

Kunskapsbanksnummer: KB9761373

Datum: 2019-09-17

Händelseanalys

Intermittenta bortfall symptom

Mars 2019

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Analysteamet har fått i uppdrag att genomföra en händelseanalys. Syftet är att finna om händelsen var undvikbar och om i så fall finna orsakerna och ge konkreta förslag så att händelsen inte ska upprepas.

En patient söker akutmottagningen med symptom på domningar, bortfall och problem att läsa. Symptomen kommer och går och har pågått i två dagar.

Läkaren utför en grundlig neurologisk undersökning och kan inte finna något avvikande i status. Patienten får gå hem med rekommendationen att söka åter vid kvarvarande eller fortsatta besvär. Två dygn senare söker patienten på nytt och nu med kvarvarande afasi. Patienten förs till sjukhusenhet för trombektomi.

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

Vi har fått i uppdrag av verksamhetschefen att utreda om händelsen var undvikbar och hitta de bakomliggande orsakerna och komma fram med konkreta åtgärdsförslag för att förhindra liknande händelser.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-04-08

Startdatum: 2019-04-24

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum 2019-09-17

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Undersköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Dok.ansvarig / Vårdadministratör	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från;

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Intervju med patient
- Intervju med personal
- Riktlinjer och rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patienten, som tidigare var relativt frisk, söker akut och beskriver intermittenta symptom av domningar, sluddrigt tal samt svårigheter att läsa och skriva. Patienten beskriver att samtliga symptom lindras i liggande ställning.

Patienten triageras och SSK 1 prioriterar patienten gul enligt ESS 12. Vitalparametrar är utan anmärkning, men patienten beskriver domningar, sluddrigt tal och yrsel som har kommit och gått under 2 dagars tid.

Under väntan på läkarbedömning genomförs tillsyn av patienten vid ett flertal tillfällen och inget nytt framkommer.

Läkare 1 genomför en grundlig neurologisk undersökning, som tydligt dokumenteras, och finner inget avvikande. Patienten är nu helt symptomfri och läkare 1 bedömer att ingen stroke eller TIA föreligger då neurologstatus på akuten är utan anmärkning samtidigt som patienten uppger att hen upplever symptom i form av högersidig svaghet just då. Detta faktum blir avgörande för läkaren i bedömningen av symptomen - "inga hållpunkter för central genes" fastställs därmed och patienten får gå hem.

Efter ytterligare två dygn söker patienten åter och har då en manifest afasi.

Läkare 2 kontaktar genast trombolys-jour på annan sjukhusenhet och patienten överförs snabbt med ambulans. På röntgen-avdelningen utförs en angiografi och man finner en propp i hjärnan varefter patienten får genomgå en trombektomi.

Efter en veckas vård återgår patienten till hemmet med vissa språksvårigheter och trötthet. P.Vid intervju uppger patienten att hen nu genomgått rehab och är åter i heltidsarbetet. Upplever endast diskreta kvarvarande symptom i talet och hjärntröttheten är på inga sätt uttalad.

4.2 Bakomliggande orsaker

Utbildning & kompetens

Bristande erfarenhet och kompetens när det gäller bedömning av neurologiska bortfall påverkade bedömningen. Tjänstgörande underläkare var inte legitimerad vid tidpunkten. Möjligheten att konsultera senior kollega fanns men Läkare 1 ansåg att det inte förelåg behov av konsultation. I intervju med läkaren efteråt framför hen ett moget resonemang kring handläggningen och det står klart att hen inser vari felbedömningen består och konsekvenserna av den felaktiga handläggningen. Hen har pratat med mer erfarna strokeläkare för att gå igenom fallet och har lärt sig väldigt mycket om stroke/TIA i samband med det här fallet och risken att hen skulle göra samma fel igen (fria från stroke-/TIA-misstanke baserat på frånvaro av för stunden objektiva fynd) får anses vara mycket låg.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande kännedom om akutens riktlinjer vid hög belastning.

Kommunikation & information

Har beaktats

Omgivning & organisation

Har beaktats

Teknik, utrustning & riktlinjer

Har beaktats

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Patienten blir felaktigt prioriterad gul. Enligt Retts ger intermittenta bortfalls symptom orange prioritet.

SSK1 har bristande kunskaper rörande vikten av just intermittenta bortfallssymptom

Vid ytterligare kontroll i personalgruppen uppmärksammas att flera av sjuksköterskorna inte förstår just ordet "intermittent" och dess betydelse.

För just detta ärende hade prioriteringen gul i stället för orange ingen betydelse då hen inte försämrades innan läkarbedömningen.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknade

4.5 Åtgärdsförslag

Fortlöpande och förstärkt introutbildning samt bredvid-gång för nya läkare på akutmottagningen

Pågående förbättringsprojekt i medicinutbildningen för underläkare med fokus på akutsjukvård.

Lyfta vikten av att tala med senior kollega.

Diskussion i arbetsgruppen av vikten av att förstå och inse betydelsen av de texter som finns i våra rutiner och direktiv. I avsaknad av kunskap måste kollega tillfrågas.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	7
För analysteam	12
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	22

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är rimliga och har redan påbörjats. Vikten av att tala med senior kollega kan inte nog betonas. Det är något vi betonat på olika möten i verksamheten och ser anledning att fortsätta propagera för – ”diskutera med ledningsläkare på Akuten och ring din bakjour!”

6.2 Återkoppling

Händelsen har redan diskuterats med berörd personal på Avdelningen. Nu kommer Händelseanalysen att återföras till hela personalgruppen på berörd enhet.

6.3 Uppföljning

Åtgärdsförslagen har redan påbörjats. Uppföljning sker på berörd enhet men också på verksamhetsnivå genom patientsäkerhetsdiskussioner, M&M-konferenser och internutbildningar.

Vårt kvalitetsombud på akutmottagningen följer regelbundet upp de nya avvikelser som inträffar och tar särskild vikt vid de som ev påminner om tidigare ärenden för att säkerställa att åtgärderna varit adekvata. Vi träffas var 14:e dag för att diskutera patientsäkerhetsarbete. Vårt kvalitetsombud har även regelbundet möten med cheferna på Akutmottagningen och alltid en stående punkt på APT om aktuella frågor kring patientsäkerhet.

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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf