

KB9844882

2018- 09- 17

2018- 09- 19 ca kl.8.00

kl 9.10

ca 13- 14 -

kl 16.35 - kl 19.40

kl 19.40 - 21.45

kl 21.50

Tidigare: Multisjuk äldre men för åldern aktiv person.

Söker HC för relativt akuta ryggbesvär av okänd genes och långdragna besvär med lättutlöst andfåddhet. Bedöms som kotkompressioner, inget känt trauma. Tradolan byts till morfin. Laxermedel skrivs ut som pat ej tar. Planerad uppföljning två dagar senare.

1. Ambulans larmas från hemmet pga förvärrade buk och ryggsmärtor. Prio 2 ut och in.

Läkarstöd kontaktas från ambulans x2 pga misstanke aorta, Ekg skickas in.

Läkstöd bedömer det ej som trolig aorta men ber dem ändå komma till akutmottagning (AM) sjukhus (sjh)1 för bedömning trots att inte kirurgjour finns där.

2. Ambulans ankommer till AM sjh1. Läk1 medicin ordinerar röntgen. DT BOS (kl 11.00) visar förstoppning.

Pat flyttas från medicin till Familjeläkarjouren (Flj) på sjh1, efter samråd medicinläk 2 + dagbakjour och nattjour.

Klyx ges på Flj 12.00 med god effekt. Smärtor i rygg och ben kvarstår.

3. Pat och hustru beskriver för Läk3 (Flj) att pat ej klarar sig i hemmet. Pat är väsentligen opåverkad sittande enligt läkarant. Enligt anhörig påverkat a.t, ont buk och i kraftigt svullna ben/ fötter. Kan ej stå på benen. Subfebril. CRP 88.

Läk 3 bedömer att pat behöver läggas in. Dialog med Läk2 om inläggning som friar internmedicinskt och rekommenderar remiss till kirurg eller ortoped. Läk3 skriver remiss till ortopedjour som finns på sjh 2 där akutkirurgi/ ortopedi finns (10 mil bort).

SETT MED FACIT I HAND: Diagnostiskt misstag - leder till undvikbar? transport till sjukhus 2 för bedömning av icke traumatiska ryggbesvär med högt CRP och T 38,4 innan avfärd.

4. Sjuktransport flerbårsbil liggande avgår från sjh 1 till sjh2. Får paracetamol innan avfärd. Patienten upplever den ca 3 tim långa resan resan som mycket jobbig, helt slut, ont när det "guppade" under resan.

5. Läk 4 Ort (ul) us och bedömer att ingen ytterligare åtgärd behövs då "inget trauma misstänks". Får ny diagnos=gikt. Läk4 ant: Pat kan mobiliseras på akuten, lite vinglig pga smärta i fot. Erbjuds stanna kvar i gipsrummet då det ej finns platser på avdelning, men pat. väljer åka hem.

Vårdtid AM sjh 2 totalt 3 tim

Med facit i hand, vad gick fel: Diagnostiskt misstag. Pat blev ej inlagd på sjukhus för observation och omvårdnad trots att det i remissen står inläggningsfall.

6. Åter hemmet med sjukresa sittande i taxi kl 21.45 - ankomst hemmet ca 23. pat mycket medtagen, anhöriga och taxichaufför får halvt bära in honom via små trappor.

Det saknas (dokumenterade) differentialdiagnoser

Det saknas (dokumenterade) differentialdiagnoser

Helhetsperspektiv på patientens situation, behov, status ej uppmärksammat och kommunicerat optimalt

Pat säger själv att han kan klara sig hemma".

Ingen anhörig är på plats att informera hur hem-situationen varit sista tiden.

Patienten mycket trött, ej ätit bra på flera dagar, inget under dagen...vill bara hem. Känns (enligt anhörig) troligen tryggare att få komma hem.

Förlitar sig på vårdpersonalen säger. De hittar inget mer "fel" än gikt...då är det väl så.

Läk1 dokumenterar ryggbesvär pga en båtolycka trots att ingen olycka har skett enl pat och anteckningar i PMO två dagar tidigare. Oklart vad som sagts vid konsultation med övriga läkare

Läkarna bedömer att det är rätt beslut att konsultera kirurgisk specialitet trots högt CRP och temp

Teknik, utrustning & apparatur

1. Svårt idag att se helheten i dokumentation av vården pga olika journaler primärvård/ slutenvård (samt pappersjournal på akutmottagning och i ambulans)

Utbildning & kompetens + Kommunikation & information

2. I litteraturen diskuteras tre olika huvudorsaker till diagnostiska misstag/ fel: systemorsaker, kognitiva fel och kunskapsbrister (Referens SKL webbsida) Exempel kognitiva orsaker: a) hålla fast vid en primärdiagnos och inte ta hänsyn till alternativa diagnoser b) överta någon annans tänkande vid överlämningar, eller låta den diagnos som ligger närmast i tanken styra hur man tar upp sjukhistoria eller undersöker patienten

Omgivning & organisation

3. Hög belägningsgrad - hårda kriterier för inläggning. Få vårdplatser med rätt kompetens för resp. patients behov

Omgivning & organisation

4. Obalans mellan effektivitet och säkerhet, bristande riskmedvetenhet relaterat till kultur och produktionskrav.

Finns en viss kultur till "stuprörstänk", "det är inte vår patient", "det är bra, man är duktig när man håller undan" "värnar om våra vårdplatser"

Omgivning & organisation

5. Systematisk uppföljning av tidigare inträffade liknande händelser saknas.

Utifrån uppsatta patientlöften och målområdena "På rätt sätt" och "för varje individ"

I väntan på nytt Vårdinformationssystem - säkerställa behörighet och arbetssätt för läkare att ta del av PMO anteckningar även inom slutenvården

Översyn rutiner och eventuella nya arbetssätt för akut och ortoped mellan sjukhus 1 och 2. Ex: remitterande läkare alltid ringa läkare på mottagande sjukhus innan patient skickas

Ta fram utbildnings/ informations material riktat till läkare om kända risker/ orsaker till diagnostiska misstag. Ansvariga chefläkargruppen.

Referens: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/diagnostiskafel.13824.html>

Skapa vårdplatser på sjh2 med kompetens att vårda äldre patienter med inläggningsbehov r/ t icke fastställd diagnos alt. fler medicinska eller omvårdnadsbehov

Genomföra FRAM analys Exempel på frågeställningar: Vad styr inläggning av pat från AM? tillgång till vårdplatser eller patientens behov?

"Work as done vs work as imagin"

Säkerställa rutiner för uppföljning OM hemskrivning från AM när remittent skriver inläggningsfall.

Säkerställa utskrivning/ trygg hemgång för alla patienter

Främja god patientsäkerhetskultur och möjlighet till bra lärande mellan läkarVECar på sjh1 och sjh2.

Ex regelbundna dialogforum där bl a inträffade avvikelser tas upp

Identifiera förbättrings- arbeten för att säkerställa omvårdnads- behov på akutmott

Utveckla arbetsätt/ forum för övergripande uppföljning av inkomna avvikelser mellan vårdgivare inom regionen

2018- 09- 20 kl 23.15 ca - 03.10 kl 03.30 kl 04.00 - kl 05.05 kl 6.25 - ca 11.30 kl 13.40 ca - ca kl 14.30 ca 15.30 ca kl 16

7. Pat sover inget/ minimalt hemma, har buksmärta, feber, andnöd. Larmar ambulans kl 03.10 då han försämras ytterligare. Prio 1

8. Ambulans ankomst hemmet - Ambssk1 bedömer pat dålig, septisk, NEWS 9. Kontaktar läkarstöd. Skickar EKG. Förbättras något av O2 + iv vätska i amb.

9. Avlämning AM sjh 1 med akut septiskt tillstånd, buksmärta. Ambssk1 har "en känsla av att pat var dålig, sämre än han utger sig för" dröjer kvar på AM följer med till HIA.
Stabiliseras på HIA sjh1 skickas till sjh 2 där akutkirurgi finns och bedöms behövas (Läk 5). Kl 04.15 NEWS 8. Förbättras när temp sjunker av Perfalgan. Antibiotika ges. Ambulans prio 1 lämnar AM sjukhus 1 kl 5.05. Avlämning sjukhus 2 6.10. Resan "gick ok" enl Ambssk1
Se SETT MED FACIT I HAND
Se händelse 3 + Bakomliggande orsaker till den händelsen

10. Skrivs in på AM Gävle DT buk/ thorax ca 8.00 visar pneumoni. Friar buk. nyttikomna förtätningar lungor, CRP 140, blododling, nasopharynxodli ua (kl 12). Vitalparametrar (VP) försämras en period ca 9.00. Konsultar narkosläk, infläk, reumatolog. Får ytterligare antibiotika för pneumonin.

11. Överflyttas till medicin Skrivs in av Läk 7. Diagnos pneumoni, instabila VP, Artärgas uva.

12. Inläggning HIA efter ca 8 timmars vårdtid på akutmottagningen.. Ssk1 HIA träffar pat som är medtagen, syrgaskrävande, 15 l O2 saO2 90% Bltr>100 NEWS 6- 7 kl 13.30

13. Läk 8+9 beslutar om flytt tillbaka till hemsjh 1 under kvällen i ambulans, efter kontakt med medicin bakjour sjukhus1
Med facit i hand, vad gick fel:
1) utskrivning till hemsjukhus sker redan några timmar efter inläggning
2) patienten fick ingen mat eller glucosinf under hela dagen, ej dagen innan heller

14. Anhöriga lämnar HIA, reser hemåt. Är informerad om att flytt sker när patienten är stabil Anhöriga säger till om att de vill bli kontaktad före ev. flytt.

15. Beslut tas hastigt att pat ska åka flerbårsambulans. VP bedömdes som ok då 10l O2.
Med facit i hand: Utskrivningen sker mycket hastigt, tidigare än planerat

Hög belägningsgrad på HIA.
Läkare bedömer stabiliteten lite olika.
Läk 9 bedömer att pat ej har behov av att vårdas på HIA, ej har behov av inotropi, kan vårdas på vårdavd.

Flerbårs-ambulansen kommer förbi just då, frågar om någon ska med och beslut tas av "någon" att patient ska med den.

Kommunikation & information
6. Bristande rutiner för ansvar, vård och överflytt mellan sjukhus 1 och 2 (3)

Se över processer och uppdatera befintliga rutiner för samverkan enligt lagkrav i HSL.
Säkra informationsöverföring och ansvarsfördelning för patienter som remitteras till kirurgisk specialitet från sjh 1 till sjh 2 (3).

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
7. •Gällande ansvar utifrån politiskt beslut mellan sjukhus1 och 2 samt 3 bedriva medicinsk akutsjukvård men ej akutkirurgisk/ ortopedisk sjukvård på sjukhus 1.

Omgivning & organisation
4. Obalans mellan effektivitet och säkerhet, bristande riskmedvetenhet relaterat till kultur och produktionskrav.
Finns en viss kultur till "stuprörstänk", "det är inte vår patient", "det är bra, man är duktig när man håller undan" "vårnar om våra vårdplatser"

Främja god patientsäkerhetskultur och möjlighet till lärande genom ex: regelbunden uppföljning av inträffade avvikelser, dialogforum för läkare på sjh1 och sjh2.

Omgivning & organisation
8. Brist på vårdplatser med rätt kompetens för resp patients behov - hårda kriterier för inläggning.

Oftare utlysa ansträngt vårdplatsläge vid överbeläggningar som är känd risk för hot mot patientsäkerheten.

Skapa intermediärvårdsplatser på sjh2. För pat som ej behöver IVA vård men något mer övervakning

Utbildning & kompetens
9. Patientens behov ur ett helhetsperspektiv beaktas inte optimalt
Omvårdnads, nutritions behov ej åtgärdade optimalt

Vidta åtgärder för att
a) säkerställa god och basal omvårdnad
b) stärka en god patientsäkerhetskultur Ex genom dialogverktyget Säkerhetskulturtrappan

ca 16.10

ca 16.10

Tid för händelse

ca kl 16.10- 16.20

kl 17.30

Konsekvens av händelsen

16. Transport påbörjas med flerbårsamb till sjh 1

Med facit i hand, vad gick fel: Anhöriga kontaktas inte för besked om beslut om att flytta patienten och innan avfärd.

17. Patienten ringer själv upp dottern och berättar att han nu flyttar till sjh1

18. Dotter ringer direkt Ssk på HIA sjh1 och ber dem stoppa avfärden men får besked att patienten redan är på väg. Dotter ber om samtal med ansvarig läkare Läk.

Med facit i hand, vad gick fel: Ingen läkare ringder upp dottern

19. Ssk1 ringer HIA sjh1 meddelar att patienten är på väg samt ger kort rapport. En stund senare ringer hen igen till HIA och meddelar att pat. kommer via akutmott sjh1 vilket Läk8 informerat om efter beslut av bakjour sjh 1

20. Pat lämnas på AM sjukhus 1. Transporteras till

Fysiskt och psykiskt lidande för patient och anhöriga.
Minskat förtroende för vården. Inga kända irreversibla fysiska vårdskador.

Negativ påverkan på arbetsmiljön, onödiga kostnader för undvikbara åtgärder ex

Beskrivs att man inte hinner för att patienten skickas så fort eftersom ambulansen råkar finnas på plats och ska iväg.

Läk8 medicinjour har mycket att göra på AM. Beskriver att det finns en överneskommelse att det är kardiologens ansvar ringa anhöriga.

Bifynd: Transporteras till AM där diskussioner uppstår pga avlämningsadress. Amb besättningen går upp på HIA för avlämning och rapport. Läk 2 på AM skriver in på medavd. känner ej till att pat ska

Kommunikation & information

10. Patientens/ anhörigast rätt till delaktighet beaktas inte optimalt utifrån gällande lagstiftning

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

11. Otydliga eller ej kända rutiner för alla vilken läkare som har anhörigkontakt på HIA.

Kommunikation & information

Bristande rutiner för kommunikation vid överflytt mellan sjukhus

Säkerställa att ALLTID kontakt sker med anhöriga innan flytt av patient.

Tydliggöra ansvar och roller för patient/ anhöriginformation jourtid för berörda läkare och sjuksköt på HIA .

HIA sjh2 Kontakt med anhöriga ska ske med kardiolog

Se över och uppdatera rutiner för att säkra informationsöverföring och ansvar vid överflytt av patient mellan sjukhus



