

Datum: 2018-02-15

## Händelseanalys

**Intrauterin fosterdöd på BB efter sovdos**

November 2017

Analysledare:

## Sammanfattning

- ✓ Uppdraget har varit att kartlägga omständigheterna kring en intrauterin fosterdöd i fullgången tid som äger rum på BB-avdelning, i syfte att identifiera eventuella brister i vården.
- ✓ Förstföderska av utländsk härkomst som talar relativt god svenska, men som enligt MVC-journal har tolkbehov. Patienten söker förlossningen på kvällen pga smärtsamma sammandragningar i graviditetsvecka 39+3. Hon har sökt flera gånger senaste fyra dagarna med liknande symptom. Vid ankomst noteras omogen livmoderhals, normalt CTG samt lätt förhöjt blodtryck på 140/100. Läkare undersöker patienten pga blodtrycksstegringen och ordinerar prover, urinsticka samt nytt blodtryck. Nästa blodtryck är 150/100 varpå patienten erhåller tabl. Trandate 100 mg. Blodtrycket sjunker efter detta till 140/90. Blodprover är normala. Ny inre undersökning tre timmar efter ankomst visar trots fortsatta smärtsamma sammandragningar ett oförändrat cervixstatus. Patienten bedöms vara i latensfas. Efter samråd mellan barnmorska och läkare erhåller patienten en sovdos med Bricanyl, morfin och Zolpidem. Hon flyttas till BB för att vila. Då patienten inte hörs av under natten utgår personalen från att hon kunnat vila. Påföljande förmiddag flyttas hon tillbaka till förlossningen för ny bedömning. Man konstaterar då intrauterin fosterdöd.
- ✓ Analysteamet har inte identifierat någon del i handläggningen som direkt har framkallat fosterdöden. Däremot har vi identifierat några bakomliggande faktorer som möjligen skulle kunna innebära risker för patientgruppen kvinnor i latensfas. De faktorerna är möjlig språkförbistring, otydlighet i vilken information som skall ges och av vem, otydligheter i verksamhetens riktlinjer kring handläggning av patient efter s.k. sovdos. Vi föreslår bl. a reviderad (förtydligad) riktlinje samt reviderad skriftlig patientinformation.

## 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 .....	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	6
4.5	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång .....	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling .....	8
6.3	Uppföljning .....	8
7	Ordförklaringar .....	9
8	Bilagor.....	10

## 1 Uppdrag

Att klarlägga omständigheterna kring en intrauterin fosterdöd som skedde under inläggande vård.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Kvinnosjukvård

Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-05

Startdatum: 2018-01-25

Analysens startdatum blev fördröjt pga. storhelger.

### 1.3 Återföringsdatum

2018-03-29

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

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

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Litteratur/artiklar/rapporter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Tid för händelse

Ung förstföderska av utländsk härkomst, tolkbehov enligt MVC-journal. Känd ventrikelseptumdefekt. Normala kontroller på MVC. Journalgenomgång vid GUCH-konferens, planerad för normal förlossning. Tre polikliniska besök pga. förväskar dagarna innan inkomst.

Dag 1 kl 20.44

Inkommer till förlossningen i v 39+3 pga. värkar. Tas om hand av barnmorska enligt rutin med yttre och inre undersökning. Livmoderhalsen är halvfast och 2 cm lång, modermunnen öppen 1 cm. CTG normal. Blodtryck 140/100 föranleder läkarkontakt.

kl 21.39

Läkare har undersökt patienten som är smärtpåverkad och andas lustgas. Läkaren ordinerar urinsticka, toxprover samt planerar fortsatt uppföljning av blodtrycket.

kl 23.00

Nattrond med läkare. Blodtryck 150/100, 2+ proteinuri och normala enkla toxprover. Läkare ordinerar tablett Trandate 100 mg samt nytt blodtryck om en timme.

Dag 2 kl 00.00

Blodtryck 140/90. Oförändrat cervixstatus. Bedöms vara i latensfas. Barnmorska och läkare beslutar i samråd att rekommendera sovdos. Barnmorskan ger inj Bricanyl 0,25 mg sc samt inj morfin 10 mg sc enligt PM Latensfas.

Patient och partner uppger i senare intervju att de inte har fått tillräcklig information om behandlingen samt att man ej inhämtat deras samtycke.

kl 01.15

Patienten flyttas med partner till BB-avd för att sova. Insomningstablett Zolpidem 10 mg ges enligt PM Latensfas.

kl 09.55

Pat har hörts av vid två tillfällen men när barnmorskan tittar in förefaller patienten sova. Man låter henne vila.

Patienten har haft ont större delen av natten men inte förmedlat detta till personalen.

kl 11.30

Patienten flyttas tillbaka till förlossningen för ny bedömning enligt praxis. När CTG skall startas konstateras intrauterin fosterdöd. Förlossning induceras och patienten föder påföljande natt en dödfödd flicka som vägde 2690g. Rutinmässig utredning enligt verksamhetens riktlinje för intrauterin fosterdöd genomfördes utan säker förklaring till dödsfallet. Mikroskopisk analys av moderkakan är beställd men svar föreligger ännu inte. Föräldraparet erbjöds i enlighet med våra rutiner även obduktion av flickan men avböjde.

Bakomliggande orsaker

I följande områden har inga bakomliggande orsaker identifierats: Teknik, utrustning och apparatur, Omgivning och organisation, Utbildning och kompetens

Kommunikation & information

Möjlig otydlighet om vems ansvar det är att informera patienten och vilken information som skall ges

Kommunikation & information

Risk för missförstånd när patienten talar god men ej flytande svenska

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Riktlinjen "Latensfas" belyser inte fortsatt handläggning efter sovdos

Ingen av ovanstående bakomliggande orsaker bedöms av analysteamet ha framkallat fosterdöden. Dock är vår bedömning att förbättringar på dessa områden skulle ska öka tryggheten och ge ett generellt bättre omhändertagande för gruppen av kvinnor med förlängd latensfas.

## **4.2 Bifynd och andra upptäckta risker**

## **4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader**

## 4.4 Åtgärdsförslag

Diskussion i personalgruppen om vilken information som bör ges och av vem, oavsett om patienten skall gå hem eller läggas in.

Påminna i personalgruppen om vikten av att försäkra sig om att patienten uppfattat given information, särskilt om modersmålet inte är svenska

Revision av PM med tydliggörande av lämplig information inför sovdos samt fortsatt handläggning efter sovdos

Revidera befintlig skriftlig patientinformation om latensfas. Den bör belysa olika behandlingsalternativ inklusive egenvård, samt i vilka situationer patienten skall höra av sig till sjukvården.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	12
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	28

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Händelseanalysen har inte identifierat någon del i handläggningen som direkt har framkallat fosterdöden. Däremot har den identifierat några bakomliggande faktorer som möjligen skulle kunna innebära risker för patientgruppen kvinnor i latensfas. De förslag på åtgärder som är föreslagna är relevanta och kommer att vidtas. Tidsplanen, att de ska vara åtgärdade under VT 2018 med slutdatum 2018-06-15.

### **6.2 Återkoppling**

För återkoppling till berörda enheter och patient ansvarar analysteamet och patientsäkerhetsgruppen.

### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning kommer att ske under okt 2018 i patientsäkerhetsgruppen. Med återkoppling till verksamhetsrådet.



## 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
VSD	Ventrikelseptumdefekt (ett slags medfödd hjärtmissbildning)
Intrauterin	I livmodern
GUCH	Grown-up congenital heart disease
GUCH-konferens	Forum för samråd mellan hjärtläkare, förlossningsläkare och narkosläkare
CTG	Elektronisk övervakning av fostrets hjärtljud samt kvinnans värkar
Toxprover	Blodprover som tas för att bedöma eventuell organpåverkan vid högt blodtryck/havandeskapsförgiftning
Cervix	Livmoderhals
Bm	Barnmorska
Latensfas	Förlossningens första fas som kan vara upp till flera dygn, smärtsamma värkar får livmoderhalsen att mogna
Sovdos	Kombination av läkemedel som ges för att möjliggöra vila under latensfas
Bricanyl	Läkemedel som hämmar värkar
Inj	Injektion (spruta)
Sc	Subkutant = i underhuds fett

PM:

Pro memoria = riktlinje inom verksamheten

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan