

Patienten är tidigare frisk. Tar inga läkemedel förutom smärtstillande i samband med migrän. Har arbetat under dagen och insjuknar efter hemkomsten med migrän och misstanke om magsjuka då flera på arbetsplatsen har detta. Under natten förvärras situationen med diaréer och kräkningar.

1. Anhöriga uppmärksammar att patienten är försämrad och de är oroade. Patienten upplevs desorienterad och har under dagen bland annat rivit morot men inte känt att moroten tog slut och börjat riva fingrarna. Anhörig har upplevt att patienten varit desorienterad och glömsk under en tid. Anhöriga är oroliga och har misstanke om TIA. Ringer 112. Ambulanspersonal ankommer till patientens bostad kl 23.29
Ingen felhandling

2. Ambulanspersonalen har samtal med patient och anhöriga var för sig. Får en god bild av situationen. Patienten förnekar sina symtom och tycker att situationen överdrivs. Anhöriga berättar om sin oro; att patienten under en längre tid haft ett förändrat beteende med glömska och irritation. Vid något tillfälle haft avföring utan att märka det. Patienten vill helst inte söka vård eller ta medicin. Har sedan en period hög belastning på sitt arbete.
Ingen felhandling

3. Patienten är enligt anhörig bättre och kan sköta sig själv. Anhörig och även patienten ringer Vårdcentralen för att boka en tid. Bedöms inte vara akut så patienten får en tid nästa vecka på tisdag.
Ingen felhandling

4. Patienten har försämrats och blivit "plockig" och är fortfarande febrig. Blir akut svag i vänster sida och ansiktshalva. Faller omkull och krampar generellt, tuggar fräga och kan inte prata. Anhöriga misstänker stroke och ringer 112.
Ingen felhandling

Lördag kl 08:02

Lördag kl 09:03

Lördag kl 10:13

Lördag kl 14:59

5. Ambulanspersonal är på plats. Bedömer att patienten har neurologiska bortfall/ TIA. Temp 39,7. RLS 2 = slö eller oklar. Kontaktbar vid lätt stimulering som tilltal, enstaka rop, beröring.

Under transporten till sjukhuset triageras patienten från gul till orange.

Felhandling
Det framkommer inte att patienten har krampat.

Fokus på patientens neurologiska status.

I bedömningen som utförs finns inte fråga om patienten haft krampar.

Utbildning & kompetens
Identifieringsstödet (RETTS) som ambulanspersonal använder leder in på stroke/ TIA då det inte framkommer att patienten har haft krampar.

Åtgärdsförslag:
Införa återkommande utbildningsinsatser för personal inom ambulans och akutmedicin med stöd av specialistläkare inom infektion gällande symtom vid virala CNS infektioner.

6. Patienten kommer till akutmottagningen, anhöriga är med. Blod- och urinprov samt en blododling tas vid ankomsten. Patienten har en sjukdomshistoria med migrän, tidigare svaghet i vänster ben och arm samt hängande mungipa. Feber upp till 39 grader sedan i tisdags, oklart vad som är orsaken. Temp 37,7 vid ankomsten. Ingen hosta eller snuva. Inget neurologiskt bortfall. Läkare 1 remitterar patienten till röntgen för en CT hjärna med frågeställning om det är en blödning eller infarkt. Remiss till lungröntgen skickas.

Felhandling
Lumbalpunktion (LP) utförs inte.

Det finns ingen tanke på eventuell herpesencefalit

Läkare 1 ordinerar prover/ undersökning för att i första hand utesluta stroke/ infektion.

Hög belastning som inte gav möjlighet till reflektion. Läkare 1 måste sätta preliminär diagnos för att kunna lägga in patienten på vårdavdelning.

Omgivning & organisation
Saknas stöd i verksamheten för att genomföra LP. Det tar lång tid ca 1 timma och då utförs inte detta i först hand för att hitta rätt diagnos.

Åtgärdsförslag:
Öka tillgängligheten för neurologisk och infektionsmedicinsk expertis på akutmottagningen.

Åtgärdsförslag:
Skapa struktur för möjlighet till reflektion genom att tillföra verksamhetsstöd och handledning.

Åtgärdsförslag:
Ökad kunskap genom fallbeskrivningar på arbetsplatsträffar (APT).

Utbildning & kompetens
Kompetens saknas på akutmottagningen avseende neurologi och infektionsmedicin.

7. Läkare 1 beslutar om att patienten ska läggas in för fortsatt utredning, halskärlsduppler och övervakning. Neurologstatus är utan anmärkning i nuläget. Utifrån CT svaret att ingen blödning påvisas intrakraniellt så ordinerar patienten en laddningsdos med Trombyl (blodförtunnande läkemedel).

Ingen specialist inom neurologi rondar patienten.

Felhandling
Patienten kommer inte till rätt specialistavdelning för fortsatt utredning.

Finns ingen vårdplats ledig och ingen neurolog kontaktas.

Saknas struktur för specialist inom neurologi att dagligen kontrollera eventuella patienter inom stroke/ neurologi som ligger på medicinsk akutvårdsavdelning.

Procedurer/rutiner & riktlinjer
Patienter som läggs in på akutvårdsavdelning under jourtid/ helg rondas inte av specialist inom neurologi. Medicinsk ansvar läkare inom akutmedicin måste konsultera/ kontakta.

Åtgärdsförslag:
Se över/ förändra rondrutiner.
Skapa förutsättningar för verksamheterna att vårda de patienter som stämmer med inskrivningskriterierna för vårdavdelningen.
Skapa rutiner för när kontakt med specialistkonsult ska tas.

8. Patienten flyttas till en medicinsk akutvårdsavdelning.

Felhandling
Sjukvårdens handläggning av "Rädda hjärnan/ direktinläggning strokeenhet" följs inte.

Det är sex överbeläggningar på strokeavdelningen

Omgivning & organisation
Organisatoriskt saknas förutsättningarna för verksamheten att vårda rätt patient på strokeavdelningen.

Åtgärdsförslag:
Att alla patienter med stroke- eller TIA misstanke under de senaste 7 dagarna läggs in på strokeavdelning.
Följsamhet och utbildningsinsatser utifrån den kunskapsöversikt/riktlinjer som gäller för strokevård i sjukvården.

Söndag kl 02:52

Söndag kl 03:45- 04:51

Söndag kl 09:00

9. Läkare 2 tillkallas då patienten har ett kort krampfall som klingar av. Ordinerar läkemedel Ergenyl mot krämper (epelepsi) som ges intarvenöst (i ven). Patienten ska flyttas till annan vårdplats med bättre övervakningsmöjlighet.
Ny CT hjärna planeras om inte patienten stabiliseras.

Felhändelse
Patientens symtom tolkas fortfarande som TIA/ stroke. Preliminär diagnos stroke styr fortsatt handläggning och behandling.

Kunskapsbrister finns gällande symtom vid virala CNS infektioner

Liten klinisk erfarenhet att uppmärksamma och vårda patienter med infektioner.

Utbildning & kompetens
Kompetens saknas avseende neurologi och infektionsmedicin.

Åtgärdsförslag:
Öka kunskapen om symtom vid virala CNS infektioner och neurologi genom att införa kontinuerliga utbildningsinsatser för samtliga medarbetare inom akutverksamheten.

10. Läkare 2 kontaktas igen då patienten krampar under förflyttningen till en annan vårdplats. Behandlas med krämplösande och muskelavslappnande läkemedel. God effekt, inga nya krämper.
Temp 39,0 grader (rektaltemp)
Patienten har en varierande vakenhetsgrad.

Remiss skickas och patienten genomför CT hjärna nr 2 med frågeställningen "blödning". Röntgensvar visar ödem(svullnad) i infarktområdet. Ingen intrakraniell blödning".

Felhändelse
Ingen omvärdering sker av patientens preliminär diagnos.

Saknas sammanställning och följsamhet till patientens vitala parametrar; puls, blodtryck, vakenhetsgrad, temperatur och andningsfrekvens.

Verksamheten använder sig inte av NEWS (National Early Warning Score).

Utbildning & kompetens
I verksamheten används RLS skalan i bedömning av vakenhetsgrad hos patienten. Den saknar stöd till personalen om vilka åtgärder som ska utföras.

Åtgärdsförslag:
Besluta om att NEWS skalan ska användas vid ankomst till akutmottagning och följa patienten under hela vårdtiden till utskrivningen sker.
Se Region Skånes upplägg.

Beslut om och genomförande av utbildningsinsatser för all personal.

11. Läkare 3 rondar patienten och dokumenterar att CT hjärna visar på en stroke. Patienten är vaken men motorisk orolig och inte helt orienterad. Ordinerar infusionsvätska natriumklorid som kopplas intravenöst och får läkemedel mot oro.

Läkare 3 vill flytta patienten till strokeavdelning, men det saknas vårdplats. Patienten har fortfarande varierande kroppstemperatur.

Felhändelse
Ingen omvärdering sker av patientens preliminär diagnos

Patienten blir inte bedömd av neurolog.

Jourhavande neurolog som finns på strokeavdelningen blir inte konsulterad.

Rondande läkare 3 är stressad och uppger hög arbetsbelastning under jourtid. Det är många patienter som ska rondas på olika vårdavdelningar och en brist på vårdplatser.

Omgivning & organisation
Specialist inom neurologi rondar inga patienter på den medicinska akutvårdsavdelningen under helgen om inte medicinskt ansvarig läkare kontaktar.

Åtgärdsförslag:
Se över/ förändra rondrutiner så att specialist inom neurologi blir kontaktad. Skapa förutsättningar så att patienten blir vårdad inom rätt specialitet.
Tjänstgörande specialist inom stroke/ neurologi ska direkt konsulteras/ kontaktas då det inkommer en patient med TIA/ Stroke misstanke.

Utbildning & kompetens
Kompetens saknas inom akutverksamheten avseende neurologi och infektionsmedicin.

Åtgärdsförslag:
Öka kunskapen om symtom vid virala CNS infektioner och neurologi genom att införa kontinuerliga utbildningsinsatser för samtliga medarbetare inom akutverksamheten.

Omgivning & organisation
Högt arbetstempo för läkare där organisatoriskt stöd saknas.

Åtgärdsförslag:
Öka stödet och tillgängligheten genom att specialist inom neurologi/ infektion fysiskt ska finnas närvarande på akutvårdsavdelningen.

Söndag kl 10:58

Söndag kl 15:24

Måndag ca kl 11:30- 11:45

Måndag ca kl 11:45- 12:04

12. Sjuksköterska dokumenterar i patientens journal att patienten är orienterad i tiden, men beteendet är oroligt. Patienten har vid flera tillfällen klättrat över sänggrindarna. Läkemedel Stesolid ges flera gånger mot oro. Anhöriga påtalar oro över patientens tillstånd för personalen.

Felhändelse
Patienten symtom feltolkas.

Personalen reflekterar inte över alternativ diagnos.

Kunskapsbrister i verksamheten gällande symtom vid virala CNS infektioner

Utbildning & kompetens
Kompetens saknas inom akutverksamheten avseende neurologi och infektionsmedicin.

Åtgärdsförslag:
Öka kunskap/ kompetens genom att införa kontinuerlig utbildning för all personal inom akutverksamheten om symtom vid virala CNS infektioner.

13. Patienten flyttas till en stroke-avdelning.

Felhändelse
Ingen ny klinisk bedömning eller dokumentation utförs.

Det finns en acceptans hos personal att "inte hinna dokumentera" i patientens journal.

Personalen förstod inte hur sjuk patienten var.

Omgivning & organisation
Bristande kunskap och struktur gällande ansvaret att dokumentera i patientens journal (Mellor).

Åtgärdsförslag:
Alla patienter som kommer till vårdavdelningen ska bedömas utifrån NEWS skalan.
Beslut om och genomförande av utbildningsinsatser för all vårdpersonal i MIG/ Proact.

Åtgärdsförslag:
Alla patienter som kommer till vårdavdelningen ska bedömas utifrån NEWS skalan.
Beslut om och genomförande av utbildningsinsatser för all vårdpersonal i MIG/ Proact.

14. En medpatient på vårdrummet tillkallar personal efter att patienten har satt sig upp vid sängkanten oich därefter ramlat i golvet. Patienten kan via lyft och med hjälp av flera personal läggas i sin säng.

Felhändelse
Organisationens rutin att skriva avvikelse vid fall följs inte.

Kultur och vana på vårdavdelningen att inte skriva avvikelser när patient faller.

Utbildning & kompetens
Bristande kunskaper om syftet med avvikelshantering, patientsäkerhet och fallrisk arbete.

Åtgärdsförslag:
Utbildning i avvikelshantering samt införande av regelbunden återkoppling av avvikelser för all vårdpersonal.
Utveckling av patientsäkerhetsarbete där fallskador ingår. Ex. metoden Gröna Korset.

15. Patienten har fortsatt hög feber och läkare tillkallas som ordinerar febernedsättande paracetamol.
Läkare 4 skriver efter samråd med läkare 5 en remiss till röntgen CT hjärna nr 3 med frågeställning: "Infarkt utveckling?"

Felhändelse
Ingen omvärdering av diagnos sker. Samma frågeställning i remissen.

I remissen till röntgen finns ingen differentialdiagnos.

Utredning fortsätter med fokus på patientens neurologiska status och bedömning av patientens kliniska tillstånd kommuniceras inte.

Ingen röntgenläkare konsulteras.

Omgivning & organisation
Röntgenläkare bedömer bilderna utifrån den frågeställning som remitterande läkare har utfört. Daglig rond förekommer inte längre i verksamheten.

Åtgärdsförslag:
Öka samarbetet med radiologen och tillgodose att neurolog och röntgenläkare tillsammans kan bedöma bilder på de patienter som har CNS symtom.

Måndag kl 14:00- 16:42

Måndag kl 15:05

Måndag ca kl 16:00

Måndag kl 16:42

16. Svar från blododlingen som togs under söndagen på patienten visar växt av positiva staf aureas bakterier. Infektionskonsult kontaktas per telefon och rekommenderar behandling med Cloxacillin intravenöst. Patienten har varit på CT hjärna nr 3.

Ingen LP utförs

Fokus på att behandla patientens positiva blododling med antibiotika.

Den kliniska bilden på patientens symtom framkommer inte.

Utbildning & kompetens
Det positiva blododlingssvaret vilseleder i bedömning och diagnos.

Åtgärdsförslag:
Öka kunskap/ kompetens genom att införa kontinuerlig utbildning för all personal inom neurologi/ stroke om symtom vid virala CNS infektioner.

17. Läkare 6 ställer sig frågande till patientens symtom och tidigare röntgenfynd CT hjärna, som visar på "visst ödem" i infarktområdet, ingen intrakraniell blödning. Patienten har drabbats av krampfall och har fortsatt feber. Läkare 6 tar upp detta med läkare 5. Därefter skriver läkare 6 en remiss och beställer akut undersökning MR hjärna för att bekräfta diagnosen stroke och för att utesluta meningoccefalit (hjärnhinneinflammation).

Ingen felhändelse

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Kommunikation & information
Ansvaret för patienten bollas mellan olika läkare.

Åtgärdsförslag:
Med hjälp av utbildning och information tillgodose att varje patient får en utsedd läkare som har det medicinska ansvaret utifrån en personcentrerad vård.

18. Patienten försämras och blir okontaktbar. Läkare 6 tillkallar narkosläkare som bedömer att patienten måste flyttas till intensivvårdsavdelningen (IVA). Läkare 6 tar kontakt med neurokirurg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Gemensamt beslut tas att patienten ska transporteras till SU för eventuell operation (hemikraniektomi, en metod för att minska trycket i hjärnan eller vid blödning). Närstående får information.

Felhändelse
Framkommer inte att det finns en misstanke om herpescefalit.
Ingen MR utförs.

Patienten hinner bli försämrad och frågeställningen "herpescefalit" uteblir i den fortsatta kontakten mellan personal.

Fokus på patientens neurologiska status. Den fortsatta bedömningen som dokumenteras i patientens journal är "Stroke. Neurologisk försämring.

Kommunikation & information
Saknas ett säkert kommunikationsstöd som hjälper personalen i vad som ska rapporteras i ett akut läge mellan vårdgivare.

Åtgärdsförslag:
Införa och utbilda all personal i SBAR så att metoden kan används i överrapportering av patient mellan personal/ vårdgivare. Gäller både akut och icke akut situation.

19. Patienten flyttas till IVA. Vid ankomsten är patienten okontaktbar och reagerar inte på smärta. Ska medicinskt förberedas inför vidare transport med helikopter till neurologisk intensivvårdsavdelning (NIVA) på SU.

Felhändelse
MR hjärna utförs inte.

Frågeställningen "herpescefalit" kommer bort i samband med patientens flytt till IVA och SU.

Diagnosen stroke styr val av behandling

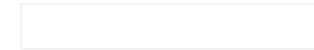
Kommunikation & information
Bristande kommunikation. Misstanken om att patienten kan ha herpescefalit framkommer inte vid övertag.

Åtgärdsförslag:
Med hjälp av utbildning och information tillgodose att varje patient får en utsedd läkare som har det medicinska ansvaret utifrån en personcentrerad vård.

Måndag 2016- 04- 04 kl 20:46

Onsdag 2016- 04- 20 kl 17:00

2016- 09- 19



20.
Patienten kommer till Neurolog intensivvårdsavdelning (NIVA) på SU.

Ingen felhändelse

21.
Patienten kommer åter till IVA på akutsjukhuset från neurokirurgen SU.
Patienten kan röra lite på fötterna och uppvisar pupillreaktion på ljus.
Neurolog på SU informerar om att prognosen i nuläget är mycket svårvärderad.

Ingen felhändelse

22.
Patienten flyttar till korttidsboende i hemkommunen, har ett fortsatt rehabiliteringsbehov. I patientens journal sammanfattas; Behov av olika hjälpmedel, rullstol vid förflyttning. Två personal i samband med gångträning och då patienten ska gå i och ur sin säng. Har svårt att förstå instruktioner och fokusera på träning. Hjälp för att kunna klara sina dagliga aktiviteter (ADL).

Ingen felhändelse

