

Dag 1

Dag 1

Dag 3 02:46

Dag 3 7:40

Dag 5 15:40

Dag 7 18:46

Gravid kvinna i v 39+6. Hon är tidigare sectioförlost i v 31+6 pga uppseglande havandeskapsförgiftning.

1. Slemproppen går ev även en liten vattenavgång. Kvinnan kontaktar barnmorskemottagning. Får besked att det ej rör sig om vattenavgång eftersom det inte fortsatt att rinna.

Felhändelse
Vattenavgång kontrolleras inte.

Anteckning saknas i journalen

2. Kommer till förlossningen pga sammandragningar sedan 17- tiden. Sammandragningarna har nu blivit tätare. Öppen ca 1- 2 cm. Bedöms som latensfas.

3. Samtal med barnmorska runt latensfas. Åter frukost och åker hem.

4. Återkommer till förlossningen för kontroll. Hon har ringt först på morgonen och sedan vid 11- tiden. Fick då en tid för kontroll på eftermiddagen. Hon har haft sammandragningar sedan förra vårdtillfället. Är nu i v 40+1. Fortfarande öppen 1- 2 cm. Bedöms som latensfas. Får med sig sovdos och åker hem.

5. Återkommer till förlossningen och blir inlagd. Har tidigare ringt först på morgonen då hon berättar att hon fått en mindre slemblandad blödning med färskt blod. Har sammandragningar med 15 min. intervall. Återkommer efter ett par timmar och är trött och uppgiven. Får då tid för uppföljning. Cervix är utplånad och modernmunnen öppen 5 cm. Normala fosterljud. Sammandragningarna avtar. Hon får sovdos. Under natten slumrar hon mellan värkarna

Felhändelse
Uppfattar inte att patienten skulle kunna vara i aktiv förlossningsfas

Sovdos, som redan testats utan bra resultat, ges i stället för att ge EDA och göra amniotomi

Bestämt sig innan patienten kommer

Tidsbrist

Svårbedömd diagnos

Utbildning & kompetens
Går ej att bedöma då anteckning saknas. Enbart kvinnas uppgifter.

Följa rutin vid misstänkt vattenavgång samt dokumentera i journal.

Kommunikation & information
Förstår inte hur besvärligt patienten har det - pratar förbi varandra

Omgivning & organisation
Hög belastning på förlossning

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Saknar riktlinjer för definition och åtgärder vid latensfas

Ta sig tid att lyssna aktivt på vad patienten säger

Ta fram skriftlig information till patient i latensfas

Ej undvikbar

Ta fram styrdokument riktlinjer för definition och åtgärder vid latensfas

Dag 8 11:47 Dag 9 18:13 Dag 11 21:48 Dag 11 23:10 Dag 12 01:10 Dag 12 04:30 Dag 12 05:00

6. Utskrivning då sammandragningarna avtagit. Diskussion med läkare som meddelar att en amniotomi skulle kunna få förlossningen att starta, men hon blir övertalad om att en spontan start är att föredra. Kvinnan är trött och uppgiven. CTG som tas på morgonen är normalt.

14:45 åter kontakt då sammandragningarna startat med 4 sammandragningar per timma.

Felhändelse
Blir hemskickad

Bedöms som latensfas - ej värksvaghet

7. Kommer för bedömning. Har varit i kontakt med förlossningen först 06:39 och sedan 12.08 då det beslutas att hon skall komma för en bedömning. CTG är normalt, förtfarande öppen 4 cm och första barnmorskan känner ingen hinnblåsa. Vid spekulum undersökning kommer en riklig flytning. Tar hjälp av kollega som känner en hinnblåsa och gör en hinnsvepning. Får åka hem.

Felhändelse
Läkare blir inte kontaktad - ej journalfört om försök att kontakta läkare gjorts

Blir hemskickad

8. Kontaktar förlossningen. Tilltagande sammandragningar v 3:e minut. Är nu i v 41+0. Kommer till förlossningen 22:20 Modemunnen öppen 5 cm. Mekoniumfärgat fostervatten. CTG- kurvan ej normal. Temp 38,2.

9. Barnmorska kontaktar bakjour och delger samtliga fynd vilka är oklar vattenavgång, grönaktiga flytningar, ingen hinnblåsa, öppen 5 cm och feber. Läkaren ordinerar antibiotika, paracetamol, vätska, blodstatus, CRP samt kontinuerligt CTG. Bedöms som normal

10. Temp tas igen och är 37,5. CTG basalfrekvens normaliserad inte lika hög. Patienten får EDA lämnas ensam för att vila.

11. Koordinator noterar att basalfrekvensen ändras och går upp igen. Temp tas är 38,3. Primärjour informeras om att patient har feber igen och att CTG- kurvan inte ser bra ut. Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten rinner. Läkaren ordinerar ytterligare antibiotika och paracetamol 6 tim efter första dos.

Felhändelse
CTG ej bedömt/ signerat.

Journalanteckning saknas från läkare

12. Koordinator informerar primärjour om att det finns en oro över patientens CTG- kurva. Läkare ombuds signera CTG- kurva.

Felhändelse
CTG ej bedömt/ signerat

Journalanteckning saknas från läkare

Värkar avtar ingen progress i cervixstatus

Barnmorska 2 träffade patienten ett par dagar tidigare

Läkare var upptagen enligt patienten

Bedöms som latensfas

Utbildning & kompetens
Glömmer cervixstatus fokuserar på värkar

Utbildning & kompetens
Fortsatt på tidigare diagnos

Omgivning & organisation
Hög arbetsbelastning

Utbildning i vad som är förlossningsstart

Patient hade kunnat vänta på att läkare skulle fått tid att undersöka och göra amniosure- test vid tveksamhet om vattenavgång

Omgivning & organisation
Upptagen med annan patient

Ta upp på klinien att CTG- kurvor skall signeras och notera ev åtgärder

Kan oftast avbryta och granska samt signera CTG annars kontakta bakjour.

Journalanteckning kan göras i efterhand vid tidsbrist

Dag 12 05:50

Dag 12 05:50

Dag 12 ca 06

Dag 12 06:20

Dag 12 06:27

13. Bm undersöker patienten som nu är helt öppen och barnets huvud står vid spinae. CTG-kurva ser inte bra ut. Denna information ges till primärjour som åter ombeds signera CTG.

Felhändelse
CTG ej bedömt/ signerat

Journalanteckning saknas från läkare

14. Efter information från bm undersöker läkaren också patienten och konstaterar att föregående fosterdel står vid spinae. Konstaterar att CTG var lite inskränkt men fortfarande normal basalfrekvens.

Felhändelse
CTG ej tolkat korrekt - är patologiskt

CTG ej signerat

Journalanteckning saknas från läkare

15. Koordinatörn hämtar Bm och uttrycker sin oro och frågar hur hen och läkaren tänker kring CTG-kurvan. Bm berättar att läkaren inte är orolig över CTG-kurvan. Koordinatörn ringer efter läkaren och ber läkaren titta på CTG-kurva igen.

16. Läkaren kommer och undersöker patienten tar också ett skalp pH som visar på ett dåligt värde, pH 6,7. Läkaren beslutar om sugklocka som påbörjas 6:17.

Felhändelse:
PH borde inte tagits. Patient borde förlöstas utan fördröjande pH- analys.

17. Ett livlöst barn föds med hjälp av sugklocka. Barnet förs ut till Neopersonal.

18. Barnet är livlöst. Ingen egen andning tveksamt om barnet har puls. Ingen hjärtfrekvens vid auskultation eller EKG. Dock visar POX 160- 180. Startar hjärtkompressioner.

Felhändelse
POX tolkas som hjärtfrekvens vilket leder till fördröjning av hjärtkompressioner

Bristande dokumentation vid barnbordet

19. Försöker sätta PVK. Ringer narkos för hjälp med ventilation. Trycker på hjärtlarm för att sätta intraosseös nål. Ringer bakjour BUM och anestesi

Felhändelse
Fördröjning av läkemedelsbehandling

Sätter inte navelkateter

Läkaren trodde inte barnet var så dåligt

Feltolkat CTG

Undersköterskan som brukar sköta dokumentationen ventilerar

Sätter inte navelkateter

Försöker sätta PVK

Sjuksköterskan tror hon kan få in en infart

Omgivning & organisation
Upptagen med annan patient

Utbildning & kompetens
Svår bedömning, kan feltolkas

Utbildning & kompetens
Kunskapsbrist rörande POX

Kommunikation & information
Ingen utses att dokumentera

Utbildning & kompetens
Bakjour blev inte inringd direkt och primärjour har inte satt navelkateter förut

Kan oftast avbryta och granska signera CTG annars kontakta bakjour. Gäller även journalanteckning

Journalanteckning kan göras i efterhand vid tidsbrist

Utbildning - diskutera CTG
Repetitionsutbildning på nätet minst en gång per år

Utbildning om POX

Framtagna rutiner rörande upplivning vid barnbord på förlossningen skall följas - CEPS-utbildning

Navelkateter förstahandsval till nyfödd vid akut läge på förlossningen

Dag 12 Ca 6:50

Dag 12 - ca 3 veckor senare

20.
vid 30- 35 minuters ålder
har barnet hjärtfrekvens,
men ingen egen andning

Felhändelse
Återupplivning borde
avslutats efter 20 minuter
när ingen hjärtaktivitet
kommit igång

Barnet flyttas till universitetssjukhus
för kylbehandling. Tolkas som
infektion och asfyxi. Efter regionvård
sker eftervård av barnet på annat
sjukhus i regionen. Barnet avlider ca 3
veckor senare.

*Procedurer/ rutiner
& riktlinjer*

Tappar fokus på
tiden pga.
dokumentationsansv
arig saknas

CEPS- utbildning