

Kunskapsbanksnummer: KB5739422

Datum: 2019-06-14

Händelseanalys

Asfyxi

Analysledare:

Barn- o kvinnocentrum i Österg
Region Östergötland

Sammanfattning

Tidigare frisk kvinna, gravid med 2:a barnet. Förlöst med akut sectio-15 pga. primär värksvaghet. Negativ förlossningsupplevelse, infektion i efterförlopp och barn som vårdades på neonatalavdelning. Pat planerades för vaginal förlossning, hade en förlossningsplan med överenskommelse att avbryta förlossningen med snitt om förloppet liknade förra förloppet.

20190410

Patienten kontaktade förlossningen pga spontan vattenavgång och begynnande värkarbete. Vid ankomsten till förlossningen bedömdes hon inte vara i aktivt förlossningsarbete. Riskbedömd – medelrisk r/t BMI, tidigare sectio samt mekoniumfärgat fostervatten.

Vid kl 06.30 gavs patienten tidig EDA, fostervattnet var då kraftigt mekoniumtillblandad. En timme senare bedömdes patienten vara i aktivt värkarbete. Oxytocindropp kopplades i värkförstärkande syfte. Fosterljuden och värkarbete övervakades med skalpelektrod och intrauterin värkmätare. Amnioninfusion pga mekoniumfärgat fostervatten. Förlossningsförloppet bedömdes vara i progress, värkstimulerande droppet ökades succesivt.

Under förmiddagen är CTG avvikande och provtagning laktat (normala värden) ordinerats och tas efter lunch relaterat till att CTG bedömdes fortsatt vara avvikande. Värkstimulerande dropp stängs av 15 min före provtagning. Därefter kommer en period på 35 minuter med ett patologiskt CTG där laktat inte kontrolleras eller droppet sänks eller stängs av. Laktat som tas senare är kraftigt förhöjt och det beslutas att avsluta förlossning med sugklocka. Beslutet fattas utan samråd med övriga teamet. Sugklocka anläggs av bakjour, det finns progress, huvud följer trots glesa värkar. Efter totalt 7 dragningar framföds barnet. Barnet avnavlas omgående och tas ut till barnbordet. Barnläkare är närvarande. Barnet har hjärtljud och är lätt att ventileras. Får fin färg rätt så omgående och börjar med egen andning efter 2-3 minuter. Bedöms inte uppfylla kriterierna för kylbehandling (B-kriterier). Barnet togs till NEO avdelningen för fortsatt vård, började krampa sex timmar senare. Utredning med MR visade utbredd ischemisk skada, måttlig ischemisk encefalopati sannolikt med bestående skada. Medicinsk utredning på barnet visar ingen annan orsak till skadan än asfyxi.

Bakomliggande orsaker har identifierats inom områdena: Kommunikation & information.

Procedurer/rutiner & riktlinjer samt utbildning & kompetens

Åtgärdsförslag: Skapa rutin för kort avstämning med samtliga i teamet. "Time-out". Fallgenomgång med förlossnings- och barn personal. Skapa rutin för hur många samt vilken kompetens som ska finnas på rummet. Genomför utbildningsinsats med CTG tolkningsövningar. Skapa/följ rutin för att säkra tolkning av CTG övervakning särskilt vid skiftbyten. Uppdatera och förtydliga medicinska riktlinjer gällande CTG och skalpprovtagning. Återföring av händelseanalys till medarbetare på förlossning och barnklinik.

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

Uppdrag att genomföra händelseanalys

Härmed ger jag i uppdrag att genomföra en händelseanalys av den inträffade händelsen med ärendenummer 456835 i avvikelssystemet.

Omedelbart vidtagna åtgärder: Genomgång av förloppet med personalgruppen.

Analysens tidsram: start v. 23 och klar v.25

Specifika frågeställningar som ska besvaras: var barnets skada undvikbar?

Patient och partner intervjuas och återkopplas resultat av händelseanalysen.

Syftet med analysen är att identifiera systemfel och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörd/berörda avdelningar och involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att genomföras. Jag kommer även att se till att patienten/närstående/patienten och de närstående blir informerade. Efter analysen kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat och återkoppla analysens resultat till involverade medarbetare och till patienten/närstående/patienten och de närstående.

Analysen genomförs i IT-stödet Nitha (Nationellt it-stöd för händelseanalys). När jag har fått tillbaka analysen läggs den ut aidentifierad i Nithas kunskapsbank.

I analysteamet kommer verksamhetskunnig medarbetare från verksamhet att ingå. Ytterligare deltagare i analysteamet utses av analysledaren.

1.1 Uppdragsgivare

-Verksamhetschef Kvinnokliniken

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-05-29

Startdatum: 2019-05-29

1.3 Återföringsdatum

2019-06-20

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare

Vice analysledare / Barnmorska

Analysteammedlem / Övriga personer

Enhet

Barn- o kvinnocentrum i Österg
Barn- o kvinnocentrum i
Österg/Kvinnokliniken i Östg ViN
Barn- o kvinnocentrum i
Österg/Kvinnokliniken i Östg ViN
Barn- o kvinnocentrum i
Österg/Kvinnokliniken i Östg ViN

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

-Intervjuer

-Journaler

-Internutredning

-Föräldrars skriftliga redogörelse

-Medicinska riktlinjer

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Tidigare frisk kvinna, gravid med 2:a barnet. Förlöst med akut sectio-15 pga. primär värksvaghet. Negativ förlossningsupplevelse, infektion i efterförlopp och barn som vårdades på neonatalavdelning.

20190410

Inskrivnings BMI 32. Pat planerades för vaginal förlossning, hade en förlossningsplan med överenskommelse att avbryta förlossningen med snitt om förloppet liknade förra förloppet.

Patienten kontaktade förlossningen pga spontan vattenavgång och begynnande värkarbete. Vid ankomsten till förlossningen (04.45) bedömdes hon inte vara i aktivt förlossningsarbete. Fick iv. Morfin i smärtlindrande och avslappnande syfte, dock med föga effekt. Pat var riskbedömd – medelrisk r/t BMI, tidigare sectio samt kraftigt mekoniumfärgat fostervatten.

Vid kl 06.30 gavs patienten tidig EDA, fostervattnet var då kraftigt mekoniumtillblandad. En timme senare bedömdes patienten vara i aktivt värkarbete. Kl 08.30 kopplades Oxytocindropp i värkförstärkande syfte. Fosterljuden och värkarbete övervakades med skalpelektrod och intrauterin värkmätare. Efter morgonronden beslut om amnioninfusion pga mekoniumfärgat fostervatten. CTG bedömdes normalt. Förlossningsjouren och bakjouren stämde av handläggningen fortlöpande under förloppet. Förlossningsförloppet bedömdes vara i progress, värkstimulerande droppet ökades succesivt.

1.

12.30+13.58

CTG är normalt fram till ca 10.00 då det avviker, förlossningen är i progress. Efter lunch ordinerar laktat av bakjour, då CTG bedömdes fortfarande vara avvikande. Förlossningsjour uppfattar att bakjour säger att värkstimulerande droppet ska stängas av före laktatprovtagning, så det görs ca 15 min. före prov. Laktat tas vid två tillfällen efter lunch med normala värden.

Felhändelse: Avstängt oxytocin dropp bromsar förlossningsförloppet och påverkar eventuellt resultat på laktatprov.

2.

13.55 -14.30

Patologiskt CTG och livmoder lätt överstimulerad. Vid eftergranskning av hela CTG-kurvan noteras att CTG under 35 minuter är patologiskt.

Felhändelse:

Dokumentation i journal saknas gällande bedömning av CTG under den här perioden (13.55-14.30) som är samtidigt som skiftbyte hos barnmorskor. Laktat kontrolleras inte under den här perioden och värkstimulerande droppet sänks inte/stängs inte av.

Ca kl 15 såg det ut som att CTG kurvan hade normaliserats. Värkarna bedömdes palpatoriskt ineffektiva och man fortsatte därför att höja det värkstimulerande droppet.

3.

16.10-16.23

Det har vid intervju med bakjour framkommit att Laktat ordineras som extra kontroll på grund av tidigare svårtolkat CTG, det framgår inte av journaltext att CTG är svårtolkat. Laktat är nu 17, man beslutade att ta om provet som även det visar sig vara kraftigt förhöjt, 17,1. Bakjouren tillkallades och tar om provet pga diskrepans med CTG som bedömdes normal, laktatet 17,4.

4.

16.24 ca

Bakjour fattar beslut att avsluta förlossningen med sugklocka. Alternativet akut snitt bedömdes av bakjour som riskfyllt pga mors BMI och tidigare sectio.

Felhändelse: Bristande riskbedömning med hänsyn till: Värkstimulerande dropp hade varit avstängt 30 min. Glesa ineffektiva värkar. Vaginal förstföderska. Cervix ej retraherad. Feber hos mor som påverkar barnet resurser. Beslutet fattas utan samråd med övriga teamet.

5.

16.29

Sugklocka anläggs av bakjour, det finns progress, huvud följer trots glesa värkar. Efter totalt 7 dragningar framföds barnet

6.

20190410KI.16:57

Barnet föds och avnavlas omgående och tas ut till barnbordet. Barnläkare är närvarande.

Barnet har hjärtljud och är lätt att ventilera. Får fin färg rätt så omgående och börjar med egen andning efter 2-3 minuter. Bedöms inte uppfylla kriterierna för kylbehandling (B-kriterier)

Barnet togs till NEO avdelningen för fortsatt vård, började krampa sex timmar senare. Utredning med MR visade utbredd ischemisk skada, måttlig ischemisk encefalopati sannolikt med bestående skada. Medicinsk utredning på barnet visar ingen annan orsak till skadan än asfyxi.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Det har vid intervjuer med barnmorskor framkommit att CTG diskuterades i barnmorsketeamet och läkarna informerades om CTG men att det inte skedde någon gemensam (läkare och bm) bedömning eller diskussion kring CTG. Bedömning inför beslutet om sugklocka gjordes utan att samla alla i teamet som deltog i patientens vård vilket ledde till begränsad riskbedömning/helhetssyn/tunnelseende.

Koordinator var inte på förlossningsrummet vilket normalt sett är rutin vid alla förlossningar. Ansvarig barnmorska hade inte bett koordinator komma in med hänsyn till patienten då de redan var så många inne på rummet.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bristande helhetsbild och bedömning av situationen blir konsekvensen då inte hela teamet medvekar vid bedömningen.

Utbildning & kompetens

Otydliga rutiner och medicinska riktlinjer gällande patologiskt CTG och skalpprovtagning.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Det missades eller misslyckades att ta artärprov från navelsträng. Koordinator hade kunnat vara den extra resurs och ha hjälpt till vid provtagning.

Det saknades genomgång och uppföljning efter förlossningen med samtliga i teamet.

På grund av utlandsvistelse har föräldrar inte intervjuas av analysteamet, de har lämnat en skriftlig redogörelse som har legat till grund för beskrivning av föräldrars upplevelse. I redogörelsen framgår att föräldrar är besvikna på bemötande och möjlighet till delaktighet, upplever att de inte har blivit lyssnade på, före, under och efter förlossning. Konsekvensen för föräldrarna är upplevelsen av en psykiskt traumatisk händelse. Föräldrars upplevelse var att det var väldigt många i rummet, vilket överensstämmer med övriga intervjuades uppfattning, vilket kan ha påverkat beslutet att koordinator inte kallas till rummet.

Händelseanalys initierats sju veckor efter inträffad händelse vilket försvårat analysteamets utredning av händelsen, det saknas korrekta tidsangivelser för när och varför vissa händelser har inträffat och

då minnet sviker hos de intervjuade så är det inte möjligt att exakt återge tidförloppet eller övriga fakta i analysen. Rekommendation är att analys initieras inom 72 timmar efter inträffad händelse.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Har ej beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

Skapa rutin för kort avstämning med samtliga i teamet. "Time-out".

Fallgenomgång med förlossnings-och barn personal.

Skapa rutin för hur många samt vilken kompetens som ska finnas på rummet.

Genomför utbildningsinsats med CTG tolkningsövningar. Skapa/följ rutin för att säkra tolkning av CTG övervakning särskilt vid skiftbyten.

Uppdatera och förtydliga medicinska riktlinjer gällande CTG och skalpprovtagning för att underlätta tolkning.

Återföring av händelseanalys till medarbetare på förlossning och barnklinik.

Öka medvetenheten om risker för bristande övervakning, vård och beslutsfattande vid skiftbyte.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	40
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	20
SUMMA	100

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

- 1) Genomför utbildningsinsats med CTG tolkningsövningar. Skapa/följ rutin för att säkra tolkning av CTG övervakning särskilt vid skiftbyten. Öka medvetenheten om risker för bristande övervakning, vård och beslutsfattande vid skiftbyte.
 - a. Detta är planerat att göras genom utbildningsinsats med systematiska CTG tolkningsövningar under HT 19
 - b. Rutin för att säkra tolkning av CTG under skiftbyte arbetas fram av MLA och VEC under första delen av HT 19 (senast 190930)
- 2) Uppdatera och förtydliga medicinska riktlinjer gällande CTG och skalp-provtagning
 - a. Riktlinjer ovan samt Riktlinje om sugklocka kommer att granskas för att samordna mellan förlossningsklinikerna US Linköping och Vin, i samband med detta ordnas genomgång i läkargruppen på APT
- 3) Skapa rutin för kort avstämning med samtliga i teamet. "Time-out".
 - a. MLA och VEC tar fram en rutin tillsammans med koordinatörerna på förlossningen.
- 4) Fallgenomgång med förlossnings- och barn personal.
 - a. MLA på respektive kliniker ser över möjligheter till detta
- 5) Återföring av händelseanalys till medarbetare på förlossning och barnklinik.
 - a. Kommer att ske i samband med APT på respektive enhet.
- 6) Skapa rutin för hur många samt vilken kompetens som ska finnas på rummet.
 - a. MLA på förlossning och NEO ser över behov av rutin.

6.2 Återkoppling

VC/ Läkarchef informerar berörda läkare. VEC informerar berörda barnmorskor och undersköterskor. Fallgenomgång (genomgång av händelseanalys) vid APT med MLA på förlossningen och i läkargruppen. MLA NEO har genomgång med barnklinikens personal. Vid APT. VC informerar patienten och dennes partner.

6.3 Uppföljning

Åtgärder kommer att följas upp av VC och Verksamhetsutvecklare i samband med Patientsäkerhetsstyrgruppsmöten under hösten med rapport till chefsgruppen i början av oktober och i december.

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
CTG	Kardiotokografi (CTG, efter engelskans cardiotocography), elektronisk fosterövervakning är en övervakningsapparat och metod som används för att övervaka fostret under förlossning.
Oxytocindropp	Läkemedel för värkstimulering
EDA	Epiduralbedövning, epiduralanestesi, eller bara epidural, är en sorts central nervblockad eller ryggbedövning.
Amnioinfusion	Amnioinfusion förutsätter att man har anlagt en IUP-kateter. (Intrauterin tryckmätare). Via denna infunderas 0,9% koksaltlösning. Studier finns som visar att man kan minska risken för mekoniumaspiration med amnioinfusion.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf