

Händelseanalys

Uterusruptur hos tidigare kejsarsnittad patient.

Händelseanalysledare:

Barnmorska, Obstetrik SU

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdraget var att kartlägga handläggningen av en förlossning som slutade med uterusruptur, i syfte att finna åtgärdsförslag för att minska risken för liknande händelser.

Omföderska med tidigare akut kejsarsnitt inkom med spontan förlossningsstart. En omfattande förlossningsplanering fanns som föreskrev att man vid långdraget förlopp skulle konvertera till kejsarsnitt. Det förelåg primär värksvaghet som föranledde oxytocinstimulering efter muntlig läkarordination. Droppet pausades upprepade gånger av barnmorska pga CTG-avvikelse, smärtproblematik, tonusökad livmoder samt misstanke om avvikande bjudning, vilket läkare informerades om. Efter femton timmar på avdelningen bedömdes patienten på sal av läkare som ordinerade fortsatt oxytocinstimulering. Patienten blev retraherad men sedan stagnerade förlossningen åter. Ytterligare läkarbedömning fördröjdes pga hög arbetsbelastning. Då cervix varit retraherad ca fyra timmar förlöstes patienten med hjälp av sugklocka på indikation uttröttad moder. Patienten uppvisade då symptom som gav misstanke om uterusruptur, vilket bekräftades med laparotomi post partum. Mor och barn föreföll vid uppföljning ha återhämtat sig.

Bakomliggande orsaker är bland annat oklara rutiner i omhändertagande av högriskpatienter, hög arbetsbelastning för förlossningsläkaren under det aktuella passet, återkommande brister i signering av CTG samt checklista för oxytocin samt en kultur där vaginal förlossning ibland eftersträvas trots flera ogynnsamma faktorer.

De viktigaste åtgärdsförslagen är revision av PM för riskbedömning, optimera utnyttjande av personalresurser vid hög arbetsbelastning, sprida kunskap om det aktuella fallet för att belysa risker vid tidigare kejsarsnitt, öka medvetenheten om klinikens signeringsrutiner.

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	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Vi har fått uppdraget att utreda om en förlossning av en tidigare kejsarsnittad patient, som drabbades av uterusruptur, har handlagts korrekt. Syftet med analysen är att kartlägga händelseförloppet och att finna eventuella åtgärdsförslag för att minska risken för upprepning.

1.1 Uppdragsgivare

Tf Verksamhetschef, Obstetrik SU
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 180822

Startdatum: 180904

1.3 Återföringsdatum

181030

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Barnmorska	Obstetrik SU
Vice analysledare / Barnmorska	Obstetrik SU
Vice analysledare / Läkare	Obstetrik SU
Vice analysledare / Barnmorska	Obstetrik SU

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med involverad personal, 5 personer
- Intervju med patient och anhörig
- Journalhandlingar

-Verksamhetens befintliga skriftliga rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

35-årig kvinna med tidigare akut kejsarsnitt vilket upplevdes traumatiskt. Depression och oro finns i anamnesen.

1.

Dag 1 kl 06.00

Patient inkommer i fullgången tid med spontana värkar och vattenavgång. Cervix är öppen 4 cm. Patienten har en förlossningsplan som föreskriver konvertering till kejsarsnitt vid långdraget förlopp. Patienten bedöms som medelrisk.

2.

Dag 1 kl 09.20

Sittrond: Genomgång av förlossningsplan. Cervix är öppen 5 cm.

3.

Dag 1 kl 12.29

Patienten har fått EDA med suboptimal effekt, extrados given. Oxytocindropp startas efter muntlig läkarordination pga utebliven progress. Riskbedömning ändras till högrisk. Checklista för oxytocinstimulering upprättas.

4.

Dag 1 kl 16.00

Sittrond: Mycket långsam progress, cervix öppen 6 cm. Oxytocindropp har stängts av vid 2 tillfällen pga CTG påverkan och misstanke om överstimulering. Osäkerhet om barnets läge förekommer. Plan efter rond är att åter koppla oxytocin för stimulering.

Pågående förlossningsläkare träffar ej patient.

5.

Dag 1 kl 17.56

Narkosläkare korrigerar EDA-katetern efter patientens önskan. Cervix öppen 7 cm, således långsam progress. Man har avvaktat med oxytocin i väntan på bättre smärtlindring men återupptar nu stimulering.

6.

Dag 1 kl 19.02

Barnmorskan misstänker avvikande bjudning och kontaktar förlossningsläkaren för bedömning. Oxytocindropp pågår. CTG signeras normal av barnmorskan.

Läkaren är upptagen, kan ej komma.

7.

Dag 1 kl 19.40

Fortsatt utebliven progress trots lägesändringar och försiktig höjning av oxytocin. Pga CTG-förändringar stängs oxytocindroppet av för tredje gången. Barnmorskan avvaktar förlossningsläkarens bedömning.

8.

Dag 1 ca kl 21.00

Time out inne hos patienten tillsammans med barnmorska och läkare. Cervix fortsatt öppen 7 cm. CTG normal. Beslut tas om att åter starta oxytocinstimulering samt arbeta med lägesändringar.

Patient och partner upplever inte delaktighet i beslutet efter Time out. Patienten är utmattad och har svårt att uttrycka sin tveksamhet.

9.

Dag 2 kl 01.30

Patienten har varit retraherad sedan midnatt. Oxytocindroppet pågår med 140 ml/h. CTG är patologiskt. Förlossningsläkare signerar CTG. Droppet stängs av. Läkaren ordinerar att droppet kan sättas på när CTG har normaliserats.

10.

Dag 2 kl 02.30

Oxytocindroppet startas åter efter att CTG bedöms normaliserat.

CTG är inte signerat varken i Milou eller på checklista för oxytocinstimulering. Analysteamet bedömer CTG vid denna tidpunkt som avvikande. Barnmorskan har i efterhand klassificerat CTG som normalt i löpande text.

11.

Dag 2 kl 03.20

Läkaren är på rummet för att planera avslutet av förlossningen, men blir larmad till urakut händelse och lämnar rummet. Barnmorskan fortsätter jobba aktivt med patienten och låter oxytocinstimulering fortgå.

CTG fortsatt ej klassificerad varken i Milou eller på checklista. Analysteamet bedömer att CTG vid denna tidpunkt är patologisk.

12.

Dag 2 kl 04.05

Läkaren är åter på rummet. Barnets huvud står mot bäckenbotten. Patienten klagar på intensiv bandformad smärta över buken. Beslut tas om att avsluta förlossningen med sugklocka på indikation uttröttad moder.

Dag 2kl 04.26

Efter två lätta drag står huvudet i genoms kärning och barnmorskan tar över för att förlösa. Trots värk progredierar inte barnet. Axlar förlöses med svårighet. AS 1-8-9. Misstanke om uterusruptur. Patienten tas till operation där man laparotomerar och finner en ruptur i det gamla ärrret. Total blödning 2300 ml, vårdtid tre dygn. Barnet visar initialt tecken till Erbs pares som senare går i regress.

Patienten och hennes partner intervjuades av teamet som ett led i utredningen. Patienten har trots komplikationen hämtat sig väl både fysiskt och psykiskt, men är ledsen och besviken över att förlossningsplanen inte följdes. Hon tycker i efterhand att förlossningen blev precis på det sätt som

var sagt att man skulle undvika. Paret upplevde inte delaktighet i de beslut som togs under förlossningens sista timmar, och då framför allt beslutet att driva förlossningen vidare efter kl 21. Patienten uttrycker att det mest kändes som om de presenterades en färdig plan, att paret hade kunnat bryta genom att protestera men att det då hängde på deras egen viljestyrka.

Paret har träffat analysteamet vid ytterligare ett tillfälle för att delges resultatet av utredningen.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Svårare att ha en bra dialog när läkare och patient inte har träffats tidigare

Omgivning & organisation

Det är möjligt att det ibland kan finnas en omedveten önskan hos personalen om att i hög utsträckning eftersträva vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt, även när ogynnsamma faktorer föreligger

Omgivning & organisation

Grundbemanningen är sårbar vid tillfälliga toppar i arbetsbelastningen för såväl barnmorskor som läkare

Omgivning & organisation

Ibland föreligger svårigheter att lägga optimalt journalschema för läkarna pga att många faktorer skall tas hänsyn till, exv utbildningar, komplement, personliga önskemål

Omgivning & organisation

System för kontroll och individuell återkoppling saknas

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutin för riskbedömning ej reviderad avseende handläggning av högriskpatienter

Alla orsaksområden är beaktade i analysen. I följande områden har inte några bakomliggande orsaker upptäckts: Utbildning & kompetens samt Teknik, utrustning & apparatur.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Utfallet jämförs med ett förmodat okomplicerat akut kejsarsnitt i tidigare skede av förlossningen.

Patienten opererades under 2,5 timmar vilket är längre tid än ett okomplicerat kejsarsnitt. Urografi utfördes postoperativt för att utesluta uretärskada. Patienten erhöll 5 enheter blod, 3 enheter

plasma samt en enhet trombocyter vilket ej brukar behövas vid ett okomplicerat kejsarsnitt. Trots det komplicerade förloppet var vårdtiden endast tre dygn vilket är normalt.

4.5 Åtgärdsförslag

Dagliga påminnelser om signeringsrutiner, t ex vid fokustavla

Fortlöpande dialog inom verksamheten om patientens rätt till delaktighet och rätt att avstå föreslagna åtgärder

Påminnelse till läkargruppen om möjligheten att ringa in bakjour vid akuta krockar

Revision av riskbedömnings-PM: högriskpatient bör rondas inne på rummet vid ordinarie rond samt när avvikelser tillstöter

Sprida kunskap om det aktuella fallet, exempelvis vid APT

Systematisk uppföljning och återkoppling från chef till medarbetare avseende följsamhet till rutiner

Utnyttja barnmorskebemanningen optimalt genom att främja samarbete mellan avdelningarna

Återkoppling till läkarnas schemagrupp angående aktuell händelse

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Återkoppling till läkarnas schemagrupp	Mail till sektionschefer	ÖL Lisa Parén	Juli 2018
Revision av PM för riskbedömning har påbörjats	Handläggning av högriskpatienter förtydligas	VÖL Teresia Svanvik	Planeras klart dec 2018

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	22
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4

Kunskapsbanksnummer: KB444884

SUMMA	56
-------	----

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärdsförslagen bedöms som adekvata, några är redan åtgärdade och de övriga kommer genomföras med start 2018 och beräknas pågå tom mars 2019. Alla åtgärdsförslag är inte konkreta men ändå viktiga att se över såsom schemaläggning.

6.2 Återkoppling

Återkoppling sker på fokustavlor och APT. Vi kommer även börja publicera aktuella händelseanalyser i skriftlig form i vår informationskanal.

Information till patient och närstående görs via kvalitets och patientsäkerhetsgruppen.

6.3 Uppföljning

Förbättrad CTG-signering kommer följas upp genom journalgranskning av signering. Övriga åtgärder av KPG

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
AS	Apgar score = poängsystem för bedömning av nyfött barns tillstånd
APT	Arbetsplatsträff
Bakjour	Erfaren läkare i beredskap i hemmet under jourtid
Bm	Barnmorska
Cervix	Livmoderhals
CTG	Kardiotokografi = elektronisk fosterljudsövervakning som speglar barnets mående och kvinnans värkar
EDA	Epiduralanestesi = ryggbedövning som är vanlig under förlossning
Erbs pares	Nervskada i axelregionen som medför nedsatt rörlighet i armen
Fokustavla	Whiteboard som används för att fokusera på information och eventuella problem i det dagliga arbetet
Milou	Datasystem för fosterljudsövervakning
Oxytocin	Syntetiskt läkemedel som framkallar värkar
PM	Pro memoria = skriftliga

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan