

# Händelseanalys

## Sen diagnos av kolangiocarcinom

Februari 2019

Analysledare:

Tema Inflammation och Infektion  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Stockholms läns landsting

## Sammanfattning

Uppdraget var att genomföra en händelseanalys av en specifik händelse i IT-stödet Nitha med syfte att uppdaga eventuella bakomliggande orsaker som kan medföra att andra patienter drabbas av vårdskador i framtiden.

En patient med illamående, kräkningar o buksmärtor remitterades till en gastromedicinsk mottagning. Läkare ansåg att vidare utredning borde göras med datortomografi av buken men ingen remiss skickades. Knappt ett år efter utredningsstart hade patienten fortfarande uttalade besvär. På grund av att man inte fick tag på patienten per telefon fördröjdes uppföljande kontakt fyra månader.

Två månader senare inkom patienten till sjukhus och befanns ha ett kolangiocarcinom. Patienten avled till följd av denna sjukdom drygt ett år senare.

Orsakerna finns inom områdena procedurer/rutiner & riktlinjer samt utbildning & kompetens.

Framtagande av skriftliga rutiner för utredning och telefontidsbokning samt ökat erfarenhetsutbyte kan vara åtgärder som minimerar de bakomliggande orsakerna.

## 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

Att genomföra en händelseanalys av en specifik händelse i IT-stödet Nitha.

### 1.1 Uppdragsgivare

Patientområdeschef inom tema Inflammation och Infektion.

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-09-26

Startdatum: 2018-10-11

### 1.3 Återföringsdatum

2019-02-01

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Karolinska Universitetssjukhuset/Tema Inflammation och Infektion
Analysteammedlem / Läkare	Karolinska Universitetssjukhuset/Tema Inflammation och Infektion
Vice analysledare / Sjuksköterska	Karolinska Universitetssjukhuset/Tema Inflammation och Infektion

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med expert/sakkunnig
- Journalhandlingar
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Skriftligt utlåtande från expert/sakkunnig

Patientens make är informerad om att det pågår en händelseanalys och att han och /eller dottern är välkomna att skriftligen inkomma med synpunkter /frågor på händelseförlopp.

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

I analysarbetet har framkommit att en patient med illamående, kräkningar o buksmärtor remitterades till en gastromedicinsk mottagning från sin husläkare med frågeställning motilitetsstörning magsäck/uttalade dyspeptiska besvär. Utredningen av patientens symtom planerades inför det första besöket, vilket genomfördes enligt mottagningens rutiner. En remiss skrevs för mättnadsundersökning vilken visade nedsatt förmåga att tömma magsäckens innehåll i tarmen. Symtomen mättnadskänsla efter mycket små mängder mat och fyllnadskänsla i både epigastriet och magen som håller i ca 30 minuter efter måltid ansågs tyda på passagesvårigheter. Ingen ytterligare undersökning genomfördes. Olika läkemedelsbehandlingar prövades men med otillräcklig effekt. På grund av svårigheter att få kontakt med patienten dröjde det tre veckor för länge innan uppföljningen gjordes via telefon. Vid återbesöket ansåg läkaren att vidare utredning borde göras med datortomografi av buken på grund ett röntgensvar ett år tidigare som visat oklar bukvätska efter en operation. Ingen remiss skickades dock. Patienten skulle själv ta kontakt med mottagningen för uppföljning av läkemedelseffekt efter tre veckor men ringde först efter tre månader, då ytterligare ett läkemedelsbyte gjordes.

Knappt ett år efter utredningsstart hade patienten fortfarande uttalade besvär och viktnedgång på åtta kilo. På grund av att man inte fick tag på patienten per telefon fördröjdes uppföljande kontakt fyra månader. Patientens symtom och vidare utredning diskuterades mellan kollegor och kognitiv beteendeterapi föreslogs.

Två månader senare inkom patienten till sjukhus med gulsot och befanns ha en gallgångscancer/gallvägscancer där endast palliativ behandling var möjlig. Patienten avled till följd av denna sjukdom drygt ett år senare.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information, Omgivning & organisation samt Teknik, utrustning & apparatur.

### **Flera möjliga bakomliggande orsaker.**

Trots att läkare vid återbesök ansåg det lämpligt att genomföra en datortomografi av buken så skickades det aldrig iväg någon remiss. Detta är ej vidare utrett då läkaren lämnat sjukhuset och händelsen ligger för långt bak i tiden för att det ska anses rimligt att han kan redogöra för sitt resonemang vid tidpunkten ifråga.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Undersökning och symtom visar på passagehinder, men trots detta görs inga ytterligare utredningar, undersökningar eller provtagningar. För de större grupperna finns mer eller mindre standardiserade utredningar men det saknas skriftliga rutiner/riktlinjer.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Mottagningen använder flera olika sätt för att ha telefonkontakt med patienterna. Vid tillfället för händelsen saknades möjlighet att skicka SMS-påminnelser.

### **Utbildning & kompetens**

Olika läkare gör olika bedömningar avseende hur en utredning bör genomföras. Erfarenhetsutbyte skulle kunna möjliggöra mer samstämmiga bedömningar samt konsultationer emellan läkare i mer komplicerade fall.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Före utredd händelse opererades patienten för ett gynekologiskt tillstånd och i samband med uppföljningen gjordes fynd som föranledde kontakt med kirurgkonsult. Därefter har inte ansvarig läkare följt kirurgkonsultens rekommendation med vidare undersökning av buken.

Det är möjligt att undersökningen hade tidigarelagt diagnosen men det är oklart om en tidigare diagnos hade ändrat prognosen.

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadan består i den försenade diagnosen men borde inte ha inneburit en högre ekonomisk vårdkostnad. Den stora kostnaden är patientens lidande i väntan på diagnos och behandling vilken är svår att uppskatta i ekonomiska termer.

## 4.5 Åtgärdsförslag

### **Informera patienten om att telefontid har bokats**

I flera fall under vårdförloppet har inte läkare fått tag på patienten för planerad uppföljning. Ibland har inte patienten känt till att hen ska kontaktas av läkare och ibland har hen vetat om det men inte vilken dag eller tid. Detta kan förstås ha bidragit till att inte patienten har haft möjlighet att svara.

För att säkerställa möjligheten att få tag på patienten måste det säkerställas att patienten känner till att hen ska bli kontaktad. Ta fram rutiner för information till patienter om bokade telefontider. Antingen kan detta göras av läkare eller sjuksköterska i samband med besök/telefonkontakt eller via brev. Detta kan med fördel diskuteras gemensamt i arbetsgruppen för att ta fram förslag på nya rutiner.

### **SMS-påminnelse med information att samtalet kommer från dolt nummer**

Många människor svarar inte i telefonen då samtalet kommer ifrån ett dolt nummer, framför allt inte om de inte förväntar sig ett sådant samtal genom till exempel en bokad tid. Beslut angående detta har redan fattats i patientområdet.

### **Ta fram skriftliga rutiner för utredning av olika patientgrupper**

Det saknas skriftliga rutiner för utredning av patienter som kommer till mottagningen. Olika läkare väljer att genomföra olika undersökningar även om mycket är gemensamt. För de större grupperna finns mer eller mindre standardiserade utredningar. Flertalet sjukdomar är mag-tarmsjukdomar så bukstatus brukar normalt ingå i bedömningen vid nybesök. Vid motilitetsmottagningen handläggs motilitetsrubbnings i mag-tarmkanalen och ovanliga gastrointestinala sjukdomar. Flertalet motilitetsrubbnings kräver fysiologiska undersökningar för att kunna påvisas. Skriftliga rutiner skulle säkerställa att alla patienter får samma utredning och möjlighet till behandling.

En grupp erfarna läkare skulle kunna ta fram beslutsunderlag för handläggning av dessa patientgrupper för att underlätta för de ST-läkare som tjänstgör på mottagningen.

### **Tillse att det finns välfungerande strukturer för erfarenhetsutbyte**

Inom alla mindre specialiteter är det viktigt att möjliggöra för de specialister som finns att utbyta erfarenhet inom området. Detta skapar forum för att kunna diskutera mer komplicerade utredningsfall.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	11
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	26



## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Förslag på åtgärd att det behöver finnas rutiner för information till patienter om bokade telefontider så att patienten känner till att denne ska bli kontaktad. Denna åtgärd är delvis genomförd då teamet som arbetar med dessa patienter gjort ett stort arbete senaste året med att förbättra rutiner för omhändertagande av denna patientgrupp, men behöver följas upp att det faktiskt skickas skriftlig kallelse och sms påminnelse när patienten ska ha en uppföljningskontakt per telefon. Uppföljning av att detta görs ska vara klart till slutet av april 2019.

Förslaget att sms-påminnelse ska skickas till patienterna är ett bra förslag och detta är redan genomfört.

Förslaget om att ta fram skriftliga rutiner för utredning av olika patientgrupper är ett bra förslag som redan har genomförts. Det har under senaste året gjorts ett stort arbete med att kartlägga hela patientflödet för patienter med motilitetsstörningar i mag-tarmkanalen, nya och bättre rutiner för att tydliggöra patientflödet både för medarbetare och patienter har utarbetats och det finns nu skriftliga instruktioner redan vid remissbedömning vilka utredningar som ska göras utifrån olika symptom. Diagnosgruppen är dock spretig och individuella bedömningar behöver också hela tiden göras.

Förslaget att tillse att det finns välfungerande strukturer för erfarenhetsutbyte är redan genomfört. De ST-läkare som tjänstgör i verksamheten har alltid handledning av en erfaren specialist under så kallade triangelmottagningar, där alla patienter som bedöms av en ST-läkare diskuteras och bedöms av den erfarna specialisten. Utöver det finns varje vecka multidisciplinära konferenser med hela läkarkollegiet där de mest komplicerade fallen tas upp. Det har nu också tagits fram en plan för hur alla ST-läkare i gastroenterologi på Karolinska ska ha en tremånaders placering inom denna specifika verksamhet där de börjar i det så kallade "gastrolabbet" där de olika undersökningarna görs med auskultation och bedömning av undersökningar under handledning och sedan fortsätter med handledd patientmottagning "triangelmottagning".

### 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen har redan diskuterats och analyserats med ansvarig patientflödeschef. Nu ska den tas upp i det tvärprofessionella team som arbetar med denna patientgrupp och i hela läkarkollegiet. Patientflödeschefen ansvarar för att närstående informeras om resultaten av Händelseanalysen..

### 6.3 Uppföljning

Alla föreslagna åtgärder är redan vidtagna. Den åtgärd som behöver följas upp är att kallelser och sms påminnelser skickas till patienterna inför uppföljningsbesök på telefon. Uppföljningen ska vara klar till maj 2019.

## 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
Kolangiocarcinom	Gallgångscancer, gallvägscancer

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf