

Kunskapsbanksnummer: KB8918401

Datum: 2019-01-24

Händelseanalys

Fördröjd diagnos av akut förvirringstillstånd

September 2018

Sammanfattning

Patient som kom till hälsocentral pga. akut oklart förvirringstillstånd med hjälp av socialsekreterare efter orosanmälan av närstående. Läkare bedömde att det inte förelåg indikation för akut psykiatrisk eller somatisk sjukhusvård. Utredning initierades med blodprover och patienten fick kvarstanna på kommunal vårdplats på närvårdsavdelning. Förvirringstillståndet kvarstod och efter 5 dagar kompletterades utredning med CT skalle som inte visade någon färsk blödning eller stroke. Patienten överflyttades till en regionvårdplats på närvårdsavdelningen, skickades 2 dagar senare akut till medicinklinik där misstanke om djup ventrombos avskrevs efter undersökning. Där noterades i journalen för första gången uppgifter om tidigare alkoholmissbruk. Patienten vårdas ytterligare två veckor på närvårdsavdelning med fokus på besvär från benen men med oförändrat förvirringstillstånd och utan ytterligare differentialdiagnostiska överväganden inklusive alkoholanamnes. Patienten skrevs ut, flyttade till särskilt boende och fick där omgående hembesök av läkare som misstänkte kliniskt Wernickes encephalopati pga. bekräftade uppgifter avseende tidigare stor alkoholkonsumtion och akut insjuknande där patienten hade varit kognitivt intakt en månad tidigare. Patienten remitterades till sjukhus för behandling med tiamininjektioner.

Några av de bakomliggande orsakerna som framkom är: bristfällig journaldokumentation och avsaknad av differentialdiagnostik utifrån oklart förvirringstillstånd samt bristfällig kommunikation med närstående. De viktigaste åtgärdsförslagen som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna är bl.a. att närstående ska göras delaktiga i vården och att dokumentationen måste förbättras.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsbeskrivning.....	4
1.2	Händelsen inträffade.....	4
1.3	Händelsen uppmärksammades.....	4
1.4	Händelsen rapporterades.....	4
1.5	Uppdragsgivare.....	4
1.6	Uppdrags- och startdatum.....	4
1.7	Återföringsdatum.....	4
1.8	Diarienummer.....	4
2	Deltagare i analysteam.....	4
3	Metodik.....	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp.....	5
4.2	Bakomliggande orsaker.....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader.....	8
4.5	Konsekvens för patienten.....	8
4.6	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång.....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.1.1	Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda.....	9
6.2	Återkoppling/spridning.....	9
6.3	Uppföljning.....	9
6.3.1	Ansvarig för uppföljning.....	10
7	Ordförklaringar.....	10
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

1.1 Uppdragsbeskrivning

Syftet med händelseanalysen är att göra en systematisk genomgång av händelsen för att finna brister i systemet och lägga fram åtgärdsförslag som förhindrar att liknande händelser inträffar igen.

1.2 Händelsen inträffade

2018-08-15

1.3 Händelsen uppmärksammades

2018-09-10

1.4 Händelsen rapporterades

2018-09-10

1.5 Uppdragsgivare

Verksamhetschef, Primärvård

1.6 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-09-14

1.7 Återföringsdatum

2019-01-28

1.8 Diarienummer

RS/1613/2018

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Vice analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare
Analysteammedlem / Läkare

Enhet

Patientsäkerhet
Primärvård
Område Primärvård
Hjärta neurologi och rehabilitering

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med närstående

- Litteratur/artiklar/rapporter
- Journalhandlingar
- Kunskapsbanken

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

180815

Närstående till patienten, som är boende på annan ort, gör en orosanmälan till kommunen.

1.

180815

Patienten inkommer till hälsocentralen med socialsekreterare pga. oklart förvirringstillstånd. Träffar läkare 1 som bedömer att patienten ej är aktuell för remiss till psykiatri men ordinerar viss provtagning. Läkare 1 vill avvakta provsvar för fortsatt handläggning. Patienten får plats på kommunal korttidsvårdplats (NÄVA) över natten. I läkardokumentationen saknas aktuell dokumentation kring patientens tidigare o aktuella alkoholvanor. Närstående tillfrågas inte om patientens tidigare alkoholvanor då denne bara har kommunikation med biståndshandläggare. Det är en bristfällig bedömning av sjukdomstillstånd med avsaknad av dokumentation kring differentialdiagnostik och grad av akut insjuknande.

2.

180815–180820

Under denna tid vistas patienten på kommunal korttidsvårdplats utan biståndsbeslut. Biståndshandläggare har kontakt med avdelningen vid några tillfällen. I den kommunala dokumentationen kan man se att patienten klagat över smärtor i kroppen under vistelsen.

Den 17/8 tar personalen på korttidsvården kontakt med läkare 1 utifrån de avvikande provsvar som är tagna 15/8 men från denna kontakt saknas läkardokumentation. Den dokumentation som finns är gjord av sjuksköterskorna på korttidsavdelningen. Provsvarerna visar i stort sätt normala värden förutom högt B12.

3.

180820

Rond genomförs med läkare 2 då patienten har fått en tilltagande förvirring. Enligt sjuksköterskedokumentation görs en neurologisk undersökning som är utan anmärkning. Läkare 2 skriver en remiss för CT skulle för att utesluta de vanligast förekommande orsakerna till förvirringstillstånd. Patienten skrivs in på regiondriven vårdplats (NÄVA). Det förs ingen dokumentation kring ytterligare differentialdiagnostik utifrån oklart förvirringstillstånd.

4.

180821

CT skulle genomföras vid akutsjukhus 10 mil från vårdplatsen. Röntgen visar inte någon färsk blödning eller ischemi (syrebrist). Patienten återgår till NÄVA men det finns ingen dokumentation kring ytterligare differentialdiagnostik utifrån patientens oklara förvirringstillstånd.

5.

180822

Patienten har fått svullna ben sedan gårdagen men har ingen feber. Hen får träffa läkare 3 som skickar remiss till medicinakuten vid akutsjukhuset för bedömning och fortsatt utredning för att utesluta djup ventrombos (DVT).

6.

180822 ca kl. 20.30

Besök på akutmottagning där patienten träffar läkare 4 och 5. Dokumentation finns nu för första gången kring tidigare etylmissbruk och storrökare. Patienten har några avvikande provsvar. Ultraljud av benen ska genomföras men patienten och medföljare behöver avvika för att ta sig hem (10 mil) återgår därför till NÄVA för att återkomma nästföljande dag för undersökning.

7.

180823

Patienten är åter på röntgen och u-ljud genomförs och inga djupa ventromboser hittas. Patienten träffar läkare 6 och får rekommendation av denne att använda stödstrumpor och ska ta vätskedrivande läkemedel en kortare period. Återvänder hem till NÄVA. Det finns ingen dokumentation från besöket på akutmottagningen kring ytterligare differentialdiagnostik utifrån oklart förvirringstillstånd. Den fortsatta uppföljningen ska ske via den ineliggande plats som patienten har.

8.

180824

Rond på NÄVA med läkare 3, där läkardokumentation från rondan saknas. Det finns enbart rondanteckning från sjuksköterska. I dokumentationen står att läkare 3 ändrar tidigare ordination av läkemedel samt ordinerar nya prover och man fullföljer rekommendationen från akutmottagning. Det finns ingen dokumentation kring ytterligare differentialdiagnostik utifrån det oklara förvirringstillståndet. Informationen om tidigare alkoholvanor beaktas inte och aktuell information efterforskas inte.

9.

180824 - 180829

Under denna period rondas patienten den 27/8, 28/8 och 29/8 av läkare 7 men det saknas läkardokumentation från ronderna och ingen dokumentation finns kring ev. differentialdiagnostik utifrån oklart förvirringstillstånd. Enbart dokumentation av sjuksköterskorna kring patientens bensmärta. Enligt sjuksköterskedokumentation genomförs en demenstest men kunde inte genomföras i sin helhet pga. språksvårigheter. Under denna period beaktas inte tidigare alkoholvanor och ingen aktuell information efterforskas.

10.

180829 efter 17.00

Enligt sjuksköterskedokumentation görs en telefonkonsultation med jourläkare 8 då patienten har ont i sina ben vid beröring. Enligt sjuksköterskedokumentation ordinerar läkare 8 T. Morfin samt att vätskedrivande läkemedel ska ökas och att detta ska tas upp på rondan nästa dag. Det saknas läkardokumentation från telefonkonsultationen.

11.

180830 + 180831

Sittrond med läkare 7 med fokus på smärtorna i benen. Patientens smärtor har dock blivit bättre efter insättande av Morfintabletter. Det finns fortfarande ingen klar diagnos men rosfeber utesluts, mer prover ordinerar. Läkardokumentation saknas för sittronden 31/8 men det blir ingen åtgärd efter provsvar men Morfin skrivs in på läkemedelslistan.

12.

180902

Enligt sjuksköterskedokumentation på NÄVA hittas flera medicinkoppar bakom en gardin på patientrummet. Det kan konstateras att det inte har gjorts någon kontroll av att patienten verkligen tar sin medicin. Enligt dokumentationen är patienten mycket förvirrad under kvällen och klagar över ont i huvudet, får Alvedon.

13.

180903 - 180904

Under dessa dagar får patienten omvårdnad av sina ben men är fortsatt desorienterad och patienten påtalar och pekar på huvudet att "något inte stämmer" för att hen är inte som vanligt. Närstående ringer avdelningen 3/9 och är orolig då patienten bara pratar om det gamla och om anhöriga som avlidit för något år sedan. Vårdplanering genomförs 4/9 med biståndshandläggare och närstående (via telefon). Det beslutas om att patienten ska få plats på särskilt boende. Men det planeras inte för fortsatt medicinsk utredning av patientens förvirringstillstånd vid utskrivningen.

14.

180905

Patienten får flytta till särskilt boende.

15.

180907

Hembesök genomförs av läkare 9. Denne misstänker Werinicke Korsakows demens. Enlig dokumentation av läkare 9 är patienten kronisk alkoholist. Läkare 9 kontaktar närstående som bekräftar tidigare stor alkoholkonsumtion och det akuta insjuknandet. Enligt dokumentationen från läkare 9 har patienten varit helt kognitivt intakt för en mån sedan. Läkare 9 bedömer att patienten behöver Tiamininjektioner vilket inte kan ges på boendet varför patienten skickas in till akutsjukhus.

16.

Patient får med undvikbar fördröjning diagnos och behandling en Wernickes encefalopati.

4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: *Teknik, utrustning & apparatur.*

Kommunikation & information

- Bristfällig kommunikation med närstående
- Patientens egen upplevelse tas inte tillvara

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Bristfällig journaldokumentation
- Författningen kring administration av läkemedel har inte följts

Utbildning & kompetens

- Bristfällig handläggning av differentialdiagnostiska överväganden vid förvirringstillstånd.
- Patienten handläggs inte på adekvat vårdnivå.

Omgivning & organisation

- Beslut att skriva biståndsbeslut ligger hos kommun

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd funna.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inte beräknade.

4.5 Konsekvens för patienten

Patient med akut oklart förvirringstillstånd orsakat av Wernickes encephalopati där primär handläggning sker på fel vårdnivå och där adekvat diagnostik och behandling fördröjs. Det har medfört att patienten har bestående allvarliga hjärnskador pga. för sent insatt behandling.

4.6 Åtgärdsförslag

- Båda vårdgivarna ska säkerställa att ansvaret vid läkemedelsadministration efterlevs
- Genomgång av aktuellt fall och återkommande diskussion om komplexa patientfall i olika yrkesgrupper och tvärprofessionella team för ett lärande och uppmärksamma risken för diagnostiska fel.
- Patienten och/eller dennes närstående, när patienten är oförmögen eller patienten så önskar, ska göras delaktig i vård och behandling
- Stärka närståendes delaktighet
- Tydliggöra gränsdragning mellan huvudmän vid närvårdsavdelning med såväl kommunala som landstingsdrivna vårdplatser
- Vårdgivaren ska säkerställa att dokumentationsskyldigheten för legitimerad personal efterlevs

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	12
SUMMA	37

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Alla föreslagna åtgärder kommer att genomföras kommer att vidtas enligt tidsplan i handlingsplan.

6.1.1 Ansvarig för åtgärder samt när dessa ska vara genomförda

Åtgärderna ska påbörjas snarast och genomföras under våren 2019. Ansvariga för att vidta samtliga åtgärder är Närvårdsområdes-/verksamhetschef, verksamhetschef SoL och HSL berörd kommun, Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) och enhetschef NÄVA.

Information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal

Involverad personal är informerad om händelsen och de har lämnat yttrande eller intervjuats kring sin del av händelsen. När analysen av händelsen är klar kommer berörd personal att ta del av utredningen och åtgärder som ska vidtas.

6.2 Återkoppling/spridning

I möten har arbete med genomförande av händelseanalys delgivits. Händelseanalys delges involverade och handlingsplan. På APT har händelseanalys informerats om. Patient och närstående informeras om hur vi går vidare.

6.3 Uppföljning

I handlingsplan beskrivs åtgärdsförslag, ansvarig för beslut och åtgärder samt tidsplan för genomförande. Effekt av åtgärder och hur effekt av åtgärder ska följas upp utifrån tidsplan och ansvarig.

6.3.1 Ansvarig för uppföljning

Ansvarig för att handlingsplanens genomförande är Närvårdsområdes-/verksamhetschef.

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

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf