

Datum: 2015-05-11

## Händelseanalys

**Postoperativ blödning efter operation som ledde till att patienten avled**

Oktober 2014

Analysledare:

Elisabeth Segerdahl

Neurosjukvården

Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Patienten inkommer efter att ha haft sprängande huvudvärk i två veckor. Remiss skrivs till CT hjärna (datortomografi av hjärnan) som visar en 18mm välvgränsad rund förändring med omgivande ödem. Patient och förälder informeras om förändringen. För fortsatt utredningen läggs patienten in omgående på neurologavdelning. CT thorax (datortomografi av bröstkorget) som genomförs visar oväntat en 2.5 cm stor tumör i höger lunga. På grund av den misstänkta tumören i lungan samråder neurokirurger med lung- och onkologläkare. Patient och anhöriga informeras om att man utöver förändringen i hjärnan även hittat en tumör i ena lungan.

Patient och anhörig får information om att förändringen i hjärnan är mest angelägen att operera omgående. Läkare informerar patient och anhöriga om operationen och den risk som finns för komplikationer såsom blödning, infektion, ödem, hydrocefalus och påverkan på facialisnerven. Patient och närstående upplevs införstådda om riskerna i samband med operationer av detta slag.

Två neurokirurger utför tillsammans operationen av förändringen i hjärnan, en Specialistläkare och en ST-läkare. Patienten vårdas efter operationen på vaksal på vårdavdelning. Bedömning görs av ansvariga läkare att patienten inte behöver övervakning längre utan kan flytta ut till vanlig vårdsal redan på morgonen. Beslutet tas eftersom patienten bedöms må bättre än andra patienter efter likartad operation. Flytten genomförs först strax efter lunch.

Under eftermiddagen görs flera kontroller, patienten har smärtor och får smärtstillande. Patienten bedöms fortfarande må efter omständigheterna väl och inga avvikande resultat konstateras. Eftersom patienten mådde illa ville denne inte äta mat då detta erbjöds, men drack flytande. Inga tecken på försämring sågs varken av sjuksköterska eller undersköterska. Senare uppger anhöriga att patienten åter har ont och att hen under en kort sekvens beskriver konstig synupplevelse. Inom kort, 15 minuter, görs därför utökat neurologstatus som är utan anmärkning. För säkerhets skull bestämmer sig sjuksköterskan för att diskutera med kollega, läsa mer i journalen och kontakta jouren. Medan sjuksköterskan gör detta ropar anhöriga och meddelar att patienten är blek och okontaktbar. Hjärt- lungräddning påbörjas, larmteam varslas och anländer direkt. Återupplivningsförsök görs och när patientens tillstånd är stabilt nog flyttas denne efter ca 45 minuter till CIVA.

Ny operation utförs och det konstateras med efterföljande datortomografi i princip helt igensvullna ventriklar. Vidare konstateras att patienten är hjärndöd. Beslut tas därför att inte utföra HLR och anhöriga informeras. Två dagar senare kopplas respirator bort och patienten konstateras avliden.

Analysteamet har inte funnit att något fel har begåtts som kan relateras till den postoperativa blödningen som ledde till att patienten avled. Analysteamet konstaterar även att det generellt är viktigt att inga missuppfattningar sker mellan läkare och patient/närstående avseende risker. I det här specifika fallet har läkare dokumenterat i journalen att man bedömer att patient och närstående har uppfattat informationen om riskerna i samband med ingreppet. För att förvissa sig om att anhöriga blir införstådda med den information som ska alltid tolk användas vid behov. I det här specifika fallet har inte tolk använts och vi kan i efterhand konstatera att det kanske hade varit en fördel om tolk hade anlåtts.

För att ytterligare förbättra sjukhusets information föreslår analysteamet att se över och uppdatera skriftlig information till patient och närstående samt att överväga om samtalsmetoden Teach Back eller ny rutin för uppföljande samtal kan minska risken för missförstånd avseende risker i samband med olika typer av ingrepp.

Som underlag för händelseanalysen har journaler granskats. Genomgång av litteratur och intervjuer med läkare och sjuksköterskor har genomförts. Även närståendes anmälan till IVO har lästs.

## 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 .....	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	6
4.3	Bifynd/ andra upptäckta risker.....	7
4.4	Åtgärdsförslag .....	7
5	Tidsåtgång .....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling .....	7
6.3	Uppföljning .....	8
7	Förklaringar på termer och begrepp .....	8
8	Bilagor.....	9
8.1	Analysgraf .....	9
8.2	Handlingsplan .....	10

## 1 Uppdrag

Neurosjukvårdens medicinskt ansvarige registrerade händelsen i sjukhusets system för avvikelshantering. Beslut fattades då av Verksamhetschefen att en händelseanalys skulle genomföras i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, rutiner som eventuellt brutit eller saknats. Analysgruppen skulle även föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Samtidigt som utredning pågår anmäler närstående händelsen till IVO som ett klagomål på vården av denne patient.

### 1.1 Uppdragsgivare

Goran Delic Verksamhetschef Neurosjukvården Område 6 SU/Sahlgrenska

### 1.2 Initierings- och startdatum

Initieringsdatum: 2014-12-02

Startdatum: 2015-01-14

### 1.3 Återföringsdatum

2015-05-11

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Neurosjukvården
Vice analysledare / Läkare	Neurosjukvården
Vice analysledare / Sjuksköterska	Neurosjukvården
Vice analysledare / Vårdadministratör	Neurosjukvården

## 3 Metodik

Följande källor har använts i analysen:

- Avvikelse rapport ur MedControl Pro Journalläsning i Melior och därefter diskussion i det tvärprofessionella teamet bestående av läkare och sjuksköterskor.
- Anteckningar utförda av tjänstgörande sjuksköterska (sammanställda samma dag som händelsen)
- Litteraturstudier avseende komplikationer och risker, samt val av behandling.
- Intervju med berörda läkare, sjuksköterskor och överläkare inom Neurokirurgi.
- Närståendes anmälan till IVO

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta dels som framkommit vid intervjuer av direkt involverade medarbetare, litteraturstudier, intervju med överläkare inom Neurokirurgi med lång erfarenhet samt genomgång av journaler och andra handlingar. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovisas under Metodik.

Patienten som i övrigt var frisk, sökte under oktober 2014 akutmottagningen med sprängande huvudvärk, framförallt på höger sida av pannan och bakåt. Vaknar av smärta på nätterna, har även varit illamående och haft en del yrsel.

CT hjärna utförs och man fann en 18 mm stor välvgränsad förändring i bakre skallgropen, med omgivande ödem. Patient och anhöriga informeras om att undersökningen visar ett område på hjärnan som är förändrat och har en svullnad omkring sig. Förändringen bedöms som misstänkt tumör i hjärnan. Inläggning sker på neurologavdelning för utredning och bedömning av Neurokirurg. Patienten blir insatt på kortisonbehandling och blir kliniskt förbättrad.

Fortsatt utredning med MR hjärna och CT Thorax och buk visar oväntat en tumör i höger lunga med utseende som en primärtumör. Samråd sker med lungkonsult och onkologläkare och beslut tas att avvakta patologundersökning från förändringen i hjärnan, innan någon åtgärd/operation utförs av den eventuella primärtumören.

Neurokirurg träffar patient och anhöriga, patienten sätts upp på väntelista och erhåller även ett planerat datum för operation. Under väntetiden planeras för fortsatt utredning av förändringen på lungan. Punktionssvar av lungförändringen visar att det är ett Adenocarcinom. Beskedet lämnas till behandlingskonferens och Neurokirurg, men detta föranleder ingen förändring i operationsplaneringen. Planeringen är att ta bort den del av lungan där tumören sitter först efter att patienten har stabiliserats efter operationen i hjärnan.

Patienten flyttas till neurokirurgisk vårdavdelning, skrivs in och får innan operationen information om risker av ST-läkaren som tillsammans med Specialistläkaren kommer att utföra operationen. Hela familjen är med vid detta tillfälle. I journalen kan läsas att "anhöriga är väl införstådda med den givna informationen och risker för blödning, infektion, hydrocefalus och påverkan på fascialisnerven i ansiktet". De blir även informerade om att operationen kommer att utföras av Specialistläkare inom Neurokirurgi med hjälp av assisterande ST-läkare.

Operationen utförs enligt plan, i operationsberättelsen kan läsas att det är något komplicerat att utföra operationen, men förändringen avlägsnas. Efter operationen bedöms patientens tillstånd som stabilt. Patienten är illamående och har stora urinmängder men ordineras fritt läge i sängen och inga restriktioner att röra sig dagen efter operationen.

Dagen efter operationen bedöms patienten må förhållandevis bra och är vaken och flyttas till vaksal på Neurokirurgisk avdelning för fortsatt övervakning. Ber själv att få bort urinkateter och går på toaletten. Vid rond senare på morgonen bedömer läkare att patienten redan under morgonen kan flytta till vanlig vårdsal på avdelningen. Sjuksköterska (1) bedömer att patienten mår bättre än förväntat efter en operation i bakre skallgropen. Patienten har huvudvärk, ett visst illamående och får därför stanna kvar på vaksal trots läkarnas bedömning att det var möjligt att flytta till vanlig vårdsal. Anledningen till att patienten får stanna kvar på vaksal ytterligare några timmar är även att det inte är någon annan patient som just då behöver platsen på vaksalen. Patienten ges smärtstillande läkemedel vid behov.

Efter lunch flyttas patienten till eget rum. Sjuksköterska(2) börjar sitt arbetspass ca klockan 15.00 och tillbringar en hel del tid hos patienten. Samtalar med anhöriga, informerar om patientens tillstånd.

16.00 får patienten smärtstillande och blir tappad på urin, eftersom denne inte klarar att tömma blåsan. Vill inte äta mat, men dricker tillräckligt. Klockan 16.20 ges ytterligare injektion med smärtstillande med god effekt.

Klockan 17.00 uppger anhöriga att patienten fortfarande har ont och att patienten har upplevt en kort sekvens med konstig synupplevelse. 15 minuter senare genomför Sjuksköterska (2) därför ett utökat neurologstatus, där inget avvikande resultat föreligger. För säkerhets skull bestämmer sig Sjuksköterska (2) att diskutera med kollega, läsa mer i journalen och kontakta jouren. Medan sjuksköterskan gör detta ropar anhöriga och meddelar att patienten är blek och okontaktbar. Hjärt- lungräddning startas, larmteam varslas och insatserna övergår i A-HLR. Försök att återuppliva fortgår i ca 45 minuter innan patienten är så stabil att det är möjligt att flytta denne till intensivvårdsavdelning. Patienten har ingen sinusrytm, mer än i mycket korta episoder.

Under pågående A-HLR fås en kort episod med pulsrytm och patienten förs till röntgen för CT-hjärna, vilket visar en blödning och kraftig kompression av hjärnstammen. Patienten tas till operation för utrymning av blödning. Operationen genomförs, patienten är svår att syresätta och har örena andningssjud. Ventrikeldränage läggs med svårighet, ICP visar 65-70 men utan liquor-flöde. Postoperativ CT hjärna visar igensvullna ventriklar och utan avgränsning mellan grå och vit substans, samt en kraftig hjärnsvullnad. Kardiologläkare tar ställning till att behandling med ECMO inte är aktuellt.

Beslut tas om vårdbegränsning gällande återupplivning. Familj och närstående informeras. Patienten vårdas i respirator på intensivvårdsavdelning. Två kliniska tester görs som visar total hjärninfarkt och avsaknad av kranialnervsreflexer. Respiratorn tas bort och patienten förklaras avliden.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Närstående påtalar i sin anmälan till IVO att de önskar veta om operationen utfördes på rätt sätt. Analysteamet har inte funnit att något fel har begåtts som kan relateras till den postoperativa blödningen som ledde till att patienten avled.

I anmälan till IVO skriver närstående också att risken för blödning efter en operation av detta slag skulle vara liten. I det här specifika fallet har läkare dokumenterat i journalen att man informerat om riskerna för komplikationer i samband med ingrepp av det här slaget. Läkare har bedömt att patient och närstående har uppfattat den givna informationen. Tolk skulle ändå ha anlåtats, för att förvissa sig om att all information uppfattades på ett korrekt sätt.

Analysteamet konstaterar att det generellt är viktigt att inga missuppfattningar sker mellan läkare och patient/närstående avseende riskernas storlek. I det här specifika fallet bedömer analysteamet att det sannolikt har skett ett missförstånd avseende de risker som föreligger vid denna typ av ingrepp. Otydligheter i samband med information är naturligtvis beklagansvärt.

### 4.3 Bifynd/ andra upptäckta risker

För att ytterligare förbättra tydligheten i sjukhusets information avseende risker i samband med ingrepp föreslår analysteamet att se över och uppdatera skriftlig information till patient och närstående samt att genomföra uppföljande samtal för att säkerställa att informationen har uppfattats på rätt sätt.

Flera läkare inom flera olika specialiteter har informerat patient och närstående om det som ligger inom var och ens specialistområde. Det kan även finnas en viss risk att information som kommer från flera läkare inte blir helt entydig.

### 4.4 Åtgärdsförslag

Följande åtgärdsförslag föreslås:

- Lämna skriftlig information till patient och anhörig gällande aktuell operation och eventuella komplikationer. Ansvarig: Sektionschef. Detta är redan genomfört.
- Överväga om något av följande alternativ kan vara ett hjälpmedel i samtal med patient för att förvissa sig om att informationen har uppfattats på rätt sätt.
  - Samtalsmetoden Teach Back
  - Införande av ny rutin att följa upp den skriftliga informationen med uppföljande samtal, för att säkerställa att informationen har uppfattats på rätt sätt.
  - Använda tolk vid samtal, där osäkerhet råder gällande språkförståelse
  - Ansvarig: Sektionschef

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	20
För analysteam	24
För involverade medarbetare (intervjuer, återkoppling etc)	6
SUMMA	50

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Sektionschef på Neurokirurgen får i uppgift att genomföra åtgärderna som föreslås i avsnitt 4.4  
Åtgärder

### 6.2 Återkoppling

Kontakt kommer att tas med anhörig för att informera om vad som framkommit i händelseanalysen och samtidigt bemöta och förklara frågor som de eventuellt har.

### 6.3 Uppföljning

Uppföljning att åtgärderna är införda görs genom att granska dokumentation i patientjournaler avseende att informationsmaterial har delats ut och att uppföljande samtal har skett.

## 7 Förklaringar på termer och begrepp

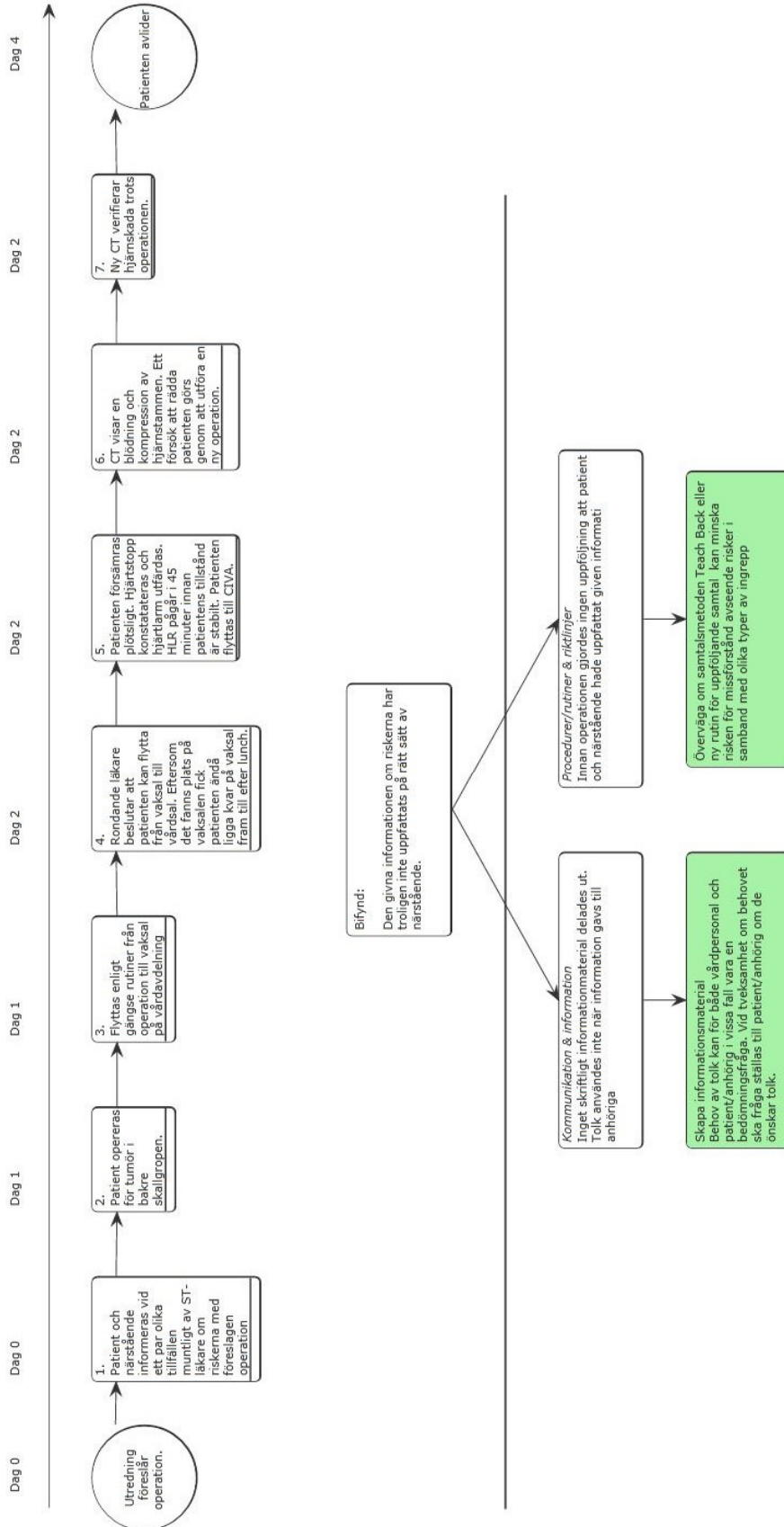
I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

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



# 8 Bilagor

## 8.1 Analysgraf



## 8.2 Handlingsplan

### Handlingsplan – Händelseanalys – Åtgärdsförslag

Rubrik på händelseanalys:		Diarienummer:	Händelseanalys nr:	Uppföljningsdatum:				
Postoperativ blödning efter operation som ledde till att patienten avled		SU 535-44/15	HA0001630	2015-11-30				
Uppdragsgivare		Ansvar för uppföljning:						
Goran Delic Verksamhetschef Neurosjukvården Område 6		Magnus Tisell Sektionschef Neurokirurgen						
SU/Sahlgrenska		Åtgärder att vidta		Effekt av åtgärder				
Orsaksområde Omgivning & Organisation	Åtgärdsförslag	Genomföra åtgärdsförslag? Ja/nej	Beslutsansvarig	Ansvar för att vidta åtgärd	Tidsplan genomförande (implementerat i verksamheten)	Förväntad effekt av åtgärd Mycket effektiv Effektiv Begränsad effektiv	Hur kommer effekt av åtgärd att följas upp?	Tidpunkt för uppföljning av åtgärd & ansvarig för uppföljning
	Vad							
Kommunikation & Information	Uppdatera och lämna skriftligt information till patient/närstående gällande aktuell operation och eventuella komplikationer	Ja	VC	Sektionschef	Pågår	Effektiv	Journalgranskning	2015-11-30
	Informera vid APT-möte: Vid tveksamhet kring tolkbehov ska fråga ställas till patient/anhörig om de önskar tolk.	Ja	VC	Sektionschef	Nästa APT-möte	Effektiv	Minnesanteckningar från APT-möte	
Utbildning & Kompetens								
Procedurer/rutiner & Riktlinjer	Överväga om samtalsmetoden Teach Back eller rutin för uppföljande samtal kan vara lämpligt som åtgärd	Ja	VC	Sektionschef	Oktober 2015	Mycket effektiv	Journalgranskning	2015-11-30
Teknik, utrustning & Apparatur								