

Kunskapsbanksnummer: KB7474573

Datum: 2018-11-14

Händelseanalys

Uppföljning av Thacapzolbehandling

Analysledare:

Lena Andersson
Region Norrbotten

Sammanfattning

Multisjuk man som använder läkemedlet Thacapzol för sin hypertyeros. Provtagning ska följas regelbundet med TSH och Ft4. Under hösten 2017 och våren 2018 tas prover som vid tre tillfällen är avvikande där läkaren signerar provsvar utan att åtgärd sätts in.

Syftet med händelseanalysen är att utröna varför signerade provsvar inte åtgärdas och vilka åtgärder som kan sättas in för att inte detta ska upprepas. Syftet är även att hitta sätt för att följa upp de patienter som inte har förmågan att själv beställa tid för provtagning.

De bakomliggande orsakerna vi hittat är att när läkaren skickar brev till patient så finns ingen kontrollfunktion kopplat till journalsystemet som påtalar att patienten inte tagit sina prover. Provsvar ligger ibland kvar, osignerade under lång tid relaterat till läkares ledighet. Lablistans utformning gör att alarmerande värden ibland ligger långt ner på listan, vilket kräver att man scollar för att se dessa provsvar. Då läkare på akuten signerar av provsvar och ser att patienten är ineliggande, tar de för givet att avdelningsläkaren åtgärdar det felaktiga provsvaret.

Åtgärdsförslag är att läkaren på akuten flyttar det osignerade provsvaret till ansvarig läkares signeringslista genom ett så kallat vårdgivarbyte. Vården borde ha erbjudit patienten en egenvårdbedömning så att de tillsammans kan utröna vilket ansvar patienten och vårdgivaren ska ha. Vården skulle ha erbjudit patienten en fast vårdkontakt, den personen har ett övergripande ansvar över vårdkontakter.

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	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Vårdskada	8
4.6	Åtgärdsförslag.....	9
5	Tidsåtgång	10
6	Verksamhetschefernas kommentarer	11
6.1	Verksamhetschef vårdcentral.....	11
6.1.1	Åtgärder.....	11
6.1.2	Återkoppling	11
6.1.3	Uppföljning	11
6.2	Verksamhetschef slutenvårds klinik	11
6.2.1	Åtgärder.....	11
6.2.2	Återkoppling	12
6.2.3	Uppföljning	12
7	Ordförklaringar	13
8	Bilagor.....	13

1 Uppdrag

Multisjuk patient med hypertyreos, står på Thacapzol. Ska följas regelbundet med TSH+FT4. Patient ombeds själv boka tid på laboratoriet men glömmer det. Värdena tagna senast november 2017. Flera vårdtillfällen under våren samt besök på vårdcentralen utan att man reagerar. TSH/FT4 tas dock 4/4 på länsdelssjukhus i samband med inläggning på grund av pacemakerproblem. Patienten har då en uttalad hypotyreos. det uppmärksammas inte att vare sig akutmäklare eller medicinläkare på ett tydligt sätt, inga journalanteckningar. Patient ska enligt uppgift fått muntlig ordination att sätta ut Thacapzol, som dock stod kvar på LM efter utskrivning från länsdelssjukhus. Patient var även i kontakt med kardiolog på länsjukhus utan reaktion på de avvikande värdena. Thacapzol sattes ut först då patienten på eget initiativ sökte vårdcentral och ifrågasatte medicineringen.

1.1 Uppdragsgivare

Chefläkare med lex Maria-ansvar i samråd med verksamhetschefer på respektive enhet

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-06-28

Startdatum: 2018-08-27

Analysstarten försenades pga. analysmedlemmarnas semester

1.3 Återföringsdatum

181218

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Berörd vårdcentral
Analysledare / Sjuksköterska	Slutenvården länsdelssjukhus
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Slutenvården länsdelssjukhus
Metodstöd/ Sjuksköterska	Regionen

3 Metodik

Händelseanalysen omfattar perioden maj 2017 till maj 2018 och har gjorts enligt metoden RCA (Root Cause Analysis) som beskrivs i Riskanalys & Händelseanalys, Analysmetoder för att öka patientsäkerheten (2015). Det innebär att händelseförloppet rekonstruerats och orsaksanalys utförts. Potentiell allvarlighetsgrad och sannolik upprepningsfrekvens samt förslag på konkreta åtgärder läggs fram.

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från patientintervju, journalhandlingar, utlåtande från läkare och gällande skriftliga rutiner.

4 Resultat

Ärendet är handlagt i vårdgivarens avvikelssystem och händelseförloppet beskrivs utifrån de fakta som framkommit i samband med faktainsamlingen. För grafisk presentation se bifogad analysgraf.

Patienten har intervjuats och också erbjudits komma in med ytterligare uppgifter efterhand om han så önskat, men något ytterligare utöver intervjun har inte inkommit.

4.1 Händelseförlopp

Multisjuk patient som efter cordarone-behandling utvecklade thyreotoxicos och insattes på Tachapzolebehandling under hösten 2017. Under hösten och påföljande vår så ordinerades provtagning med jämna intervaller utifrån de värden TSH och Ft4 visar. Provsvarerna på TSH och Ft4 visar avvikande värden under tre tillfällen men läkare signerar av provsvaren utan åtgärd. Vid intervju med berörda läkare så kommer de inte ihåg varför det blivit så men stress och eventuell tidbrist anges som orsak.

Patienten har på grund av andra sjukdomar täta kontakter med vårdcentral och länsdelssjukhus. Vid dessa läkarbesök så avhandlas i första hand den problematik som föranlett läkarbesöket. Exempelvis vid ett av tillfällena var uppföljningsbesök av patientens diabetes och vid ett annat fungerade inte ICD tillfredsställande. Prover som TSH och Ft4 syns inte i lablistans vy utan att läkaren skrollar ner för att se hela vyn. Patienten har även stark integritet och vill sköta sina läkemedel och vårdcentralbesök själv. Enligt denna händelseanalys så kan vi se att många provtagningsbesök och läkarbesök inte blir utförda på grund av att patienten inte kommer till dessa. Analysgruppen har diskuterat om egenvårdsbedömning hade kunnat hjälpa patienten i denna situation. Med en tydlig beskrivning av vad patienten själv ska ta ansvar över samt vad sjukvården kan stötta med. I detta fall vore det även önskvärt med en fast vårdkontakt som har ett övergripande ansvar över patienten. Enligt journalanteckning från endokrinolog på länssjukhus så avslutades behandlingen med Thacapzol i januari 2018. Dock oklart om patienten fått den informationen eller hur patienten tagit detta läkemedel under behandlingstiden. I intervju med patient upplever han att han inte känt några symtom på över eller underfunktion av sin struma. Han uppger att han har mått som vanligt under denna behandlingstid.

1.

170517

Provtagning visar förhöjda värden av FT4 och låga värden av TSH

2.

170531

Läkarbesök: Diabetes årskontroll.
Ingen uppföljning av provtagning
TSH, Ft4.

3.

170727

Vårdcentralen upptäcker att prover från maj inte är åtgärdade. Skriver remiss till länsdelssjukhus med förfrågan om behandling.

Ingen felhändelse.

4.

170728

Tachapzol-behandling sätts in via vårdcentral. Ingen felhändelse.

5.

170814

Provtagning.

Ingen felhändelse.

6.

170815

Remiss till endokrinologen angående Tachapzol titrering. Ingen felhändelse. Endokrinolog förslår en höjning av Tacapzol dosen till 2*2. Patienten bor för tillfället på ett korttidsboende så både Administrering av läkemedel och provtagning sköts av annan person.

7.

170828

Provtagning. Ingen felhändelse.

8.

170902

Remiss till endokrinolog ang uppföljning av prover. Besvaras.

9.

170912

Distriktläkare skickar brev att nya prover skall tas om 3 veckor. (blir tagna 171031) Endokrinolog rekommenderar doshöjning till 4*4 Vilket meddelas till patient.

10.

171031

Provtagning

Felhändelse: försenad provtagning relaterat till ordinationen. Patienten glömmer att beställa tid för provtagning. Sjukvården har ingen kontrollfunktion så detta upptäcks inte. Med facit i hand kan vi se att sjukvården borde ha tagit ett större ansvar och inte överlämnat detta till patienten.

11.

171123

Ny remiss från distriktsläkaren till endokrinolog med frågeställning om fortsatt vård. Patienten får information om att fortsätta med samma ordination tills han får besked från distriktsläkaren om ändring i ordination ska göras.

Svar anländer 171128.

12.

171212

Brev skickas till patient från vårdcentral om sänkt dos samt ny provtagning om fyra veckor.

Felhändelse lång tid mellan provsvar (fr 171031) och åtgärd trots att man följt gällande rutiner (centrala och lokala).

13.

180112-180404

Ingen provtagning på patient

Ingen följer upp att patienten inte kommer till provtagning. Etiskt dilemma när patienten själv vill ansvara för sin provtagning men inte klarar av att följa de mål som sjukvården har. Här ser analysteamet att egenvårdsbedömning skulle ha gjorts samt att man borde ha erbjudit fast vårdkontakt.

14.

180404

Provtagning via länsdelssjukhus

Läkare på länsdelssjukhus signerar provsvaret utan att ordinera några årtärder. Orsaken går ej att utreda varför provsvaren inte blev åtgärdade. Patienten kom på remiss till länsdelssjukhus och den läkaren som tog proverna hade gått hem innan provsvar anlät. När patienten skrivs in i slutenvård signerar läkare på akuten av dessa prover och förväntar sig att avdelningsläkare ser proverna och åtgärdar dem. Patienten var då svårt sjuk och fokus låg på patientens hjärtproblem.

180514

Händelsens utfall: patientens thyreoideaprover stabilt inom acceptabelt värde

4.2 Bakomliggande orsaker

Bakomliggande orsak: Berörd läkare kommer ej ihåg, men tror spontant på stress.

Varför: Fokus endast på diabetes vid besöket.

Varför: multisjuk patient med många problem ska hanteras på begränsad tid.

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak: svårt avgöra om patient eller vården skall ansvara

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak: behov av längre besökstid för multisjuka patienter.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak Avsteg från lagkrav och rutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Avsteg från lagkrav och rutiner.

Fast vårdkontakt skulle ha erbjudits.

Egenvårdsbedömning borde ha gjorts.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Brev genererar ingen kontrollfunktion

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: lablistan ej överskådlig. Ej följt signeringsrutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Ej följt signeringsrutiner

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

I händelseanalysen har vi inte funnit några bifynd eller andra risker i verksamheten.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Analysteamet har inte gjort några ekonomiska beräkningar av vårdskadan då den inte lett till förlängd vårdtid, förhöjd vårdnivå eller fler besök på vårdcentral. Vi bedömer dock kostnaderna som ringa.

4.5 Vårdskada

Vårdskadans grad bedöms som måttlig eller mindre.

Risken för återupprepande bedöms som måttlig, relaterat till effektiviteten i föreslagna rutiner och åtgärder.

Sammantaget bedöms alltså allvarlighetsgraden för händelsen hamna mellan 2 och 4 relaterat till nedanstående graf/riskmatris.

Tabell

Allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepande

		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*

Tabell

Allvarlighetsgrad och Konsekvens

Bedöms i nuläget att ligga mellan 1-2. Till största del beroende på att patienten inte har känt av några obehag under behandlingstiden.

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 vårdepisod 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 vårdepisod 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*

4.6 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag sjukhus: Informera läkare om att de skall byta vårdgivare på provsvar, när patient läggs in.

Åtgärdsförslag sjukhus: verka för en grafisk förändring av lablistan i journalsystemet för att öka patientsäkerheten. Vi föreslår att man överväger att sortera proverna så att patologiska provsvar hamnar högst upp i lablistan. Detta ger en tydlighet när läkaren ser lablistan.

Åtgärdsförslag VC: Aktualisera lagstiftningens krav på att erbjuda fast vårdkontakt till multisjuka, samt följa upp detta regelbundet.

Åtgärdsförslag VC: Utbildningsinsats om egenvårdsbedömning samt dokumentation av bedömningen.

Åtgärdsförslag VC: Patient bör erbjudas SIP(samordnad individuell plan) där fast vårdkontakt utses. Den fasta vårdkontakten planerar besökslängd utifrån individuella behov.

Åtgärdsförslag VC: se över om rutinen för signering av dokument kan förändras i syfte att påskynda hanteringen.

Åtgärdsförslag VC: Utforma en rutin där kallelse för provtagning går med, vid brev. Detta kräver en kontrollfunktion vid utskrivning hos medicinsk sekreterare att kallelse följer med eller att patienten sätts upp på väntelista, vid tid längre fram i tiden.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	45
För analysteam	12
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	8
SUMMA	65

6 Verksamhetschefernas kommentarer

6.1 Verksamhetschef vårdcentral

6.1.1 Åtgärder

Vi erbjuder fast vårdkontakt till multisjuka och till dem vi anser ha behov av det, utifrån patienters ibland frekventa besök i vården. Vi ligger procentuellt bland de i regionen som har högst antal fastställda fasta vårdkontakter. Det är en fråga som vi lyfter på förbättringsmöten, arbetsplatsträffar, sjukskötersketräffar. Vi har haft utbildning detta år i egenvårdsbedömning. Vi håller också på att fastställa en lokal rutin tillsammans med kommunen, som är i stort sett klar. Den är ute på remiss. Beräknas vara klar under januari månad 2019

6.1.2 Återkoppling

Händelseanalysen, preliminärreporten är återkopplad till avvikelshanteringsgrupp, hela personalgruppen på arbetsplatsträffar och till medicinsk rådgivare.

Kommentar från personalen:

När det handlar om patienter som inte vill delta och vara aktiv i sin egen vård och behandling, så kan det vara svårt att tvinga patienter. Det finns alltid en risk att det kan hända igen, då det finns patienter som av ett eller annat skäl inte följer rekommendationer i sin vård och behandling.

En viktig återkoppling till patienter/närstående är att fortsättningsvis informera dem, involvera dem att ta ansvar. Vi som personal kan ju bara informera om vilka möjligheter de ha att få hjälp i sin sjukdom, behandling och i förekommande fall undervisa om både förebyggande insatser och möjlighet till egenvård. Kalla till SIP:ar, när man ser att behov finns. Som personal är det viktigt att dokumentera sina åtgärder i journalen, så det framgår klart och tydligt vart ansvaret finns vid olika tidpunkter i patientens vård.

6.1.3 Uppföljning

Punkter under åtgärder är något som vi kontinuerligt följer upp, då det också följs via statistik. Statistiken följs upp efter hur ofta den uppdateras. Det kan vara månadsvis eller kvartalsvis.

Följsamhet till rutiner är ett ständigt levande arbete. Ett sätt att uppmärksamma rutiner, är att ta fram rutiner som veckans eller månadens rutin. Det finns planer att genomföra det arbetssättet 2019.

6.2 Verksamhetschef slutenvårdsklinik

6.2.1 Åtgärder

Ett fall som väl belyser komplexiteten med multisjuklighet och ökad risk med många inblandade kliniker samt den uppdelade lablistan.

För slutenvården ses i detta fall en tydlig risk i uppdelningen av akutklinik och Medicin- och rehabiliteringskliniken, samt att lablistan endast visas per klinik i defaultläget.

Vi kan upprepat påminna varandra om att för varje patient läsa lablistan för hela regionen, vilket kräver extraklick och vi kan också be att akutläkarna flyttar över sent inkomna svar till ansvarig läkare på vårdande avdelning. Det är ett omfattande arbete, alternativt ringa upp aktuell avdelning och påtala avvikande labsvar.

Det är viktigt att ha fungerande rutiner och tillräckligt med tid för "vem tar vems" signeringslista och post vid frånvaro.

Ökat patientansvar och minskat antal kallelser för provtagning ökar risken för denna typ av händelser. Så kallade slarvlistor (ex ej genomförd provtagning) förekommer inte i VAS systemet. Ett sådant skulle dramatiskt minska denna typ av händelse.

Medicin- och rehabiliteringskliniken har gjort en beställning av nya funktioner i VAS med önskemål om att lablistan ej ska vara uppdelad utan alla klinikers provsvar ska visas i första läget.

6.2.2 Återkoppling

Medicin- och rehabiliteringskliniken kommer att ta upp denna händelseanalys med berörd personal.

6.2.3 Uppföljning

Medicin- och rehabiliteringskliniken kommer att följa upp provtagningsrutiner och "vem tar vems post" kontinuerligt. Vi kommer även att fortsätta föra en dialog med ansvariga angående beställning av förändring i lablistan så att alla kliniker syns i första läget.

7 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
Cordarone	Läkemedel som minskar hjärtats retbarhet
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
ICD	Inplanterbar hjärtstartare
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Thacapzol	Läkemedel mot förhöjd sköldkörtelhormonutsöndring
Thyroidea	Sköldkörtel
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
TSH,Ft4	Prover för att konstatera förhöjd en underfunktion av sköldkörtelhormon
Tyreotoxikos	En förhöjd koncentration av sköldkörtelhormon
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

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf