

Datum: 2018-04-27

Händelseanalys

Aortarotsabscess

December 2017

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare

Sammanfattning

Uppdraget gavs av verksamhetschef att utreda händelsen då en kvinna avled efter en varböld i aortaroten – kroppspulsådern närmats hjärtat – i syfte att undersöka hur diagnos och indikation för behandling kan upptäckas tidigare.

Händelsen avser en kvinna med KOL, högt blodtryck och med nedsatt allmäntillstånd efter alkoholmissbruk och aptitlöshet söker akut efter kollaps i hemmet. Hon försämras snabbt och förs till intensivvårdsavdelning, IVA. En långsam hjärtrytm ses och hon har tecken som vid infektion även om infektionskällan inte är känd så behandlas hon med antibiotika. Hjärtat undersöks för finna infektionsfokus men andra bifynd hittas och infektionsmisstanken kan inte säkerställas, den utesluts inte heller. En tillfällig pacemaker sätts. På hjärtavdelningen ser de att denna inte fungerar tillfredställande. Vid ny pacemakeroperation får hon hjärtstillestånd och förs åter till IVA.

Hjärtundersökning med ultraljud visar på högt tryck som vid propp i lungan. Även vid skiktröntgen av hjärtat ses en förändring i höger förmak. Blodförtunnande behandling startas. Vid eftergranskning av tidigare hjärtundersökning anser en annan kardiolog att det ändå var en infektion i hjärtat. Vid förnyad undersökning ses en varböld som har brustit. Hon har för dåligt allmäntillstånd för att klara av en operation. Palliativ vård inleds och hon avlider några dagar senare. Diagnosen hade kunnat ställas 1 vecka tidigare, men utgången hade i detta fall inte förändrats eftersom hon inte hade klarat av en operation.

Bakomliggande orsaker & åtgärdsförslag:

En skada fanns på aortaklaffen redan 2008. Den följdes aldrig upp eftersom detta överläts i flera led till primärvård att bevaka. Kardiologkliniken ska själva bevaka och kalla de patienter som ska till kardiologen för uppföljning.

Hjärtläkare kommer sent eller hinner inte alls undersöka patienter på IVA. Schemalägg hjärtläkare så att de kan undersöka patienter på IVA på fm.

Bedömning av hjärtundersökning via matstrupen kan behöva diskuteras med annan erfaren kollega, på vårt sjukhus eller SU som också har erfarenhet av undersökningsmetoden, eftersom bifynd fanns och infektionsmisstanken inte kunde uteslutas.

När osäkerhet om svårtolkade fynd förekommit under vårdtillfället bör ställningstagande tas till obduktion för att få svar på frågor och därmed ge möjlighet till lärande.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	5
2	Deltagare i analysteam	5
3	Metodik	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	10
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	10
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	10
4.5	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	11
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	12
6.1	Åtgärder.....	12
6.2	Återkoppling	12
6.3	Uppföljning	12
7	Ordförklaringar	13
8	Bilagor.....	14

1 Uppdrag

Härmed ges verksamhetsutvecklare i uppdrag att medverka som metodstöd i analys av händelsen med ärendenummer AV-xxxxxx.

Händelsekedjan som ska utredas är den som rör vårdtillfället 2017-12-03--2017-12-18.

Patienten inkom till Skövde sjukhus med sviktande vitalparametrar, skrevs in som en kardiologpatient och placerades initialt på IVA. Flera läkare har varit inblandad i patientens vård och flera undersökningar har genomförts för att hitta ett eventuellt fokus till patientens tillstånd. Efter att patienten försämrats ytterligare upptäcks en aortarot abscess. Vid kontakt med thoraxkirurger i Göteborg är patienten i för dåligt skick och bedöms inte klara operationen. Patienten avlider natten mellan 17/12 och 18/12.

Vad kan göras annorlunda för att utesluta differentialdiagnoser? Hur kan man hitta indikation för kirurgisk intervention tidigare?

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag att informera berörd avdelning och berörda chefer att en analys kommer att utföras. Processchef Kardiologi informerar berörda medarbetare på avdelning/ar och anhöriga.

Efter analysens slutförande kommer verksamhetschef att besluta om eventuella åtgärder utifrån resultatet samt tillse att analysen återkopplas till involverade medarbetare och anhöriga.

Enhetschef på kardiologavdelningen Kerstin Larsson är sammankallande, analysgruppens medlemmar utses i samråd med verksamhetsutvecklare, Enhetschef anesthesi och processchef.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef M3 Hud/Infektion/Njurmedicin/Kardiologi, Skaraborgs Sjukhus, Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-20

Startdatum: 2017-12-22 började med faktainsamling och intervjuer. Arbetsgruppen kunde träffas först den 9 mars.

1.3 Återföringsdatum

2018-04-11

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Verksamhetsutvecklare
Analysteammedlem / Läkare	Kardiologi
Analysteammedlem / Läkare	IVA
Analysteammedlem Teamledare / Sjuksköterska	Kardiologi

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal, 3 hjärtläkare och vårdutvecklare i primärvården
- Intervju med närstående syster och make/sambo
- Journalhandlingar

4 Resultat

Anhöriga berättar att de först sökte jourcentralen och där upplevde att hon inte blev korrekt undersökt och bemött. Anhöriga har sedan gått vidare med en egen IVO-anmälan av besöket på jourcentralen. Med anledning av detta tog analysledare kontakt med kvalitetsansvarig i primärvården för att efterhöra om de ville att vi skulle göra en gemensam analys. Så blev inte fallet eftersom de inte fått någon kännedom om denna IVO anmälan och inte heller ser några brister i journalanteckning vid detta besök.

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. För grafisk presentation, se bilaga 1.

Tid 3 december kl. 22:08

68 årig kvinna med lungsjukdomen KOL, högt blodtryck samt blod i avföring, därutöver ryggsmärta och två veckors aptitlöshet. Hon orkar inte längre stå på benen och söker med hjälp av anhörig först på jourcentralen men blir hemskickad. Några timmar senare kollapsar hon i hemmet och söker akutmottagningen på sjukhuset.

1.

Tidigare akutbesök 2008

I samband med att hon söker akuten för näsblod 2008 upptäcks det att hon har högt blodtryck och blåsljud på hjärtat. Detta utreds på kliniskt fysiologiskt laboratorium som konstaterar att hon har en skada på aortaklaffarna vilket behöver följas upp om 1 år.

Felhändelse

Uppföljning genomförs inte.

Orsaksutredning: Uppföljningen överläts i remissvaret till remitterande öronläkare som i sin tur hänvisade uppgiften vidare till patientens vårdcentral.

Bakomliggande orsak: Planerad uppföljning på egen enhet ska inte överlätas till annan vårdgivare att bevaka.

2.

Natten mellan 3-4 december på AKUTEN

Vid ankomst är hon gråblek och medtagen, har låg puls 30-40 och är cirkulatoriskt instabil. Hon har ingen feber men blodbrist och rubbningar i saltbalansen. Bröstsmärtan förbättras inte med Morfin och hon sjunker i blodtryck. Laboratoriedata ger misstanke om brist på kroppseget kortison vilket medför att hon får kortisonbehandling.

Även odling och behandling mot blodförgiftning startas. Hon försämras på akuten och förs därför direkt över till IVA – intensivvårdsavdelningen.

3.

4 december kl. 02:41 IVA

Blodtryckskillnad mellan armarna upptäcks vilket föranleder skiktröntgen s.k. datortomografi av kroppspulsådern – aorta. Undersökningen visar inte på någon bristning i aorta, däremot ses förkalkning av aortaklaff o blodkärl men också att det finns en oklar något lågattenuerande (vävnaders olika absorbtion av röntgenstrålar vilket ger mörkare eller ljusare effekt på bild) mjukdelsökning i anslutning till klaffplanet som buktar in mot höger kammare. Orsaken är oklar. Vidare utredning rekommenderas.

4.

4 december kl. 12-14 IVA

Alkoholmissbruk uppdagas och behandlas för att minska abstinens. Läkare på IVA väntar på att hjärtläkare ska komma till IVA för att göra ultraljud av hjärtat. Undersökningen görs istället av IVA läkare kl.12. Hjärtläkare anländer först kl. 14. Då konstateras långsam rytm ett så kallat. "AV-block III" vilket eventuellt skulle kräva en pacemaker.

Felhändelse:

Hjärtspecialist kommer sent på dagen till IVA.

Orsaksutredning: Den hjärtläkare som ansvarar för kardiologins patienter på IVA har också avdelningsansvar. Där är det ofta många patienter särskilt i början av veckan när också IVA behöver bedömning av hjärtspecialist mest.

Ibland behöver IVA kontakta ytterligare en hjärtspecialist, kardiologbakjour, för att bedöma andra specialiteters patienter på IVA med hjärtåkommor.

Bakomliggande orsak: Läkare som "rondar" på hjärtavdelningen hinner inte gå till IVA också. Bakjour hinner inte titta på alla patienter på IVA.

5.

Tid 5 -6 december

Temporär pacemaker med skruvelektrod sätts för att normalisera hjärtfrekvensen. Den var svår att få dit och att få i optimal funktion. Hon får lunginflammation och antibiotikabehandlingen får kvarstå. Odlingsvaret från 6/12 bedöms av infektionsläkare som en trolig förorening. Den behandling hon har täcker även detta samt den urinvägs infektion som hon också har och en eventuell infektion i hjärtat. Hon får andningssvikt som kräver behandling i respirator.

Tänkvärt: Det är svårt att få pacemakern att få kontakt i hjärtat trots att den skruvas. Möjligen är det svårt att få bra kontakt i hjärtat om vävnaderna är skadade pga. infektion och nedsatt allmäntillstånd.

6.

Tid 7 december

Hjärtundersökning görs via matstrupe för att bättre kunna se och utesluta infektion inne i hjärtmuskeln. En förändring ses i höger förmak som tolkas som en tumör, men det kan också vara en infektion eller propp som utvecklats. Respiratorn tas bort och hon flyttas till hjärtavdelningen.

Felhändelse

Uppföljning av denna undersökning planeras först om 2 veckor.

Orsaksutredning: Undersökningsresultatet var ett oklart bifynd, vilket sannolikt inte bedömdes ha någon betydelse för henne just då. Läkaren ansåg troligen inte att någon behandling var motiverad, eller tom riskfylld, just då. Ingen kollega med erfarenhet av undersökningen fanns på sjukhuset denna dag som läkaren kunde diskutera fyndet med. Denna undersökning genomfördes av en av 3-4 personer på vårt sjukhus som har erfarenhet av denna undersökning och fyndet är ovanligt.

Bakomliggande orsak:

Fyndet behöver diskuteras med annan erfaren kollega som också behärskar undersökningsmetoden.

7.

10-11 dec HJÄRTAVD

Hon har inte blivit markant förbättrad av pacemakern. Hon har lägesberoende rytmrubbningar. Pacemakern fungerar inte som den ska och behöver bytas.

Felhändelse

Varför fungerar inte pacemakern som är fastskruvad?

Möjligen därför att: se punkt 5.

8.

Tid 12 dec

Hon får akut hjärtstillestånd i samband med förberedelse av pacemakeringreppet och läggs återigen i respirator och överförs till IVA. Ett ultraljud görs som visar högt tryck på höger sida. Återigen misstänks propp i lungan? Vid undersökningen med ultraljud är läckaget i aortaklaffen ännu inte så stort.

9.

Tid 13 december

Ny skiktröntgen av hjärtat visar också att det finns en förändring i höger förmak. En blodpropp misstänks och hon behandlas nu för detta. Antibiotikan sätts ut för att kunna göra en ny odling igen om 5 dagar.

10.

Tid 14 december

Hon kan kopplas ur respiratorn. IVA-läkare väntar på kardiolog för att diskutera patientens symtom

Felhändelse

Ingen kardiolog kommer.

Orsaksutredning: se punkt 4

11.

Tid 15 december

Hjärtläkare 3 som nu ansvarar för kardiologens patienter på IVA ser att hon försämrats succesivt. Han eftergranskar bilder av hjärtat som gjordes vid undersökning via matstrupen den 7 december. Han bedömer att den undersökningen ändå visar på att det är en infektion inne i hjärtat. Han känner igen det eftersom han sett fenomenet tidigare på en annan patient.

Ny undersökning görs vilket bekräftar diagnosen då hjärtläkaren kan se att varbölden vid aortaroten i hjärtat nu har brutit. Läckaget i aortaklaffen bedöms vid detta tillfälle som stort.

Felhändelse

Diagnosen har inte säkerställts efteråt.

Orsaksutredning: Under vårdtiden har många andra tänkbara diagnoser bedömts vara aktuella och behandling har givits för flera. Obduktion gjordes inte, inte heller någon ny odling som hade kunnat visa på att det var en infektion som satt sig i den trasiga aortaklaffen och som sedan utvecklade en böld som därefter brast. Ingen läkare såg behovet av obduktion eftersom patienten inte var möjlig att operera.

Bakomliggande orsak: När osäkerhet om svårtolkade fynd förekommit under vårdtillfället bör ställningstagande till obduktion tas för att ge möjlighet till svar på frågeställningar som förekommit och ge möjlighet till lärande.

Tid 18 december

Händelsens utfall.

Hon är i för dåligt skick för att klara av en operation. Palliativ vård inleds och hon avlider 18 december

Diagnosen är inte verifierad men om den fanns redan den 7 december borde en second opinion av kollega som också behärskar tekniken kunnat vara ett säkrare sätt att komma snabbare till diagnos.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. Inom följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras:

Kommunikation & information, Teknik, utrustning & apparatur.

- **Omgivning & organisation**

Läkare som "rondar" på avdelningen hinner inte gå till IVA också. Hjärt-bakjour hinner inte heller titta på alla patienter på IVA.

- **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Planerad uppföljning på egen mottagning ska inte överlåtas att bevakas av annan vårdgivare. När osäkerhet om svårtolkade fynd förekommit under vårdtillfället bör ställningstagande tas till obduktion för att få svar på alla frågor och därmed ge möjlighet till lärande.

- **Utbildning & kompetens**

Bedömning behöver diskuteras med kollega med erfarenhet av undersökningsmetoden.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har identifierats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

I detta fall var en operation inte möjlig att genomföra eftersom hon hade så dåligt allmäntillstånd redan tidigt i förloppet. Om varböden i hjärtat upptäckts redan 7 december hade hon möjligen fått större del av sin vård på hjärtavdelning istället för på IVA.

4.5 Åtgärdsförslag

- Hjärtkliniken kallar själva patienter som behöver uppföljning på kardiologen. Detta minskar risken att bevakning tappas bort eftersom information ibland missas i övergångar mellan vårdgivare.
- I första hand diskutera resultat av undersökning av hjärta via matstrupen med kollega på plats som också behärskar metoden och om inte detta är möjligt, alternativt svårbedömt, kontaktas kliniskt fysiologiskt laboratorium på Sahlgrenska universitetssjukhuset för att få hjälp att granska bilder/ för second opinion.
- Schemalägga IVA-ansvarig hjärtläkare för att möjliggöra dagligt besök på IVA under förmiddagen.
- Beställ obduktion då patient avlider efter svårtolkade fynd under vårdtid.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Ansvarig	Klart
Undersökningen av hjärtat den 7 december har visats för sjukhusets hjärtläkare.	Processchef	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	9
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	?
SUMMA	Cirka 21

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga föreslagna åtgärder bedöms som rimliga och effektiva att vidta. Processchef kardiologi Skövde får uppdraget att se över schema så att funktion IVA ansvarig kardiolog säkras.

6.2 Återkoppling

- Processchef kardiologi återkopplar till arbetsgrupp tillsammans med analysteamdeltagare.
- Anhöriga underrättas och informeras av processchef
- Händelseanalysen redovisas på verksamhetsrådets ledningsgrupp

6.3 Uppföljning

Uppföljning av vidtagna åtgärder 2018-12-01 via klinikledning på kardiologen.

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