

# Händelseanalys

## Uterusruptur med fosterasfyxi

## Sammanfattning

Uppdraget var att utreda ett fall med uterusruptur i samband med förlossning där barnet drabbades av en svår asfyxi.

Patienten är en 37-årig omföderska. Förlöst med akut kejsarsnitt vid första förlossningen och med sugklocka vid andra förlossningen. Patienten har Mb Chron i anamnesen, men är medicinfri under graviditeten. Aktuell graviditet är ua med normala tillväxtkontroller på barnet. Förlossningen induceras pga. överburenhet vid 42 fullgångna graviditetsveckor. Induktionen görs under två dagar, initialt med BARD-kateter som följs av oxytocininfusion, prostaglandin, amniotomi och ny oxytocininfusion. Efter att värkarbetet etablerats är progressen snabb. EDA ges som smärtlindring. CTG mönstret blir patologiskt, men ett skalpprov visar normalt värde. Därefter försämras CTG mönstret snabbt till ett preterminalt mönster. Larmsnitt beslutas och barnet föds 15 minuter senare. Vid kejsarsnittet ses en uterusruptur. Barnet är asfyktiskt vid framfödandet med Apgar score 2, 3, 4 och kylbehandlas i efterförloppet. Barnet har sannolikt fått en bestående skada i samband med förlossningen.

De viktigaste bakomliggande orsakerna som identifierats är att PM saknas för induktion av patienter som tidigare är förlösta med kejsarsnitt, en otillräcklig kunskap om åtgärderna vid patologiskt CTG och samtidig oxytocinstimulering, en otillräcklig jourbemanning av förlossningsläkare och operationspersonal samt en bristande kommunikation mellan yrkeskategorier. Patienten har inte heller känt sig tillräckligt delaktig i vården.

De viktigaste åtgärdsförslagen som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna är förstärkt jourbemanning (har genomförts efter att händelsen inträffade), förstärkt bemanning av operationspersonal, återkommande CTG certifiering, riskbedömning av förlossningspatienter (har genomförts efter att händelsen inträffade) PM för induktion av patienter som tidigare är förlösta med kejsarsnitt och kommunikation enligt SBAR.

## Innehållsförteckning

1	Uppdragsgivare .....	4
1.1	Initierings- och startdatum .....	4
1.2	Återföringsdatum .....	4
2	Uppdrag.....	4
3	Deltagare i analysteam .....	4
4	Metodik .....	5
5	Resultat.....	5
5.1	Händelseförlopp .....	5
5.2	Bakomliggande orsaker .....	5
5.3	Bifynd / andra upptäckta risker .....	5
5.4	Vårdskadestnader .....	6
5.5	Åtgärdsförslag.....	6
6	Tidsåtgång .....	6
7	Uppdragsgivarens kommentarer .....	7
7.1	Åtgärder.....	7
7.2	Återkoppling .....	7
7.3	Uppföljning .....	7
8	Förklaringar på termer och begrepp .....	8
9	Bilagor.....	9

# 1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

## 1.1 Initierings- och startdatum

## 1.2 Återföringsdatum

# 2 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt att föreslå åtgärdsförslag för att förhindra ett upprepande.

# 3 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

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

# 4 Metodik

Dokument och annat material som förekommit som faktaunderlag samt intervjuer.

- Patientens klagomål till IVO
- Journaldokumentation ur Obstetrix
- Intervju med patient och närstående
- Intervju med barnmorska och läkare

## 5 Resultat

### 5.1 Händelseförlopp

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer av direkt och indirekt involverade medarbetare, samt genomgång av journaler och andra handlingar. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovisas under *Metodik*.

Patienten är en 37-årig II para med akut sectio 2002 p.g.a värksvaghet och vaginal förlossning med VE p.g.a värksvaghet 2004. Har Mb Chron i anamnesen, är opererad 2009, stabil remission och medicinfri under graviditeten. Normal graviditet, tillväxt kontroller u.a.

Dag 1 kl 10.10

Förlossningen induceras p.g.a överburenhet i graviditetsvecka 42+0 med BARD kateter p.g.a omoget cervixstatus (Bishop score 2 poäng).

Åtta timmar senare startas oxytocininfusion efter det att BARD katetern glidit ut. Vid vaginal undersökning är cervix bibehållen 2 cm, modermunnen öppen 2,5 cm och föregående fosterdel huvud är uppskjutbart i bäckeningången. Oxytocininfusion ordineras i syfte att få huvudet att tränga ned.

Oxytocininfusionen pågår under drygt 5 timmar och avslutas kl 23.16 då patienten inte har något adekvat värkarbete, amniotomi är ej möjligt att utföra och för att patienten ska få sova.

Dag 2

kl 10.40 Induktionen fortsätter med 1 mg Minprostin.

Vid morgonrond förs diskussion om fortsatt handläggning. Patienten är trött och uppgiven och upplever situationen som hopplös. Vid vaginal undersökning är cervix är mycket mjuk, bibehållen 3 cm, yttre modermunnen öppen 2-3 cm och föregående fosterdel huvud nås nått och jämt. Förlossningsläkare misslyckas med att göra amniotomi, varför fortsatt induktion med Minprostin ordineras.

6 timmar senare utförs amniotomi, klart fostervatten avgår. Cervixstatus är som vid föregående undersökning. Patienten känner enstaka svaga sammandragningar men upplever situationen som jobbig.

3 timmar efter amniotomi startas oxytocininfusion. Cervixstatus är oförändrat. Patienten har regelbundna sammandragningar.

kl 21.20 läggs EDA i samråd med förlossningsläkare. Oxytocininfusionen pågår med 40 ml/h.

1 timma senare är cervix bibehållen 0,5 cm, modermunnen öppen 3 cm, mjuka kanter. Partogram startas. CTG är normalt.

Dag 3

kl 00.24 ges extrados i EDA:n p.g.a. att patienten har mycket ont. Oxytocininfusionen pågår med 80 ml/h.

kl 02.30 tas skalpprov av förlossningsläkare p.g.a. patologiskt CTG. Normalt laktat (3.0). Snabb förlossningsprogress konstateras; cervix är öppen 10 cm. Oxytocininfusion pågår med 100 ml/h.

Förlossningsläkare blir därefter upptagen med andra patienter.

Oxytocininfusion får fortgå med samma dos trots god progress och patologiskt CTG.

kl 02.48 visar CTG ett preterminalt mönster. Förlossningsläkare tillkallas för bedömning. Oxytocininfusion stängs av. Vid undersökning är cervix fullvidgad och föregående fosterdel huvud står med vertex vid spinae. Då fosterljuden inte hämtar sig beslutas ett larmsnitt kl 02.51, larmet utlöst kl 02.52. Injektion Bricanyl ges kl 02.53.

Förlossning sker med kejsarsnitt kl 03.07, 15 min efter det att larmet utlösts. Vid ankomst till operation pågår ett annat kejsarsnitt. Förlossningsläkaren upplever att narkosläkaren har svårigheter att intubera patienten och att det tar lång tid innan operationen kan starta.

Barnet, en pojke, föds med Apgar score 2-3-4. Navelsträngsprov saknas.

Uterusruptur konstateras där hela gamla uterotomin har brutit.

Barnet omhändertas av barnpersonal. Vårdas på neonatalavdelning och hypotermibehandlas.

Föräldrarna har uppfattat att hypotermibehandlingen inte varit optimal, slangar kopplades fel och temperaturen blev för hög. VC neonatal har informerats om detta.

Barnet har sannolikt fått en bestående skada i samband med förlossningen.

## 5.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutiner för ställningstagande till induktion vid överburenhet och icke normalpatient saknas

Kommunikation & information

Bristande kommunikation

Kommunikation & information

Patientens delaktighet i vården otillräcklig

Omgivning & organisation

Otillräcklig bemanning på operation

Omgivning & organisation

Otillräcklig jourbemanning

Utbildning & kompetens

Induktion med prostaglandin av patient som tidigare är förlöst med kejsarsnitt medför ökad risk för uterusruptur

Utbildning & kompetens

Otillräcklig kunskap om åtgärder vid patologiskt CTG och oxytocinstimulering

### **5.3 Bifynd/andra upptäckta risker**

Vid intervju med föräldraparet framkom att de uppfattat att hypotermibehandlingen inte varit optimal.

Verksamhetschefen på neonatalavdelningen är informerad.

### **5.4 Vårdskadekostnader**

Kostnader för neonatal intensivvård samt rehabilitering.

### **5.5 Åtgärdsförslag**

Läkarbesök och ställningstagande vid överburenhet hos icke normal patient.

PM för induktion av patienter med tidigare kejsarsnitt.

Riskbedömning av patient på förlossningen (har numera införts).

Uppföljning av förståelse för given information.

Utökad bemanning jourtid (har numera införts).

Återkommande CTG certifiering.

Kommunikation enligt SBAR.

## 6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	17
För analysteam	17
För involverade medarbetare (intervjuer, återkoppling etc)	5
SUMMA	39



## **7 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **7.1 Åtgärder**

Föreslagna åtgärder är föredragna vid ledningsmöte obstetrik 141204 och beslutade av verksamhetschef. Dialog har förts om respektive åtgärd och hur uppföljningen av åtgärdernas genomförande ska ske. Typer av egenkontroll har diskuterats.

### **7.2 Återkoppling**

Återkoppling enligt handlingsplan och vidare kommunikation/dialog i personalgrupper via APT och vid fokustavla. Berörd personal har fått återkoppling, vilket även gäller patient/partner.

### **7.3 Uppföljning**

Uppföljning enligt handlingsplan och är planerad att ske 150430. Vid detta tillfälle redovisas resultat från journalgranskning, mm.

## 8 Förklaringar på termer och begrepp

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

Amniotomi	Att göra hål på fosterhinnorna
AS (Apgar score)	Vitalitetsbedömning av nyfött barn
Bard kateter	Ballongkateter för mekanisk mognad av livmoderhalsen
Bricanyl	Läkemedel som har livmoderavslappnande effekt
Cervix	Livmoderhalsen
EDA	Ryggbedövning
Hypotermibehandling	Behandling som sänker kroppstemperaturen
Laktat	Prov för att bedöma syrebrist
Minprostin	Läkemedel för utmognad av livmoderhalsen
Oxytocin	Läkemedel för framkallande av förlossningsvärkar
Partus	Födelse
SBAR	En mall för kommunikation och rapportering: Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation
Skalp prov	Blodprov från barnets huvud
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

## **9 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf