

Datum: 2015-10-26

Händelseanalys

Utskrives till hemmet med fördröjd diagnos och behandling

Augusti 2014

Analysledare:

Neuro- och rehabiliteringskliniken SÄS
Västra Götalandsregionen

Marie Melin
Ortopedkliniken SÄS
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Händelseanalysen ska genomföras med fokus på tvärprofessionell kommunikation och rutiner för utskrivningsdokumentation.

Patient söker för gång och balanssvårigheter och utskrives till hemmet utan diagnos.

Kommunikation & information

Lite dokumentation från teamkonferens. En plan saknas.

Omgivning & organisation

Hög arbetsbelastning under sommarperioden

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutiner och riktlinjer saknas eller efterföljs inte.

Vår rekommendation är att utarbeta standard för dokumentation av teamkonferens inom neurologi, samt att teamet samlas om läkare (efter diskussion på läkarmöte) inte kunnat ställa diagnos när svar kommit samt införa återbesök när alla svar är klara.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Initierings- 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	5
4.3	Bifynd / andra upptäckta risker	5
4.4	Vårdskadekostnader	6
4.5	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Förklaringar på termer och begrepp	9
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Analysen är initierad av tf verksamhetschef Pauline Ahl. Avvikelse finns registrerad i Medcontrol. Händelseanalysen ska genomföras med fokus på tvärprofessionell kommunikation och rutiner för utskrivningsdokumentation. Avgränsas till vårdtillfälle augusti 2014 och därefter. Fördröjda ledtider för händelseanalysen pga analysledarens övriga analysuppdrag på SÄS samt att det var svårt att få teammedlemmarna frikopplade från ordinarie verksamhet.

1.1 Uppdragsgivare

Pauline Ahl tf verksamhetschef
Neuro- och rehabiliteringskliniken SÄS
Västra Götalandsregionen

1.2 Initierings- och startdatum

Initieringsdatum: 2015-06-22

Startdatum: 2015-10-14

1.3 Återföringsdatum

Ange datum då händelseanalysen resultat återförts till uppdragsgivaren.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjukgymnast/Fysioterapeu t	Rehabiliteringskliniken
Analysteammedlem / Läkare	Rehabiliteringskliniken
Vice analysledare / Sjuksköterska	Ortopedkliniken
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Rehabiliteringskliniken
Analysteammedlem / Sjukgymnast/Fysioterapeu t	Rehabiliteringskliniken

3 Metodik

Genomgång av journal i Melior, samt sökt styrdokument. Tagit del av patientens anmälan samt vårdgivarens yttrande till IVO.

4 Resultat

Teamet har kommit fram till ett antal orsaker och sju åtgärdsförslag, se punkt 4.5, med begränsad till mycket effektiv effekt. Vår rekommendation är att utarbeta standard för dokumentation av teamkonferens inom neurologi, samt att teamet samlas om läkare (efter diskussion på läkarmöte) inte kunnat ställa diagnos när svar kommit samt införa återbesök när alla svar är klara.

4.1 Händelseförlopp

Händelsen som beskrivs nedan. Vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovisas under *Metodik*.

140825

Patient söker för gång och balanssvårigheter

1.

Tid för händelse

Medicinsk utredning startar

MR brösttrygg gjordes inte trots symtom på central påverkan

2.

Tid för händelse

Omvårdnadsdokumentation

Saknas

150829

Utskrives till hemmet med fördröjd diagnos och behandling, vilket orsakar patienten förlängt lidande

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Lite dokumentation från teamkonferens. En plan saknas.

Omgivning & organisation

Hög arbetsbelastning under sommarperioden

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutiner och riktlinjer saknas eller efterföljs inte.

4.3 Bifynd / andra upptäckta risker

Ej signerade medicinska epikriser skickas inte till PV

Omvårdnadsepikris skickas aldrig till PV.

PV litar på sjukhusets epikriser, hade förmodligen inte gjort skillnad om den medicinska epikrisen skickats.

Personlig kontakt från uppdragsgivaren med patienten är inte tagen, för att informera om vårdskada och händelseutredning samt plan för återkoppling av händelseanalys.

4.4 Vårdskadekostnader

-

4.5 Åtgärdsförslag

1. Genomgång av gällande riktlinjer för all personal, ingå i checklista för nya medarbetare. Begränsat effektiv
2. Standard för dokumentation av teamkonferens inom neurologi. Effektiv
3. ST-läkare längre period. Begränsat effektiv-effektiv
4. Avsatt ostörd adm tid för ÖL när alla svar kommit. Effektiv
5. Återbesök när alla svar är klara. Mycket effektiv
6. Teamet samlas om läkare inte kunnat ställa diagnos när svar kommit. Begränsat effektiv
7. Riktlinje för neurologpatienter avseende vårdtillfälleshantering i Melior. Begränsat effektiv
8. Rutin för överrapportering till primärvården. Begränsat effektiv

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	6
För analysteam	18
För involverade medarbetare (intervjuer, återkoppling etc)	24
SUMMA	48

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Här beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att vidtas respektive förkastas. Kompletteras med tidsplan för genomförande. Uppdragsgivaren kan också kommentera om åtgärdsförslagen är konkreta och realistiska eller om andra förslag finns.

6.2 Återkoppling

Här beskriver uppdragsgivaren hur händelseanalysen ska återföras till berörd enhet och dess medarbetare samt till patient/närstående.

6.3 Uppföljning

Här beskriver uppdragsgivaren när och hur insatta åtgärder ska följas upp.

7 Förklaringar på termer och begrepp

Här anges definitioner på förekommande termer och begrepp i slutrapporten som inte är självförklarande ex. medicinska termer, förkortningar.

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)
Orsak	Tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till en negativ händelse eller tillbud
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till negativ händelse och tillbud
Felhändelse	En beskrivning av något, som man först i efterhand kan konstatera, gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Anamnes	Sjukdomshistoria
MR	Magnetrontgen
Omvårdnadsdokumentation	Den dokumentation som sjuksköterskor och undersköterskor skriver.
PV	Primärvården
ST-läkare	Läkare under utbildning till specialist
ÖL	Överläkare
Melior	Journalssystemet på sjukhuset

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf