamhetschef inom primärvård

NO Luleå/Boden
Närsjukvård
Region Norrbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-04-29

Startdatum: 2019-06-01

Orsak till försenad start är att samtliga handlingar /information inte var tillgängliga vid uppdragsdatum. Utredningstiden blev lång p.g.a. semester för analysteam och inblandad personal.

1.3 Återföringsdatum

2019-09-26

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjukgymnast/Fysioterapeut	Närsjukvård
Teammedlem/ Sjuksköterska	Närsjukvård/NO Luleå/Boden/Sanden HC
Metodstöd/Sjuksköterska	Region Norrbotten

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar

4 Resultat

Händelseanalysen bygger på de fakta som framkommit vid faktainsamling.

Se bilaga 1 analysgraf

4.1 Händelseförlopp

180408

Bakgrund:

32-årig patient uppsöker jourcentralen under helgen på grund av dubbelseende. Fullständig undersökning kan ej utföras jourtid och patienten inbokas till samma läkare första vardagen efter helgen.

1.

180410

Träffar läkare på hälsocentralen som -efter konsultation med neurologen- skriver remiss till DT. I remissen står följande: "Om avvikelse vidare till medicinakuten, om ingen avvikelse ska remiss till neurologen för vidare utredning/MR skrivas". Detta finns även noterat i journalen av konsulterande neurolog. Patienten informeras om fortsatt handläggning.

Plan finns och är dokumenterad.

Ingen felhändelse.

2.

180418

Datortomografi (DT) utförs - inget avvikande konstateras.
(Om DT inte visade något avvikande skulle vidare utredning göras enligt planering.)

Ingen felhändelse.

3.

180430–180506

Provsvaret inkommer till hälsocentralen 180427 och utdelas för signering till läkare enligt fastställd signeringslista. Läkaren signerar provsvaret under sin tjänstgörande vecka mellan 180430–180506. Oklart exakt när signeringen sker.

Ingen remiss går vidare till neurologen eller magnetröntgen (MR) enligt tidigare planering. Ingen återkoppling av provsvaret till patienten sker.

Vid intervju med patienten framkommer att denne väntade på återkoppling i någon form och att det fanns en planering om vidare utredning. Besvären med dubbelseende avklingade efter ett par veckor.

Felhändelse 1:

Provsvar ej omhändertaget enligt gällande rutin och plan.

Felhändelse 2: Patienten får ingen återkoppling på undersökningsresultatet.

Varför?

Läkare som signerade provsvar har inte tagit del av/uppmärksammat planeringen med patienten och vad som föranlett remiss DT.

Varför?

Orsak oklar då vederbörande läkare inte minns tillfället. Brukar alltid vara noga med att läsa patienternas journal angående planering och anamnesen på remisser som hen signerar för kollegor.

Bakomliggande orsak kan inte säkert fastställas men problemet är inte unikt varför vi endast kan spekulera: Kontinuitetsproblematik? Det vill säga olika läkare involverade i handläggningen utan direkt överrapportering eller att man träffat berörd patient?

Hög arbetsbelastning/stress?

4.

190228

Patienten ringer hälsocentralen och beskriver domningar i vänster ben med spridning till höger ben och skinka sedan flera månader tillbaka. Beskriver att besvären tilltagit. Känt domningar i vänster arm och vänster ansiktshalva. Tidigare sökt för dubbelseende men uppger att dessa besvär försvann efter några veckor. Patienten inbokas på läkarbesök kommande måndag, 6 dagar senare. senare.

Ingen felhändelse.

5.

190304

Patienten träffar läkare på hälsocentralen. Noteras ökade reflexer. Utredning påbörjas med provtagning samt remiss till MR hjärna och helrygg.

Ingen felhändelse.

6.

190405

MR utförs.

Slutsvar visar spridda lesioner i både hjärna- hals och bröstrygg. Bedömning: Demyeliniserande sjukdom och sjukdoms aktivitet.

Ingen felhändelse.

7.

190415

Patienten träffar neurolog för vidare utredning/behandling av demyeliniserande sjukdom, Multipel Skleros - MS.

Ingen felhändelse vid detta besök.

Här uppdagas tidigare felhändelser och avvikelser skrivs i samband med besöket med hänsyn till fördröjd diagnos. Om ärendet handlagts enligt ursprunglig planering hade patienten kunnat få sin diagnos redan våren 2018, det vill säga ett år tidigare, vilket hade varit av betydelse för patientens medicinska behandling.

Fördröjning på diagnosättning beräknas vara ca 11,5 månader.

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: Kommunikation och information, Utbildning & kompetens samt Teknik, utrustning och apparatur

Omgivning & organisation

Hög arbetsbelastning/stress och många samtidiga arbetsuppgifter.

Kontinuitetsproblem på grund av brist på distriktsläkare.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Nuvarande rutiner på hälsocentralen är att patienter följer vårdlag och således kan samma ärende hanteras av flera olika läkare vilket kan medföra risk för patienten.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har hittats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader är inte beräknade.

4.5 Åtgärdsförslag

Kontinuerlig rekrytering. Fortsatt arbete för att få fasta läkare till primärvården och kontinuitet.

Signering av kvarliggande provsvar skall i första hand skötas av ordinarie eller långtidsvikarier och inte av korttidsanställda.

Förslaget kan innebära att patientärenden inte alltid följer vårdlag.

Se över arbetsätt och rutiner för utdelning av provsvar.

Åtgärdsförslag: i väntan på full bemanning; skapa rutiner som säkrar informationsöverföring mellan olika läkare i vårdlaget?

Överväga att skapa bevakningslistor i JO20?

Inga åtgärder har vidtagits omedelbart

5 Vårdskada

Vårdskadan (försenad diagnos) bedöms som allvarlig vårdskada med permanenta neurologiska skador.

Uppreppningsrisken bedöms som liten eller mycket liten. Detta ger en sammanlagd poäng på 3-6 enligt riskbedömningsmatriserna nedan.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd värdeperiod för tre eller fler patienter ^{1) 2)} Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter ¹⁾
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd värdeperiod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

6 Kännedom om tidigare liknande händelser

Fenomenet försenad diagnos är inte helt ovanligt inom sjukvården. Efter granskning i regionens eget avvikelssystem uppdagas hela 45 ärenden i division närsjukvård de senaste 2 åren under klassificeringen försenad diagnos. Denna händelse får ses som ett lärande för alla både direkt- och indirekt inblandade.

7 Tidsåtgång och utredningskostnader

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	42
För analysteam	11
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4,5
SUMMA	57.5

Utredningskostnader beräknad enligt löneschabloner och uppgår till: 19 571 kronor.

8 Uppdragsgivarens kommentarer

8.1 Åtgärder

Björknäs hälsocentral är beroende av inhyrda läkare. Vi eftersträvar kontinuitet, att inhyrda läkare återkommer för patienters skull och ur patientsäkerhetshänseende. Inhyrda läkare blir ansvariga för fiktivt vårdlag Rönn eller Hägg, d v s patienter utan fast läkare. Denna patient tillhörde fiktivt vårdlag.

Inhyrd läkare har ansvar att ta vid av föregående inhyrd läkares provsvar, inkommande remisser o.s.v. och signera dessa. Den informationen ges alltid vid varje introduktion och läkaren blir påmind om man återkommer fler gånger.

8.2 Återkoppling

Ärendet återkopplas till läkargruppen för kännedom, remissvar kommer till läkare som inte utfärdat remiss/ordinerat prover mm. Varje dag blir akuta patienter (ej planerade) omhändertagna av läkare som ofta inte känner till patienten. Beställda prover/remissvar delas ut och ska då signeras av ordinarie eller annan vikarierande/inhyrd läkare. Inkommande remiss kan ge rekommendation vad nästa åtgärd är.

Jag förutsätter att läkaren läser remissförfrågan, vad som föranlett remissen och tar del av läkares journalanteckning. Vilken plan/strategi finns, vad är nästa steg i planeringen om det är nedtecknat.

8.3 Uppföljning

Styrande dokument, rutin för bevakningsfunktioner i VAS, finns för Region Norrbotten. Björknäs HC har även lokal rutin för tillvägagångsätt att säkerställa att besök journalförs och diagnosregistreras samt att inkommande remisser besvaras.

Den svaga länken är den enskildes ansvar. Inkommande remisser ansvarar alla vårdgivare för att själva bevaka, enligt rutin och instruktion hur man gör. Inkommande remisser/provsvar delas ut av sekreterare, biomedicinsk analytiker och sjuksköterska i en del fall. I detta ärende kan läkaren inte ha tagit del av journalanteckning eller frågeställning i remiss samt rekommendation av fortsatt utredning. Läkaren har ingen personlig kännedom om patienten och då är det än mer viktigt att ta sig

Kunskapsbanksnummer: KB6204232

tid att läsa remissens frågeställning och vad planen är. Om vårdgivare tar del av journalanteckning och upptäcker att tänkt strategi/plan inte är genomförd ska det rapporteras till verksamhetschef.

9 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

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)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
DT	Datortomografi. Vidareutveckling av vanlig röntgen. Ger en anatomisk bild i tre dimensioner och synliggör organ och vävnader.
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
MR	Undersökning med magnetkamera. En röntgenmetod med magnetfält och radiovågor och således ingen röntgenstrålning.
Multipel skleros	En neurologisk sjukdom som drabbar hjärna och ryggmärg. Vid MS uppstår inflammationer och ärr på nerver. Olika former finns och sjukdomsförlopp varierar. Vanligt symptom i tidigt skede är inflammation på synnerven. Andra symptom är bland annat domningar, balanssvårigheter, trötthet, värk, humörsvängningar, depression, nedsatta kognitiva förmågor och nedsatt kontroll över urinblåsa.
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
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)
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

10 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf