

Kunskapsbanksnummer: KB315212

Datum: 2019-10-21

## **Händelseanalys**

**Spädbarn dör ca 82 timmar efter födelsen, "plötslig spädbarnsdöd" konstaterat**

Analysledare:

Region Norrbotten

## Sammanfattning

Analysen utförs på uppdrag länschef för obstetrisk och gynekologisk vård och omfattar perioden från moderns inläggning på sjukhus och fram till dess att dödsfall konstateras.

Syftet med analysen var att rekonstruera händelseförloppet, utreda eventuella felhändelser och lägga förslag till åtgärder.

I analysen ses inga direkta felhändelser och dödsorsak har fastställts till s.k. plötslig spädbarnsdöd vilket gör att analysteamet kommit fram till att någon vårdskada inte har skett. Mamman har informerats om dödsorsaken.

Relaterat till ett bifynd i utredningen föreslår dock analysteamet att man upprättar en regionsövergripande rutin för omhändertagande av döda barn och att initiativet för denna åtgärd skall ligga på analysens uppdragsgivare.

Det finns risk för att händelsen upprepar sig då plötslig spädbarnsdöd i nuläget inte är helt undvikbart.

## 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 .....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Åtgärdsförslag.....	9
5	Vårdskada och risk för upprepande .....	9
7	Tidsåtgång .....	9
8	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
8.1	Åtgärder.....	10
8.2	Återkoppling .....	10
8.3	Uppföljning .....	10
9	Ordförklaringar .....	11
10	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

Med anledning av ett spädbarn som avled två dagar efter hemgång från BB är det nödvändigt att genomföra en händelseanalys som innebär en rekonstruktion av händelseförloppet, en orsaksanalys och förslag på konkreta åtgärder som förhindrar att händelsen inträffar igen.

Händelsen bedöms som betydande avseende allvarlighetsgrad, upprepningsrisken bedöms liten. Patienten är omhändertagen och kommer att informeras om avvikelse och att händelsen ska utredas.

Vi har inte kännedom om liknande händelse i närtid.

Händelsen omfattar MVC, SMVC, BB-förlossning inklusive Barnklinikens del under BB-vården, samt hälsocentralen där patienten sökte dagen efter hemgång.

Uppdraget är att granska hur gällande rutiner tillämpats och om de är tillräckliga för att förhindra att något liknande händer igen.

Återkoppling ska ske individuellt samt till personalgrupperna på de olika enheterna, sättet avgörs av respektive verksamhetschef.

Uppdraget omfattar perioden från inläggning på patienthotell före förlossningen (dagen före förlossningen 2019) fram till det att barnet konstateras avlidet den 4 maj, och analysen bör omfatta ALLA kontakter patienten haft under den perioden.

### 1.1 Uppdragsgivare

Länssjukvård  
Region Norrbotten

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-05-20

Startdatum: 2019-05-20

Analysen försenas p.g.a. svårigheter att samla analys-gruppen, semester samt sent inkommet obduktionsresultat

### 1.3 Återföringsdatum

2019-10-21

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

### Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska  
Analysteammedlem / Barnmorska  
  
Analysteammedlem / Läkare  
Analysteammedlem / Läkare  
  
Analysteammedlem / Sjuksköterska  
Analysteammedlem / Kurator/Socionom

### Enhet

Region Norrbotten  
Länssjukvård/Obstetrisk och gynekologisk  
vård länsklinik  
Länssjukvård/Barnmedicinsk klinik  
Länssjukvård/Obstetrisk och gynekologisk  
vård länsklinik  
Närsjukvård/NO Piteå/Hällans HC  
Närsjukvård/NO Piteå/Hortlax HC

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal

Händelseanalysen har genomförts enligt metoden RCA (Root Cause Analysis) som beskrivs i Riskanalys & Händelseanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete (2015). Det innebär att händelseförloppet rekonstruerats och orsaksanalys utförts.

Mamman har informerats om dödsorsaken. Hon har velat komma för ett tolksamtal, för att kunna ställa frågor, men detta har inte hållits ännu så hennes synpunkter i övrigt har inte inhämtats. Tolksamtal kommer att hållas och skulle några frågor eller synpunkter tillkomma så kommer dessa att hanteras utanför analysteamet.

## 4 Resultat

Händelseförloppet bygger på de fakta som framkommit genom faktainsamling via journalgranskning och berörd personals redogörelser.

Mamman har informerats om dödsorsaken men p.g.a. att det varit svårt att få till ett tolksamtal med mamman har hennes synpunkter i övrigt inte kunnat inhämtas. Tolksamtal kommer dock att hållas och skulle några frågor eller synpunkter tillkomma så kommer dessa att hanteras utanför analysteamet.

## 4.1 Händelseförlopp

### Bakgrund

Asylsökande (fransktalande, från Kamerun) förstföderska skrivs in i mödravård i graviditetsvecka 31+, i annan region.

Mamman har upplevt svårigheter att känna fosterrörelser men vid kontroll ses normala rörelser och normala fosterljud.

Specialistmödravård p.g.a. ett förhöjt blodtryck under graviditetens sista månad.

1.

#### 2019-04-30 klockan 0700

Inläggning, enligt plan, på patienthotellet inför ett planerat kejsarsnitt. Barnet i sätesläge trots vändningsförsök.

V 39+4.

Lätt preeklampsi.

Ingen felhändelse

2.

#### 2019-04-30 klockan 1245

Planerat kejsarsnitt utförs p.g.a. sätesläge. Kejsarsnittet utförs med ett helt normalt förlopp.

Vikt: 2665, Längd: 46 (barnet något litet men inom normalområdet)

Apgar: 9,10,10

Ingen felhändelse

3.

#### 2019-05-01 klockan 0825

Pediatrik mognadsbedömning görs av ST-läkare: normalt status förutom att barnet har torr hud.

Suger lite, tillmatas. Haft miktion och avföring.

Ingen felhändelse

Kunskapsbanksnummer: KB315212

4.

2019-05-01 klockan 1100

Försök till postpartumsamtal utan tolk. Vid samtalet konstateras att samtal behövs med tolk.

Ingen felhändelse

5.

2019-05-02 klockan 1000

Barnet undersöks av barnläkare inför hemgång. Normala fynd förutom torr hud. Tillmatas, bra vikt. Barnet har bara gått ner 65 gram sedan födelsen (normalt tolereras upp till 10% av födelsevikten)

Ingen felhändelse

6.

2019-05-02 klockan 1220

Postpartumsamtal, med tolk, på franska.

Ingående information ges muntligt och skriftligt. Planeras uppföljning via hälsocentralen och remiss för detta skickas.

Mamman och barnet åker därefter hem (till flyktingförläggning) efter en vårdtid på 50 timmar.

Normal vårdtid efter kejsarsnitt är ca 48 tim.

Ingen felhändelse

7.

2019-05-03

Mor, baby och moderns väninna besöker sköterska på flyktingmedicinska enheten. Mamman oroas över babys gråt, och att hon äter lite. Får allmänna råd, man ser inget avvikande med babyn.

Ingen felhändelse

8.

Kunskapsbanksnummer: KB315212

2019-05-03 klockan 2239

Ambulansen larmas.

Ingen felhändelse

9.

2019-05-03 klockan 2252

Ambulans ankommer till hämtplatsen.

Ambulanspersonal anger att mamman bär barnet i famnen på ett helt naturligt sätt och att man har svårt att bedöma syresättningen p.g.a. barnets mörka hudfärg. Dock ser man direkt att barnet är livlöst.

Hjärt- och lungräddning påbörjas och görs enligt gällande rutiner. Återupplivningsförsöken fortgår fram till sjukhuset utan framgång.

Oklart när barnet visat livstecken senast men hade ätit vid 20-tiden, enligt de uppgifter ambulanspersonalen får vid tillfället.

10.

2019-05-03 klockan 2325

Ankomst till sjukhus. Återupplivning fortgår enligt rutin, i ytterligare ca 1 tim. Barnet dödförklaras därefter.

Kontakt tagen mellan narkosläkare och barnläkare. Polis informerad och man beslutar om rättsmedicinsk undersökning.

#### **Händelsens utfall**

Dödsorsak konstaterad som SIDS via rättsmedicinsk undersökning.

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Analysgruppen finner inga felhändelser eller bakomliggande orsaker i granskningen av förloppet, förutom det *bifynd* som presenteras nedan.



### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Bifynd felhändelse: "tyvärr togs inga odlingar på akutmottagningen i Piteå" ur journalanteckning från 2019-05-10.

Detta har inte påverkat själva händelsen men dödsorsaksutredningen förenas/försvåras.

Lokal rutin för dödsfall hos barn saknas.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Det saknas regionsövergripande rutin för dödsfall hos barn.

### 4.4 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag med anledning av bifynd:

Då någon regionsövergripande rutin för hantering av dödsfall hos barn, inte finns inom Region Norrbotten och man kan förutsätta att livlösa barn även i framtiden kommer att komma in till våra jour- och akutmottagningar, ser vi behov av en regionsövergripande rutin som stöd för personalen. Rutinen bör utformas i samråd mellan barnklinik, OB/Gyn, akutmottagning och primärvård och att samverkan med polisen bör ske.

Vi föreslår att analysens uppdragsgivare ansvarar för initiativet till och färdigställandet av ovan nämnda rutin.

Inga åtgärder har vidtagits omedelbart, förutom att berörd akutmottagning på länsdelssjukhuset påbörjat arbete med en lokal rutin för omhändertagande av döda barn.

## 5 Vårdskada och risk för upprepande

Inga felhändelser har framkommit varför händelsen inte bedöms som vårdskada. Händelsen var inte undvikbar.

Det finns risk för att händelsen upprepar sig även om den är ovanlig. Plötslig spädbarnsdöd förekommer och en professionell handläggning är av vikt.

## 6 Kännedom om tidigare liknande händelser

Plötslig spädbarnsdöd är mycket ovanligt i Sverige, där ca 0,15 barn på 1000 drabbas. Plötslig spädbarnsdöd är inte en sjukdom, utan en diagnos som ställs när ett friskt spädbarn dör utan förvarning. Orsaken är inte klarlagd. Antalet fall av plötslig spädbarnsdöd har gått ner sedan man introducerade nya råd i Sverige, 1992.

Kunskapsbanksnummer: KB315212

I Nithas kunskapsbank finner vi inga händelseanalyser som rör plötslig spädbarnsdöd på varken regional eller nationell nivå.

## 7 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	16
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	33

## **8 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **8.1 Åtgärder**

Den åtgärd som föreslås utifrån analysen bedöms rimlig och uppdragsgivaren föreslår att berörda divisionschefer (läns- och närsjukvården) ger lämpliga personer i uppdrag att ta fram länsövergripande rutin för hantering av dödsfall hos barn.

### **8.2 Återkoppling**

Händelseanalysen återförs till berörda verksamheter, som själva får ta ställning till hur de återkopplar det som hänt. Föreslås återkoppling först på individnivå om det redan inte skett, samt på APT eller motsvarande.

### **8.3 Uppföljning**

Uppdragsgivaren föreslår att berörda divisionschefer följer upp att den rutin som saknas tillskapats och att uppföljning sker under första kvartalet 2020.

## 9 Ordförklaringar

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

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)
Apgar	Apgarskalan är ett poängsystem för bedömning av barnet direkt efter förlossning, 1 minut respektive 5 minuter senare. Skala 0-10 poäng.
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Postpartumsamtal	Uppföljande samtal efter förlossning
Preeklampsi	Havandeskapsförgiftning
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome, Plötslig spädbarnsdöd
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
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)
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

## **10 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan