

Kunskapsbanksnummer: KB7970387

Datum: 2018-09-12

AV-318966

## **Händelseanalys**

**Igångsättning av patient med IUFD i grav vecka 24**

Mars 2018

## Sammanfattning

Patienten inkommer i graviditetsvecka 23 och IUFD (intrauterin fosterdöd) konstateras. Viktskattning görs och det konstateras att IUFD inträffat redan i graviditetsvecka 19. Igångsättning av förlossningen startar och efter en veckas behandlingar visar det sig att fostret avgått under vårdtiden utan att det noterats av vårdpersonal.

Samtliga fem bakomliggande orsaker har beaktats och tagits med i rapporten, totalt ses sex stycken bakomliggande orsaker till händelsen där de viktigaste orsakerna är inom Procedurer/rutiner & riktlinjer.

- Det görs ingen samlad bedömning om patientens totala vårdförlopp och situation
- Avsaknad av rutin för handläggande av IUFD i tidig graviditet saknas på förlossningen

Totalt sett har analysen identifierat sex stycken relevanta åtgärdsförslag varav dessa två är de viktigaste.

- Fortbildningsinsats för att säkerställa vården kring IUFD gällande gränsöverskridande patienter
- Se över rutin "Induktion IUFD";  
Vid förlossning i tidig graviditet införa bäcken vid toalettbesök samt u-ljuds undersökning vid oklarheter

## 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 .....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	9
4.5	Åtgärdsförslag.....	9
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling .....	10
6.3	Uppföljning .....	10
7	Ordförklaringar .....	11
8	Bilagor.....	12

## 1 Uppdrag

Induktion pga IUFD där det efter en veckas behandlingar visat sig att fostret avgått någon gång under tiden utan att det noterats av vårdpersonal. Syfte med analysen är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Kvinnoklinik  
Område III  
NU-sjukvården  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-04-09

Startdatum: 2018-05-08

### 1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2018-12-11

Fördröjning på grund av sommarledighet

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Kvalitet och patientsäkerhet	NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik
Vice analysledare/Kvalitetssamordnare	NU-sjukvården/Område III/Laboratoriemedicin
Sakkunnig/Obstetriker överläkare	NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik
Sakkunnig/Barnmorska PhD forskningsledare	NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervjuer med direkt och indirekt involverad personal, cirka 10 personer
- Intervju med patient och partner
- Genomgång av journalhandlingar och riktlinjer
- Genomgång och diskussion med sakkunniga

Händelseanalysen har följt principerna för metodiken i den nationella handboken: Riskanalys och händelseanalys, analysmetoder för att öka patientsäkerheten, 2015. Åtgärdsförslag har utarbetats för att eliminera eller bevaka/begränsa identifierade orsaker och kan leda till att nya barriärer/skydd eventuellt kan skapas. Analysen genomförs i IT stödet NITHA (nationellt IT stöd för händelseanalys) och efter återföring till uppdragsgivare läggs analysen ut, avidentifierad till NITHA kunskapsbank.

### 4 Resultat

Före graviditetsvecka 22 vårdas patienter på gynekologisk avdelning, efter vecka 22 sker vården på förlossningsavdelning. Detta beror på den juridiska skillnaden att det efter graviditetsvecka 22 räknas som barn. En IUFD som inträffar före graviditetsvecka 22 men där förlossningen sker efter graviditetsvecka 22 räknas alltså som ett barn. När ett barn har fötts ska anmälan till Skatteverket ske, detta görs på sjukhuset genom att registrera och dokumentera i Obstetrix, ett journalsystem som förlossningsvården använder. Vid IUFD efter graviditetsvecka 22 skall även anmälan om begravning göras.

Enheterna har på grund av de juridiska skillnaderna, olika handlägningsförfarande och journalsystem. Under vårdtiden vårdas patienten på två av kvinnoklinikens enheter, gynekologisk avdelning och förlossning vilket på grund av bristande samverkan mellan dessa, skapade osäkerhet när det gäller handläggandet av vården.

#### 4.1 Händelseförlopp

Patient är omfödelska och gravid i vecka 23+2. Ringer till förlossningsavdelningen på grund av brunfärgad blödning som patienten haft i tre dagar.

2018 Dag 1 kväll

Barnmorska 1 (BM1) konfererar med läkare 1 (LÄK1) och patienten erbjuds tid för undersökning nästa eller nästkommande dag.

1.

Dag 3 förmiddag

Enligt eget önskemål kommer patienten denna dag för undersökning. LÄK 2 och 3 gör ultraljudsundersökning och finner ingen hjärtaktivitet. Konstaterar IUFD (intrauterin fosterdöd) Viktskattning av barnet görs och graviditetslängden bedöms till graviditetsvecka 19+4. Paret får information om att tidpunkten för IUFD ligger cirka fyra veckor bakåt i tiden.

Paret får skriftlig och muntlig information om fortsatt handläggning enligt PM. Patienten får med sig sin journal då paret önskar avvakta igångsättning några dagar av privata skäl.

Ingen felhändelse

2.

Dag 6 kväll

Paret kommer till förlossningsavdelningen. BM 2 samtalar och ger information om fortsatt handläggning. Patienten har sedan några timmar tillbaka haft molande mensvärk men bedöms inte vara i aktiv förlossning. Enligt ordination av LÄK 4 ges läkemedel för igångsättning (Mifegyn) av BM 2.

Paret får erbjudande att stanna kvar eller åka hem under natten och väljer att stanna kvar på förlossningsavdelningen. Paret ska försöka sova. BM 2 och paret kommer överens om att de skall höra av sig under natten om något tillstöter.

Ingen felhändelse

3.

Dag 7 tidig morgon

Patienten har sammandragningar och BM 2 undersöker patienten, bedömer patienten vara i aktiv förlossning. Patienten har tilltagande smärta och får smärtstillande läkemedel (Ketogan).

Ingen felhändelse

4.

Dag 7 senare på morgonen

Vid toalettbesök upplever patienten att det kommer blödning i toaletten och tillkallar BM 2. Patienten undrar om BM 2 ska titta i toaletten innan spolning. BM 2 frågar om blödningen är som tidigare vilket patienten bekräftar. Svaret leder till att BM 2 inte tittar i toaletten. BM 2 rapporterar vid arbetspassets slut till BM 3 att patienten är i aktiv förlossning.

Felhändelse

Ingen kontroll gjordes av blödningen i toaletten

5.

Dag 7 senare samma förmiddag

Värkarna har avstannat. LÄK 5 undersöker patienten och bedömer att det är ett omoget cervixstatus och ordinerar läkemedel för att starta förlossningen (Cytotec) enligt PM. Vid undersökningen är det riklig blödning som LÄK 5 tolkar som teckningsblödning.

Felhändelse

Felaktig slutsats togs vid undersökningen då LÄK 5 inte hade information om tidigare blödning vid toalettbesöket

6.

Dag 7 samma eftermiddag

Patienten har inget värkarbete. En mindre blödning har noterats under dagen och patienten får enligt tidigare ordination Cytotec av BM 1

Ingen felhändelse

7.

Dag 8 - 10

Patienten har inget värkarbete och sparsam blödning.

Patienten upplever undersökningarna smärtsamma och onödigt lidande. Sammanlagt under vårdtiden görs totalt 18 vaginala undersökningar och patienten träffar många olika läkare/barnmorskor.

Felhändelse

Samordning sker inte när det gäller undersökning, ordination och utförande av ordination

8.

Dag 10 eftermiddag

På grund av platsbrist på förlossningen beslutas att patienten skall flyttas till gynekologisk avdelningen vilket gjorde att paret upplevde sig bortprioriterade.

Felhändelse

Patientens hela vårdsituation beaktades inte

9.

Dag 11 på kvällen

Bard-kateter sätts in i livmodern för att mekaniskt starta förlossning

Ingen felhändelse

10.

Dag 12 eftermiddag

Läk 2 tar ut Bard-katetern och gör ultraljud som visar inget foster i livmodern. Kompletterande undersökningar görs för att utesluta abnorm graviditet, det vill säga graviditet utanför livmodern. Paret informeras och i samtal framkommer att det troliga scenariot är att förlossningen skett tidigt på morgonen första vård dygnet vid toalettbesöket.

Ingen felhändelse

Dag 13 - utskrivning

Patienten får 6 dygns förlängd vårdtid. Händelsen har för patienten inneburit flertal onödiga behandlingar och undersökningar samt psykisk påfrestning.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla fem orsaksområden är beaktade i analysen. Inom de fem orsaksområden har följande orsaker identifierats:

### *Kommunikation & information*

Bristande tydliggörande av storlek/utseende på foster/barnet då det finns en diskrepans mellan graviditetslängd och verklig storlek/form på fostret/barnet

### *Omgivning & organisation*

Ett ökat patientflöde på förlossningsavdelningen gör att ett rum behöver frigöras till annan patient

### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

Gör ingen samlad bedömning och beaktar inte patientens totala vårdförlopp och situation  
Rutin för handläggande av IUFD i tidig graviditet saknas på förlossningen

### *Teknik, utrustning & apparatur*

Patienten vårdas initialt på förlossningen då graviditetslängden är längre än 22 veckor. Gyn-avdelningen har inte det journalsystemet Obstetrix, som krävs för att journalföra och födelseanmäla barnet.

### *Utbildning & kompetens*

På förlossningsavdelningen finns det en osäkerhet när det gäller att förlösa patienter där graviditetslängden är mindre än 22 veckor



### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Om ett barn föds i graviditetsvecka 22 räknas det juridiskt som barn, före denna graviditetsvecka räknas det som foster, handläggning och formalia skiljer sig åt. Då platsbrist uppstod flyttades patienten från förlossningen till gynekologisk avdelningen. Paret möter då personal som ger uttryck för osäkerhet då de inte är vana att handlägga förlossning efter graviditetsvecka 22.

Åtgärd:

- Se över rutiner för var patienter skall vårdas vid graviditetslängd runt graviditetsvecka 22. Vid ev. flyttbehov av patient bör patientens hela vårdssituation och omgivningskrav beaktas

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patienten fick en förlängd vårdtid och vårdades 6 dygn på kvinnokliniken till en total vårdkostnad av 72 983: -

### 4.5 Åtgärdsförslag

Samtliga åtgärdsförslag har av de sakkunniga bedömts vara relevanta och genomförbara och öka patientsäkerheten.

- Fortbildningsinsats för att säkerställa vården kring IUFD gällande gränsöverskridande patienter
- Patientansvarig läkare, PAL, bör utses vid längre vårdförlopp.
- Samordna behandling för att minska antal undersökningar för patienten
- Se över rutin "Induktion IUFD"; Vid förlossning i tidig graviditet införa bäcken vid toalettbesök samt u-ljuds undersökning vid oklarheter
- Se över rutiner för var patienter skall vårdas vid graviditetslängd runt graviditetsvecka 22. Vid ev. flyttbehov av patient från förlossning till avdelning bör patientens hela vårdssituation och omgivningskrav beaktas
- Viktigt att informationen är tydlig, både skriftlig och muntlig, då diskrepans finns mellan graviditetslängden kontra fostrets/barnets storlek. Dokumentera och beskriva storlek/utseende för att minska risken för missförstånd, både för personal och patient

Inga direkta åtgärder vidtogs omedelbart.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	15
SUMMA	0

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Verksamhetschef Kvinnokliniken kommer att vidta alla ovanstående rekommenderade åtgärder för att säkerställa vården kring patienter med IUFD/missed abortion med graviditetslängd runt 22 veckor. Åtgärderna beräknas vara klara under 2019.

### **6.2 Återkoppling**

Händelseanalysen återföres till berörda muntligt och om detta inte möjligt skriftligt.

### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning av åtgärder sker under 2019-2020.

## 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
PM	Riktlinjer/rutin
Teckningsblödning	Ett tecken på att förlossning kan ha startat
Induktion	Igångsättande av förlossning

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf