

Kunskapsbanksnummer: KB7425028

Datum: 2019-03-14

## **Händelseanalys**

**Födröjd diagnos och uppföljning hjärnmetastaser**

Mars 2017

Analysledare:  
Verksamheten för Kvalitet- och Patientsäkerhet  
Regionledningsförvaltningen  
REGION VÄSTERNORRLAND

## Sammanfattning

Denna händelseanalys av patientens vård utfördes i syfte att upptäcka eventuella systembrister som påverkat vårdförloppet och att synliggöra förbättringsutrymmen för att minimera risken för återupprepande. Händelseanalysen ligger även till grund för eventuell anmälan enligt lex Maria. Den utfördes i uppdrag från länsverksamhetschef region Västernorrland.

Händelseanalysen berör en vårdtagare som inkommer med ambulans till akutmottagningen. Blev sedan inlagd på avdelning på grund av hosta och hjärtklappning sedan flera veckor. Efter utredning under vårdtillfälle diagnosticeras småcellig lungcancer. Patient överflyttades till lungklinik för ställningstagande till behandling.

Cytostatikabehandling sker sedan polikliniskt via lungkliniken. Inför beslut om fortsatt behandling kallades patient till läkarbesök på mottagning. Patient valde telefonkontakt med behandlande läkare och i samråd beslutades det att avvakta vidare behandling. Patient uppmanades att höra av sig vid besvär och det planerades för ett återbesök efter cirka 3 till 4 veckor.

Det planerade återbesöket blev aldrig av. Ingen bokning gjordes och ingen kallelse blev skickad. Efter cirka 4 månader sökte patient akut vård på grund av huvudvärk och yrsel som hade pågått under 1 vecka. Röntgenundersökning utfördes som visade hjärnmetastaser.

Specifik behandling satts in under sensommaren. På grund av anemi och infektion blev patient inlagd på sjukhus i början på september och avled kort därefter.

Analysledare och team har hittat troliga bakomliggande orsaker till en försenad diagnos och behandling av hjärnmetastaser. Dessa bakomliggande orsaker återfinns inom områdena; Omgivning & organisation och Procedurer/rutiner & riktlinjer. Avsaknad av tidig skiktröntgen av hjärna samt avsaknad av återbesök kan ha bidragit till att diagnosticering och behandling försenades.

De viktigaste åtgärdsförslag som ges för att minska risken för att likande händelser skall inträffa är:

- Fortsatt arbete med att rekrytera tillsvidare anställd personal i synnerhet läkare med specialistkompetens inom lungmedicin
- Överväg utarbeta en tydlig checklista för vilka undersökningar som skall utföras och när för att säkerställa att vårdprogram följs.
- Revidering av befintligt styrdokument nr 362964 "Regional anpassning av Lungcancer".
- Översyn och revidering av skriftliga rutiner och arbetssätt/processer gällande bokning och kallelse av patient. Säkerhetsställ att återbesök bokas och kallelse skrivs och skickas till patient.

## 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 .....	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	8
4.5	Riskbedömning .....	8
4.6	Händelser av liknande art.....	9
4.7	Förebyggande åtgärder .....	9
4.8	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång .....	11
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	12
6.1	Åtgärder.....	12
6.2	Återkoppling. ....	12
6.3	Uppföljning .....	12
7	Ordförklaringar .....	13
8	Bilagor.....	14

## 1 Uppdrag

Att utföra händelseanalys av patientens vård i syfte att upptäcka eventuella systembrister som påverkat vårdförloppet och att synliggöra förbättringsutrymmen för att minimera risken för återupprepande. Händelseanalysen ligger även till grund för eventuell anmälan enligt lex Maria.

### 1.1 Uppdragsgivare

Länsverksamhetschef  
Länsverksamhet  
Specialistvården Västernorrland  
Region Västernorrland

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-09-08

Startdatum: 2019-01-18

Orsak till sen start av händelseanalys: Brist på analysledare.

### 1.3 Återföringsdatum

2019-04-15

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Vårdutvecklare/ Specialistsjuksköterska	Verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet /Regionledningsförvaltningen
Teammedlem/ Läkare	Länsverksamhet lungmedicin
Teammedlem/ Sjuksköterska	Länsverksamhet lungmedicin

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner. Nationellt vårdprogram Lungcancer, Regionalt styrdokument nr 362964 "Regional anpassning av Lungcancer".
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Närstående är tillfrågad om att lämna redogörelse, men har valt att avstå.

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

2016 September

Inkommer med ambulans till sjukhus. Blir inlagd på grund av hosta sedan flera veckor och hjärtklappning.

##### 1. 20160911-20161003

Aktivitet

Under vårdtillfälle på sjukhus 1 utreds patient och behandlas. CT thorax visar primär lungtumör med levermetastaser. Biopsi visar småcellig lungcancer. Kontakt tas med lungklinik på sjukhus 2 för ställningstagande till behandling.

Ingen Felhändelse

Kommentar

Lungcancer diagnosticeras efter CT thorax 20/9. Efter biopsi från levermetastaser 30/9 diagnosticeras småcellig lungcancer. Biopsisvar försenades på grund av att prov inte märktes som akut. Under vårdtiden behandlades även patienten för pneumoni och lungembolism. Sår på bröstorg diagnosticerats som basalom grad II. Borttagning av basalom kirurgiskt bedömdes ej lämpligt.

##### 2. 20161003-20161013

Aktivitet

Överflyttas till lungklinik på sjukhus 2 för ställningstagande till behandling. Utskrivs i väntan på SVP operation. Första kur Cytostatikabehandling startas 20161019. Cytostatikabehandling sker sedan polikliniskt.

Felhändelse

Bristande följsamhet till nationellt vårdprogram lungcancer. Avsaknad av skiktröntgen-undersökning hjärna trots att det ingår i primärundersökning vid småcellig lungcancer.

3. 20170221

Aktivitet

Cytostatikabehandling 4:e Kuren. Patient mår bra. Väntar på CT röntgen av thorax samt buk i mars månad för ställningstagande till eventuellt fortsatt behandling.

Ingen Felhändelse

4. 20170315

Aktivitet

Röntgen utförd och bedömd. Utifrån fynd skall eventuellt behandling bytas. Beslut planeras tas under onkologrund. Patient får tid för återbesök på mottagningen till läkare 1 den 27/3

Ingen Felhändelse

5. 20170324

Aktivitet

Patient väljer telefonkontakt istället för att komma till mottagning. Samtalar med läk 1. Patient mår bra. Förnekar smärtor. I samråd med Läk 1 beslutas det att avvakta utveckling. Överenskommelse att patient hör av sig vid behov annars ska det skickas kallelse om ett åter besök om 3 till 4 veckor.

Felhändelse

Inget återbesök blir planerat och inbokat. Ingen kallelse skrivs eller blir skickad.

Kommentar

Patient bodde 25 mil från mottagningen och önskade själv telefontid.

6. 20170426-20170721

Aktivitet

Besöker sin Hälsocentral för omläggning av svårsläkt sår på bröstkorgen vid 14 tillfällen. Ingen anteckning över besvärande symtom.

Ingen Felhändelse

7. 20170725

Aktivitet

Patient besöker akutmottagning på sjukhus 1. Orsak: huvudvärk och yrsel sedan 1 vecka. Upplever svaghet vänster arm. Röntgen hjärna utförs som visar hjärnmetastaser. Insätts på kortison och väljer själv att återgå till hemmet. Telefonkontakt tas med lungklinik på sjukhus 2. Patient kallas för mottagningsbesök nästkommande vecka för uppföljning och diskussion kring fortsatt behandling.

Ingen felhändelse

8. 20170806

Aktivitet

Remiss utfärdas via lungkliniken till onkologen. Ställningstagande till strålbehandling hjärnmetastaser.

Ingen Felhändelse

9. 20170912

Aktivitet

Strålbehandlas under senare del av augusti ineliggande samt polikliniskt. På grund av anemi och infektion inlagd 12/9. Försämras under vårdtillfälle och avlider 25/9.

Ingen Felhändelse

Händelsens utfall

Utebliven uppföljning med täta kontroller kan vara en bidragande orsak till en försenad diagnos och behandling av hjärnmetastaser.

Kommentar: Händelseanalysteamet ser, trots utebliven kallelse, att det är tveksamt om uppföljning efter 3 till 4 veckor gjort någon skillnad. Patient uppvisade inga besvärande symtom och uppsökte inte vård akut förrän efter ca 16 veckor utifrån den dokumentation som finns tillgänglig. Om tidig undersökning med skiktröntgen av hjärna hade påvisat metastaser är omöjligt i efterhand veta. Felhändelser är dock identifierade och förbättringsåtgärder för att förhindra att liknande händelser uppstår är befogade.

## 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 & information, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

#### Orsaksområde: Omgivning & organisation

##### Bakomliggande orsak

- Personalbrist och svårigheter att rekrytera tillsvidareanställd personal.
- Bristande introduktion till stafettpersonal.

Kommentar: Få tillsvidareanställda ordinarie läkare med återkommande rekrytering av stafettanställningar kan ha bidragit till att följsamhet till rutiner och riktlinjer brustit. I analysarbetet framkommer det också att introduktionen till stafettanställda läkare är ett område för förbättring.

#### Orsaksområde: Procedurer/rutiner & riktlinjer

##### Bakomliggande orsak

- Bristande följsamhet till nationellt vårdprogram lungcancer

##### Bakomliggande orsak

- Otydlig rutin och arbetssätt

Kommentar: Det framkommer under händelseanalysarbetet att administrativa rutiner som kallelse, tidbokning, väntelista samt remisshantering var otydliga eller saknades under aktuell tidperiod för denna händelseanalys. Efter aktuell händelse har verksamheten dock, enligt stycke 4.8 nedan, genomfört ett omfattande arbete i avsikt att stärka och förtydliga rutiner för återbesök.

### **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

I samband med att patienten överflyttades från en klinik på sjukhus 1 till en annan klinik på sjukhus 2 (punkt 1 och 2 under stycke 4.1) skrevs ingen remiss för övertagning. Det hittas ingen dokumentation av allmän remiss i journalsystemet. Det ska enligt rutin alltid skrivas remiss vid patientöverflyttning. I händelseanalysarbetet gjordes bedömningen att det inte var relevant att gå vidare varför det inte skrevs remiss i aktuellt fall då det skedde för nästan 2,5 år sedan.

Brister i informationsöverföring är en patientsäkerhetsrisk och vikten av tydlig och strukturerad överföring av information bör lyftas inom verksamheten. Remiss skall alltid skrivas och har mottagande klinik inte erhållit någon är det dennes ansvar att efterfråga sådan.

### **4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader**

Beaktat men ej aktuellt i denna händelse.

### **4.5 Riskbedömning**

Aktuell verksamhet hade under 2017 1797 stycken läkarbesök på mottagning. Under 2018 var antalet läkarbesök något fler; 1984 stycken. Antalet inremisser har även det ökat från 1669 stycken under 2017 till 1847 under 2018. Läkarbemanningen har under denna tidsperiod varit ansträngd och resulterat i lång väntelista till ett mottagningsbesök. Enligt statistik var väntetiden till ett första besök 2017 619 dagar och för 2018 var det 694 dagar. Detta är en patientsäkerhetsrisk i sig. Inom



verksamheten finns en medvetenhet över problemet. Insatser som bland annat beskrivs i stycket 4.7 ämnar till att säkerställa en god och säker vård.

Händelser av liknande art där avvikelser inom området som rör remisser, tidsbokning, kallelse och väntelista har tidigare noterats och resulterat i försenad diagnos och/eller utredning. Statistik över avvikelser presenteras i stycke nedan, av dessa avvikelser bedömdes i 8 fall att det var en negativ händelse. Det vill säga patienten drabbades av en skada. Ingen är bedömd som att skadan var av allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal. Sannolikheten att liknade händelse kan inträffa igen bedöms som liten. Men utifrån att det har varit (och är) en underrapportering i avvikelser generellt och det är troligt att det avspeglar sig även inom detta avvikelseområde. Sannolikheten för återupprepning kan därför vara större. Allvaret i denna händelse bör betecknas som katastrofal.

Risken för en enskild patient att råka ut för liknande händelse, baserat på sannolikhet för återupprepande och allvarlighetsgrad, bedöms ha minskat av redan insatta åtgärder och torde reduceras ytterligare av nu föreslagna åtgärder.

#### 4.6 Händelser av liknande art

Inom den regionsgemensamma verksamheten rapporterades under 2017 12 avvikelser inom området vårdadministration gällande remisshantering, tidbokning, väntelista och kallelse. Under året 2018 rapporterades 32 avvikelser inom samma avvikelseområde och undergrupper. Utifrån analys över avvikelshantering de senaste åren är slutsatsen att avvikelser är underrapporterat inom de flesta områden. Arbete med att öka avvikelserapportering pågår på aggregerad nivå, inom regionens samtliga länsverksamheter. De senaste två åren har avvikelser ökat. Underrapportering av avvikelser är inget unikt för berörd verksamhet utan bedöms finnas inom de flesta verksamheter.

Nedan redovisas statistik över rapporterade avvikelser.

Avvikelseområde – Vårdprocess vårdadministration

Undergrupp	2017	2018
Remisshantering	6	25
Kallelse	2	5
Tidbokning	2	1
Väntelista	2	1

#### 4.7 Förebyggande åtgärder

Förslag på förebyggande åtgärder utifrån händelseanalysen och verksamhetschefens kommentarer inklusive dennes åtgärdsplan återfinns under stycke 4.8, 6 samt i bilaga 2.

Under hösten 2018 genomfördes av verksamheten en patientsäkerhetsdialog i samverkan med verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet. Denna patientsäkerhetsdialog innebar att verksamheten genomlystes med fokus på patientsäkerhetsfrågor. Problemområden identifierades och åtgärder för förbättring initierades. Utvärdering och uppföljning sker inom verksamheten under 2019.

## 4.8 Åtgärdsförslag

### Åtgärdsförslag till bakomliggande orsak:

Personalbrist och svårigheter att rekrytera tillsvidareanställd personal samt bristande introduktion till stafettpersonal.

- Säkerhetsställ att introduktion av stafettpersonal och nyanställd personal får den introduktion som är nödvändig.
- Fortsatt arbete med att rekrytera tillsvidare anställd personal i synnerhet läkare med specialistkompetens inom lungmedicin.

Kommentar: Brist på tillsvidareanställd personal i synnerhet läkare med specialistkompetens inom lungmedicin har sedan flera år varit ett återkommande problem. Situationen har löst med hjälp av stafettpersonal. September 2017 fanns en ordinarie lungspecialistläkare och 7 vakanser. Nuvarande läkarbemanning (mars 2019) är 2 ST läkare och 1 specialistläkare.

### Åtgärdsförslag till bakomliggande orsak:

Bristande följsamhet till nationellt vårdprogram: lungcancer.

- Belys och diskutera nationellt vårdprogram lungcancer inom läkargruppen. Uppdatera vetenskap om rekommenderade undersökningar.
- Överväg utarbeta en tydlig checklista för vilka undersökningar som skall utföras och när för att säkerställa att vårdprogram följs.
- Revidering av befintligt styrdokument nr 362964 "Regional anpassning av Lungcancer".

Kommentar: I regionsgemensamma styrdokument nr 362964 "Regional anpassning av Lungcancer" giltigt tom 20-06-10 är en konkretisering och beskrivning av regionala riktlinjer för lungcancer. Den utgår från Nationellt vårdprogram för lungcancer. I styrdokument nr 362964 saknas rutiner kring undersökning/utredning med skiktröntgen av hjärnan vid småcellig lungcancer. Inom verksamheten bör revidering övervägas.

### Åtgärdsförslag till bakomliggande orsak:

Otydlig rutin och arbetssätt.

- Översyn och revidering av skriftliga rutiner och arbetssätt/processer gällande bokning och kallelse av patient. Säkerhetsställ att återbesök bokas och kallelse skrivs och skickas till patient.

Kommentar: Ett omfattande arbete med införandet av nya rutiner och riktlinjer samt revidering av gamla har skett det senaste året. Dessa styrdokument gäller bokningsunderlag vid återbesök, rutiner vid inkommande och utgående remisser samt generella mottagningsrutiner (Styrdokument: 368591, 351320, 270741, 232599 och 365593).

### Utvärdering av insatta åtgärder

Det är av stor vikt att insatta åtgärder följs upp och utvärderas. Analys över avvikelser med effektuppföljning är ett sätt att göra utvärdering. Använda verktyg som "rutinkollen" är ett annat. Rutinkollen är en webb-baserad metod som kan användas gratis för att utvärdera följsamhet till en verksamhets rutiner och riktlinjer. Rutinkollen tillhandhålls av SKL och mer information fås via <http://www.rutinkollen.se/#/hem> .

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	9
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	43

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Av de åtgärdsförslag som uppkommit i rapporten är redan flera åtgärdade eller ej längre relevanta.

Vi kommer att arbeta vidare med rekrytering av fasta läkare. Då denne händelse är mer än två år gammal har följande förändringar skett. Läkarschemat utformas så att SVF och cancerposition oftast är skilda, de stafetter som förläggs på dessa positioner har kunskap om SVF /cancer. Det nationella vårdprogrammet är idag ett hjälpmedel för våra läkare. Patienter tas i högre grad upp på MDK rond där Umeå är rådgivande om behandling, undersökningar mm. Samarbetet med Umeå angående stadium 4 har utökats och då finns möjlighet att lyfta dessa patienter, på en telefonkonferens. Vid daglig styrning påminns läkarna om dessa ronder.

### 6.2 Återkoppling.

Återkoppling till medarbetare kommer att ske på ett APT.

### 6.3 Uppföljning

Kontinuerlig uppföljning av vidtagna åtgärder kommer att ske på daglig styrning samt på APT.

## 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
Småcellig lungcancer	Lungcancer delas in i småcellig och icke-småcellig lungcancer. Största delen av lungcancerfallen är icke-småcelliga, och ungefär 20 procent är av den småcelliga typen. Småcellig lungcancer bildar metastaser redan i ett tidigt skede. Småcellig lungcancer är obehandlad en mycket aggressiv tumörsjukdom med kort förväntad överlevnad. Risken för utveckling av hjärnmetastaser är hög.
Basialom	En vanlig form av hudcancer
SVP	Subcutan venport. Inopererat port under huden för access till centrala blodkärl. Används för exempelvis administrering av cytostatika intravenöst.

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf