

Kunskapsbanksnummer: KB9808839

Datum: 2018-09-11

## **Händelseanalys**

**Försenad diagnos av kardiell synkope**

April 2018

Analysledare:

Christina Furhammar och  
Södra Älvsborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Utredningen beskriver en 80-årig hjärtsjuk, men vital patients besök på Akutmottagningen. Patienten söker akut i sällskap av sina anhöriga då patienten svimmat i samband med måltid i hemmet. Diagnos kardiell synkope missas, svimningen tolkas som ett blodtrycksfall och patienten får lov att gå hem. Sex dagar senare svimmar patienten på nytt, denna gång i samband med bilkörning och återkommer akut till sjukhuset.

Vid återkomst till sjukhuset upptäcks pauser i hjärtrytmen, patienten blir inlagd för övervakning av hjärtrytm och ställningstagande till pacemaker. Under vårdtillfället faller patienten olyckligt i samband med en paus i hjärtrytmen vid ett oövervakat toalettbesök och ådrar sig en hjärnblödning. Detta händelseförlopp utreds i separat händelseanalys.

Händelsen på Akutmottagningen är anmäld enligt Lex Maria och grundar sig på närståendes anmälan till IVO. Verksamheten var innan anmälan till IVO inte medveten om händelsen. Anhöriga har medverkat i utredningen men patienten har valt att avstå.

### Analysresultat:

Analysen finner att gällande dokument kring handläggning av oklar synkope inte är implementerade och kända i verksamheten. Diagnos ställs utifrån ett felaktigt bedömt ortostatiskt test och en bristfälligt journalförd anamnes. Även brister i kommunikationsöverföringen mellan personal och anhöriga bidrar till att diagnosen kvarstår då informationen om att patienten svimmat på nytt liggandes på båren på Akutmottagningen inte värderas. Diagnosen blodtrycksfall kvarstår, därav tas ingen diskussion om bilkörning, patienten skrivs hem.

### Bakomliggande orsaker:

Har identifieras inom följande områden: Procedurer/Rutiner & riktlinjer, Omgivning & Organisation, Utbildning & Kompetens, Kommunikation & information

### Förbättringsåtgärder:

Analysteamet har föreslagit åtgärder för att säkerställa att rätt diagnos ska kunna ställas genom att gällande dokument blir kända inom verksamheten. Förslag att skapa och implementera ett beslutstöd vid diagnostisering av oklar synkope ges. Analysteamet har även lämnat förbättringsförslag gällande utbildning och kommunikation.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam.....	5
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	Åtgärdsförslag.....	8
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling .....	10
6.3	Uppföljning .....	10
7	Ordförklaringar .....	11
8	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

Analysteamets uppdrag är att identifiera bakomliggande orsaker och utarbeta åtgärds- och uppföljningsförslag i syfte att förhindra att liknande händelser upprepas.

Uppdragsgivaren önskar en analys av hur vi, ur ett systemperspektiv, kan undvika att diagnostisering av kardiell synkope uteblir.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Akutklinik  
Södra Älvsborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Händelsedatum: 2018-04-03

Avvikelseregistrering: 2018-05-15

Uppdragsdatum: 2018-05-21

Startdatum: 2018-05-21

### 1.3 Återföringsdatum

2018-09-11

Anledning till utdragen tid från startdatum till återrapportering är att analysen pågått under semesterperiod.

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll/titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare/Vårdadministratör	Södra Älvsborgs Sjukhus
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik
Vice analysledare/Sjuksköterska	Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik
Analysteammedlem/Läkare	Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik
Analysteammedlem/Undersköterska	Södra Älvsborgs Sjukhus/Medicinklinik

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Skriftlig redogörelse från närstående
- Intervju med expert/sakkunnig
- Riktlinjer/rutiner

Patienten har erbjudits med avböjt intervju och involvering i händelseanalysen.

Närstående har beskrivit sin upplevelse av händelsen dels i skrift men även i samband med intervju. De har även givits möjlighet att komma med förbättringsförslag som analysteamet beaktat i sina åtgärdsförslag.

## 4 Resultat

Händelseförloppet är återgivet med avidentifiering av berörda och anses av analysteamet att vara, objektiv, faktabaserad och neutral.

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

**180403 Kl. 15:40**

**80-årig vital patient med förmaksflimmer, waranbehandling, bicuspid aortaklaffvitium med måttlig stenos och insufficiens inkommer till akutmottagningen efter att ha svimmat av under ca 30 sekunder i samband med måltid hemma. Dagen innan haft en episod med yrsel och svettning som varade i 2-3 minuter. I ambulansjournal finns dokumenterat att patient haft förkänningar innan avsvimning**

1.

Kl. 15:45

Läkaren tar anamnes och undersöker patienten. Finner en oregelbunden hjärtrytm och systoliskt blåsljud över precordiet. EKG visar förmaksflimmer 80 slag/minut. Inga tecken till akut syrebrist i hjärtat. Normala vitala parametrar och neurologstatus utan anmärkning. Remiss för skiktröntgen av hjärnan skrivs.

---

**Felhändelse:** Bristfälligt journalförd anamnes. Patientens upplevelse av svimning ej dokumenterad samt eventuellt tidigare svimningsanfall.

2.

Kl. 17:15

Patienten genomgår skiktröntgen av hjärnan. Inga tecken till blödning eller infarkt.

3.

Kl. 18:42

Ortostatiskt test genomförs under 7 min.  
Tillståndet tolkas som svimning orsakad av blodtrycksfall.

---

**Felhändelse:** Felaktigt bedömt ortostatiskt test.

4.

Hjärtövervakning kopplas bort.

5.

Patienten svimmar igen, liggandes på båren. Endast närstående närvarande inne på rummet. Dottern kallar på sjuksköterskan och läkaren informeras när hen kommer in på rummet.

---

**Felhändelse:** Diagnosen blodtrycksfall kvarstår. Ingen diskussion om bilkörning görs och patienten skrivs hem. Får rådet att äta och dricka ordentligt.

#### **6 dagar senare**

**Patienten kommer åter till akutmottagningen efter trafikolycka, där hen svimmat vid ratten och kört i diket.**

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Teamet har beaktat alla orsaksområden i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

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

### **Kommunikation & information**

- Avsaknad av återspeglning i dialogen då olika uppfattningar finns kring vad som kommunicerades i situationen.
- Gällande dokument är inte implementerade och kända i verksamheten
- Transportstyrelsens rekommendationer gällande bilkörning vid hjärtsjukdom är svåra att tyda.

### **Omgivning & organisation**

- En arbetsmiljö med hög belastning ökar risken för att kommunikationen brister. Detta ställer högre krav på fungerande arbetssätt, samarbete och öppenhet.

### **Utbildning & kompetens**

- Medicin är en komplex verksamhet med många underliggande specialiteter. Risk att det finns område som man sällan stöter på
- När flera personer är involverade i teamet runt patienten behöver alla känna till vilka varningssignaler man bör reagera på och kommunicera kring

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

- Kriterier för bedömning av test saknas i dokumentationsmallar

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

**Följande bifynd har identifieras och ses som patientsäkerhetsrisker och bör omhändertas av verksamheten:**

- Dokumentation av mätvärden under patientens vistelse på akuten saknas.

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Analysteamet har inte gjort någon beräkning på kvalitetsbristkostnader

### 4.5 Åtgärdsförslag

**Åtgärdsförslagen som analysteamet föreslår är konkreta och realistiska och riktar sig mot de bakomliggande orsakerna. Analysteamet föreslår följande åtgärdsförslag**

**Mycket effektiva åtgärder:**

- Implementera och gör verktyg från processriktlinje kända inom verksamheten

**Effektiva åtgärder:**

- Skapa arbetsmiljö med större möjlighet att fokusera på en patient i taget
- Skapa och implementera ett beslutstöd vid diagnostisering av oklar synkope? t.ex. baserat på det som finns i "Up-to-date"
- Säkerställ en kultur där alla professioners information om patienten tas till vara
- Säkerställ kompetens så att alla medarbetare känner till och reagerar på varningssignaler som t.ex. att svimma liggandes vid oklar synkop?
- Uppdatera mall för ortostatiskt test i journalsystem, enligt gällande evidens. Ange bedömningskriterier utifrån hjärthandboken i mall och dokument.
- Säkerställ att verktyg för hur vi återkopplar och säkrar upp kommunikation blir kända och används, t.ex. "Förstå mig rätt"

**Begränsat effektiva åtgärder:**

- Regelbunden kompetensutveckling för all personal på akutmottagningen.



- Se över eventuellt behov av förändrade restriktioner till hjärtpatienter utifrån Transportstyrelsens rekommendationer.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	35
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	52

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Uppdragsgivaren har beslutat att anta samtliga, i analysen föreslagna åtgärder vilka bedöms vara realistiska och konkreta med 3 undantag. Detta föranlett av att två av dem ägs av processledning och den tredje inte bedöms vara konkret eller realistisk.

Uppdragsgivaren åtar sig därutöver att återkoppla analysens resultat till involverade medarbetare, verksamheter och närstående. Vidare kommer åtgärder att delegeras för genomförande till berörda personer i verksamheten.

Se bilaga 2, Handlingsplan.

En sammanfattning kommer att publiceras på klinikens interna hemsida samt i Nitha:s kunskapsbank.

### 6.2 Återkoppling

Resultatet av händelseanalysen och planerade åtgärder i handlingsplanen kommer att redovisas av berörda chefer på arbetsplatsträffar och i samband med utbildningsdagar för att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet. Närstående erbjuds personlig återkoppling av utredningens resultat.

### 6.3 Uppföljning

Tillsammans med berörda chefer och kommer handlingsplanens åtgärder att följas upp inom 3 och 6 månader, på angivet sätt.

Se bilaga 2, handlingsplan

## 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
Bicuspid aortaklaffvitium	Medfött hjärtfel där aortaklaffen har två klaffblad istället för tre
EKG	Elektrokardiogram. Görs för att undersöka hjärtats elektriska aktivitet
Förmaksflimmer	När hjärtat inte följer normal rytm utan slår oregelbundet och ofta även snabbare. Hjärtat arbetare hårdare, men betydligt mindre effektivt
Stenos	Förträngning av kanal eller mynning
Insufficiens	Otillräcklig funktion
Systoliskt blåsljud	När blåsljud inträffar mellan den första och andra hjärttonen. Kan vara ett tecken på förträngningar eller otillräcklig funktion i hjärtklaff.
Precordiet	Området över hjärtat på framsidan av bröstkorgen
Vitala parametrar	Mätvärden för bedömning av andning, cirkulation och medvetande
Synkope	Svimning
Waran	Blodförtunnande läkemedel
Hjärthandbok	Sjukhusövergripande handbok för vård av hjärtsjuka patienter (se bilaga)
Neurologstatus	Undersökningar som görs för att upptäcka tecken på sjukdomar i nervsystemet
Ortostatiskt test	Kontroll av eventuellt sjunkande blodtryck stående
Implementera	Genomföra och ge praktisk möjlighet
Förstå-mig -rätt	En samtalsmetod för ökad patientsäkerhet framtaget av kunskapscentrum för jämlik vård i Västra Götalands region
UpToDate	Kliniskt beslutstöd baserad på evidens

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan

Bilaga 3: Avsnitt ur Hjärthandbok

Bilaga 4: Processriktlinje

Bilaga 5: Checklista

Bilaga 6: Standardvårdplan