

Kunskapsbanksnummer: KB1767483

Datum: 2018-06-13

## Händelseanalys

**Kvarglömd duk i vagina efter förlossning**

Analysledare:

Läkare

Kvinnosjukvård  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Uppdraget var att kartlägga omständigheterna kring en händelse då en duk glömdes kvar i vagina efter förlossning, i syfte att förhindra liknande händelser. En frisk kvinna födde sitt första barn i fullgången tid. Pga långdraget förlopp togs beslut om att lägga sugklocka. Med hjälp att klipp i mellangården samt sugklocka förlöstes kvinnan. Barnet mådde bra. Under och efter extraktionen blödde kvinnan från vagina samt klipp i mellangården. Två läkare var involverade i gynekologisk undersökning och suturering, som skedde på förlossningsrummet i lustgasrus. Den totala blödningen blev ca 2700 ml. Under vårdtiden på BB klagade kvinnan ett flertal gånger på dålig lukt från underlivet men fick lugnande besked utan att gynekologisk undersökning hade utförts. Yttre inspektion av bristningen före hemgången bedömdes utan anmärkning. 3,5 veckor efter födseln sökte kvinnan akut pga illaluktande flytningar varvid man fann en kvarglömd operationsduk i vagina. Den viktigaste bakomliggande orsaken är att man inte har följt skriftlig rutin för hantering av tork och dukar i samband med vaginala ingrepp. Därtill har ett flertal faktorer bidragit till en stressig situation. Dessa är bl a att klipp lades tidigt i förloppet, personalbyte ägde rum under pågående vacuumextraktion samt att kvinnan haft bristande smärtlindring vid sutureringen. Det viktigaste åtgärdsförslaget är att införa checklista för vilket material som tas fram för suturering samt avräkning av material efter avslutad suturering.

## 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 .....	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

Att kartlägga hur det gick till när en duk glömdes kvar i vagina efter en förlossning, samt föreslå åtgärder för att förebygga liknande händelse

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Kvinnosjukvård

Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-05-23

Startdatum: 2018-06-05

### 1.3 Återföringsdatum

2018-08-01

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Läkare	Kvinnosjukvård
Vice analysledare / Barnmorska	Kvinnosjukvård

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på vad som framkommit genom journal samt i intervju med patient, anhörig och berörd personal.

Frisk kvinna läggs in på förlossningsavdelning pga värkar och vattenavgång i fullgången tid.

Kl 15.30

Efter ett normalt öppningsskede är livmoderhalsen fullvidgad.

Kl 18.30

Time-out med Dr 1 (ST-läkare) pga att patienten varit fullvidgad i tre timmar. Beslut att fortsätta höja värkstimulerande dropp.

Kl 20.40

Beslut om sugklocka pga långdraget förlopp och uttröttad patient. Beslutet förankrat hos dr 2 (specialistläkare).

Kl 21.15

Barnmorska infiltrerar med lokalanestesi inför klipp i mellangården.

Dr 1 lägger klipp innan sugklocka anbringas vilket leder till att patienten börjar blöda redan före födseln.

5.

Ca kl 21.20

Dr 1 har anbringat sugklocka men uppfattar att den inte suger fast. Oklart om det är handhavandet eller den tekniska utrustningen som fallerar. Annan sugklocka hämtas in.

Dr 1 har inte kontrollerat vacuumet mot sin handske, en kontroll som kan avslöja eventuellt fel på apparatur

Kl 21.34

Kunskapsbanksnummer: KB1767483

Pågående barnmorska uppmanas gå in på salen och lösa av avgående barnmorska.

Bytet sker mitt i sugklockan och pågående barnmorska får ingen rapport

KI 21.38

Dr 1 har lämnat över proceduren till dr 2 som förlöser patienten med hjälp av sugklocka, två dragningar. Välmående barn föds.

KI 22.00

Patienten blöder rikligt efter placentaavgång. Uterotonika ges och aortakompression hålls. Dr 1 gör gynekologisk undersökning men har svårt att se blödningskälla och tillkallar dr 2. Blödningsmängd skattas till 1900 ml.

KI 22.05

Dr 2 bedömer att blödningen kommer från ytliga bristningar i slida och mellangård som kan sutureras på förlossningsrummet.

Sutureringen, som tar 30 minuter, är smärtsam för patienten som andas lustgas

Någon gång mellan 22.00-22.35

En duk har lagts in i vagina sannolikt för att optimera sikten vid undersökning och suturering. Analysen har inte kunnat fastställa vem som lagt in duken. Ingen tar ut duken.

KI 22.40

Efter avslutad suturering läggs en vaginaltamponad av tyg in i blodstillande syfte. Total blödningsmängd skattas till ca 2700 ml. Pat erhåller blodtransfusion. Tamponaden dras efter två timmar av barnmorskan. Dragningen är ej dokumenterad i journal men har bekräftats i intervju med patienten.

5 dagar efter förlossning

Pat skrivs ut från BB av läkare efter yttre inspektion av bristningen. Pat har upprepade gånger påtalat dålig lukt från underlivet men fått lugnande besked. Ingen gynekologisk undersökning har utförts på BB trots symptom.

3,5 veckor efter förlossning

Patienten söker akut pga illaluktande flytningar alltsedan förlossningen. Vid gynekologisk undersökning återfinns en operationsduk djupt inne i slidan.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

### Utbildning & kompetens

Låg kännedom om och följsamhet till rutinen "Tork och dukar, hantering vid vaginala ingrepp" bland läkare och barnmorskor

### Kommunikation & information

Personalbyte mitt i ett ingrepp

### Omgivning & organisation

Icke funktionella undersökningsrum på BB utan möjlighet för patienten att sitta ner och vänta på doktor

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

Kontroll av vacuum omedelbart före vacuumextraktion ingår inte i skriftlig rutin eller time-out inför sugklocka

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

Kontroll av tork och dukar fungerar inte tillfredsställande

### Utbildning & kompetens

Behov av utbildning samt fortlöpande dialog i personalgruppen om vikten av god smärtlindring vid suturering

### Utbildning & kompetens

Kvarglömd duk är en ovanlig komplikation som man inte förväntar sig

### Utbildning & kompetens

Sugklocka är en akut operation och under ST-utbildning kan det variera hur många man sett/utfört

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

## 4.5 Åtgärdsförslag

Checklista, framtaget material skall räknas och signeras före och efter suturering

Fortsatt arbete med SBAR på daglig basis vid ronder, fokustavla etc

Information om fallet till samtlig personal via veckobrev

Information till den kollega, som regelbundet undervisar ST-läkare i förlossning med sugklocka, kring händelsen

Kunskapsbanksnummer: KB1767483

Personlig feed-back till berörd dr

Samordning av verksamhetens tre förlossningsavdelningar så att förlossningsset och suturset innehåller samma antal dukar oavsett avdelning samt att extra dukar alltid tas fram med fem dukar i varje paket i stället för en och en.

Se över befintliga undersökningsrum och skapa vägghängda sittplatser utanför

Ställningstagande till revision av rutin Vakuumextraktion samt revision av checklista time-out inför vakuumextraktion

Återkoppling till VEC för information till personalgruppen

Återkoppling till VEC, inventera behovet av eventuellt ytterligare utbildning inom metoden transkutan pudendusblockad

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Information till personal vid fokustavlor		Vårdenhetschef och vårdenhetsöverläkare	Ja

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	2
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	18



## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Alla föreslagna åtgärder kommer att eller har redan genomförts. Åtgärderna bedöms som konkreta och realistiska, samt några mycket effektiva. Åtgärder ska vara klara senast 181031 och kommer följas upp i kvalitets och patientsäkerhetsgruppen.

### **6.2 Återkoppling**

Återkoppling till berörda via fokustavla och personligt via kvalitets och patientsäkerhetsgruppen.

### **6.3 Uppföljning**

Åtgärder ska vara klara senast 181031 och kommer följas upp i kvalitets och patientsäkerhetsgruppen.

## 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
Uterotonika	Läkemedel som hjälper livmodern att dra sig samman efter förlossning och därigenom förebygger blödning
Transkutan pudendusblockad	Metod för bedövning av underlivet. Via huden läggs lokalbedövning kring pudendusnerven på vardera sidan av bäckenbotten.

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan