

Händelseanalys

Sugklocka på grund av värksvaghet

September 2017

Analysledare:

KW, MB

Område III

NU-sjukvården

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att identifiera eventuella felhändelser i samband med förlossning och beslut att förlösa barnet med sugklocka. Patienten väntar sitt andra barn och är tidigare kejsarsnittad på grund av sätesändläge. Patienten är frisk och det har varit en normal graviditet. Patienten är i graviditetsvecka 41+6 vid inkomsten till förlossningen där hon kommer för värkar som har pågått från och till i två dygn (lång latensfas).

Vid ankomst till förlossningen bedöms patienten vara i aktiv förlossningsfas och med tanke på att patienten haft en lång latensfas beslutas om aktiv handläggning. På grund av att patienten är tidigare snittad är det även skärpt övervakning. Då förlossningen inte går framåt sätts värkstimulerande dropp och patienten får även en ryggbedövning som smärtlindring. Fosterövervakningen (CTG) har hela tiden varit normal. Så småningom kontaktar barnmorska förlossningsläkaren för bedömning om fortsatt handläggning. Läkare beslutar att avsluta förlossningen med sugklocka på indikation värksvaghet och uttröttad moder. Under tiden förändras CTG till att vara normal till att vara patologisk (sjuklig). Barnet förlöses efter fyra dragningar med sugklocka och yttre press. Har svår syrebrist och omhändertas av barnläkare och barnpersonal. Barnet läggs i respirator och i samråd med föräldrarna tas barnet ur respiratorn och avlider

De viktigaste bakomliggande orsakerna som framkommit finns inom område

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Det finns en otydlighet i när IUP bör användas i kvinnoklinikens PM. I ett PM om induktion skall värkregistreringen vara god och IUP skall övervägas, i ett annat PM om CTG övervakning står inget alls om värkregistreringens beskaffenhet utan endast hur CTG skall bedömas.
- Finns ingen skriftlig rutin för att säkerställa mamma puls vid sugklocka

Teknik, utrustning & apparat

- Det kan upplevas besvärligt för patienten vid insättningen av inre livmodertryckmätare (IUP) därför avstår man om det inte absolut krävs en optimal värkregistrering

De viktigaste åtgärdsförslagen som framkommit är

- Förtydliga i PM och riktlinjer att IUP bör användas vid tidigare snittad patient
- Genom att frikostigt sätta IUP blir barnmorskor/läkare säkrare och mer vana vilket gör att proceduren upplevs mindre smärtsam för patienten
- Införa obligatorisk POX vid sugklocka (checklista kompletteras)
- Kontinuerliga fallbeskrivningar och genomgångar, för erfarenhetsutbyte

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

Asfyktiskt barn (barn med uttalad syrebrist) föds efter VE (sugklocka). Graviditeten är nästan 2 veckor över tiden. Patienten är tidigare snittad. Beslut om VE på grund av värksvaghet och tilltagande patologi (sjuklighet) på CTG (fosterövervakning). Förlossningen har varit utdraget på grund av värksvaghet. Barnet är oväntat dåligt och avlider efter några dagar på neonatalavdelning.

Syftet med analysen är att påvisa eventuella brister i handläggning av patienten vid hennes kontakt med vården kopplade till den rutin som finns.

1.1 Uppdragsgivare

Kvinnokliniken, Område III
NU-sjukvården
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-03

Startdatum: 2017-11-13

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2018-04-27

Analysen har dragit ut på tiden, på grund av semester och sjukdom

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel

Analysledare/Barnmorska
Vice analysledare/Sjuksköterska
Analysteammedlem/Läkare
Analysteammedlem/Barnmorska

Enhet

NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik
NU-sjukvården/Område III/Administration
NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik
NU-sjukvården/Område III/Kvinnoklinik

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med vårdnadshavarna
- Intervju med expert/sakkunnig
- CTG har skickats till oberoende expert för utlåtande
- Genomgång av journalhandlingar
- Genomgång av klinikens riktlinjer/rutiner

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

Patienten väntar sitt andra barn. Är frisk och har haft en normal graviditet, patienten är obstetrisk förstföderska då patienten snittades förra förlossningen på grund av sätesändläge. Vid två tillfällen har patienten varit på kontroll på förlossningsavdelningen på grund av smärtsamma värkar, status och CTG har då bedömts normala. Vid ett tillfälle fick patienten med sig två tabletter Panocod för att kunna vila hemma, vilket enligt uppgift patienten gjorde.

Patienten kommer åter till förlossningsavdelningen på grund av värkar. Patienten är vid inkomsten i graviditetsvecka 41+6. Vid inkomsten bedöms patienten vara i aktivt förlossningsarbete, och skall handläggas aktivt på grund av förvärkar, (lång latensfas). Det bedöms också att patienten skall ha skärpt övervakning på grund av tidigare snitt. Förlossningen har gått framåt och efter några timmar får patienten en epiduralbedövning (EDA). CTG bedöms hela tiden som normal. Spontan vattenavgång sker efter ytterligare några timmar, som visar mekonium (barnet bajsat) i fostervattnet, vilket föranleder att barnmorskan sätter en skalpelektrod (givare direkt på barnets huvud) för skärpt fosterövervakning. Barnmorska kontaktar läkare vid flera tillfällen för att informera och få direktiv för fortsatt handläggning. Värkstimulerande dropp sätts då förlossningen inte går framåt som planerat. Barnmorska och läkare överväger att sätta en inre värkmätare för att få bättre värkregistrering men beslut tas att avvakta. CTG bedöms som normal. Strax efter personalbyte tar barnmorska återigen kontakt med läkare för konsultation då patienten är trött och värkarna är glesa och ineffektiva trots värkstimulerande dropp. Läkaren beslutar om höjning av värkstimulerande dropp samt att avvakta ytterligare 20 minuter för att då besluta om sugklocka eller kejsarsnitt. Efter 20 minuter bedömer läkaren att barnets huvud trängt ner förlossningskanalen så att en sugklocka kan användas för att avsluta förlossningen. Under denna tid har CTG förändrats så att det är patologiskt (sjukligt). Varken barnmorska eller läkaren bedömer CTG som patologiskt vid beslutet att förlösa med sugklocka. Då beslut om sugklocka redan är fattat avstår läkaren från att ta pH (prov som påvisar syrebrist). Sugklocka sätts med indikation värksvaghet och uttröttad moder. Läkaren gör tre dragningar där barnet följer fint efter varje dragning, där efter ytterligare en dragning till efter ett klocksläpp. Under dragningarna är det långt mellan värkarna och fosterljuden kontrolleras genom

yttre registrering. Vid två tillfällen palperar läkaren patientens puls som bedöms som åtskild från fosterfrekvensen. Läkaren planerar för en traktion, så att förlossningen blir så likt en normal förlossning som möjligt och släpper därför klockan då barnets huvud står i genomskärning. CTG bedöms som normalt. Då det är mycket glest mellan värkarna ges bolusdos av värförstärkande läkemedel och efter hjälp av yttre press föds barnet. Barnet är slapt och utan egenandning och omhändertas direkt av barnläkare som är närvarande vid förlossningen. Barnet var svårt asfyktiskt (syrebrist) vid födelsen, läggs först i respirator men efter tre dygn tas barnet ur den, i samråd med föräldrarna, och avlider.

Transaminaser (leverprover) tas som rutin efter förlossningen eftersom det kan indikera på eventuell komplikation som barnet kan ha fått före förlossningen. Om syrebristen är i samband med förlossningen stegras transaminaser först efter flera timmar. Vid detta tillfälle ses höga transaminaser redan strax efter förlossningen vilket är ett tecken på att barnet har varit utsatt för syrebrist tidigare. Barnet har då kompenserat för detta och därför påvisar ett normalt CTG fram till påfrestningen i slutet av förlossningen. Enligt barnläkare är det svårt att säga om utgången hade blivit en annan om man valt ett annat förlossningssätt. Barnet hade en påverkan på grund av tidigare syrebrist som var betydande men det kan också vara så att barnet hade klarat av den påverkan om det inte hade blivit ytterligare en pålagring av syrebrist i samband med sugklockan. Allt detta är kunskap som inte finns när beslut om sugklocka tas utan det är de befintliga signaler som ligger till grund för beslutet. Däremot kan det i efterhand vara en förklaring på ett oväntat dåligt barn.

En oberoende extern expert har granskat CTG övervakningen och kommit fram till att kurvan bedöms som normal under förloppet fram till ca 1 timma före förlossning då den först är avvikande men sista halvtimmen före beslut om sugklocka är kurvan patologisk.

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. Händelsen beskrivs mer utförligt i resultatdelen ovan och under denna rubrik bygger texten på den grafiska presentationen i bilaga 1

2017-09-16 02:30

Patienten är frisk och har haft en normal graviditet och väntar sitt andra barn i gravvecka 41+6. Är tidigare snittad på grund av sätesläge och inkommer till förlossningsavdelningen på grund av värkar 1.

04:35

Patienten har oregelbundna värkar. CTG (Fosterhjärtslagsregistrering) är normal. Inre undersökning visar att livmodermunnen är utplånad och öppen 4 cm. Patienten bedöms vara i aktiv fas och aktiv handläggning planeras utifrån att patienten haft en lång latensfas. Bedöms att skärpt övervakning skall gälla relaterat till tidigare snitt

Ingen felhändelse

2.

07:09

Patienten har fått epiduralbedövning (EDA). Förlossningen har gått framåt, och livmodermunnen är öppen 7 cm. Barnmorska 1 misstänker vidöppen bjudning.

Ingen felhändelse

3.

09:20

Spontan vattenavgång. Grönfärgat fostervatten, barnet har bajsat i fostervattnet. CTG normalt, Skalpelektrod sätts.

Obefintlig värkregistrering

4.

10:21

Värkstimulerande dropp sätts på grund av värksvaghet.

Ingen felhändelse

5.

11:40

Förlossningen går trögt framåt det är samma status sen två timmar tillbaka. Läkare 1 kontaktas som ordinerar fortsatt höjning av värkstimulerande dropp. IUP (inre tryckmätare) diskuteras men beslut tas att inte sätta någon då.

Felhändelse

Värkregistreringen är inte tillfredsställande

6.

13:20

Bytt EDA pump och får en bolusdos (påfyllnadsdos) i EDA pumpen

Ingen felhändelse

7.

15:46

Barnmorska 2 kontaktar läkare 1. Långdraget förlossningsförlopp, livmodermunnen är helt öppen. Värkarna är något kortare än tidigare
CTG bedöms vara normalt

Ingen felhändelse

8.

16:00

Läkare 1 bedömer patienten. Värkdroppet går på 160ml/h har 5 värkar/10 min. Värkarna är ineffektiva. Fosterhuvudet står högt i förlossningskanalen. Misstanke om vidöppenbjudning eller felinställning. Läkare 1 ordinerar ny bedömning om 20 minuter för beslut om fortsatt handläggning

Ingen felhändelse

9.

16:10

Barnmorska 2 ger bolusdos i EDA för att smärtlindra patienten och motivera till fortsatt förlossning

Ingen felhändelse

10.

16:25

Fosterhuvudet har trängt ner och står med fostersvulst mot bäckenbotten. Bjudningen är vidöppen,.
Läkare 1 beslutar om sugklocka
CTG bedöms ej patologisk vid beslut om sugklocka.
Läkare 1 avstår från att ta skalp prov (prov som påvisar syrebrist) då beslut om sugklocka redan är fattat

Felhändelse

CTG vägs inte in i beslutet att avsluta med sugklocka

11.

16:40 - 16:52

Sugklocka med indikation värksvaghet och uttröttad moder samt lägeskorrektur påbörjas.
3 dragningar med sugklocka, ytterligare en dragning efter klocksläpp Läkare 1 palperar mamma puls vid två tillfällen vilken bedöms som åtskild från fosterfrekvensen. Läkare 1 släpper klockan när barnet huvud står i genomskärning, planerar för normal förlossning utan klockhjälp

Felhändelse

Ingen kontinuerlig mamma puls registreras

12.

16:52

Mycket glesa värkar de sista 15 minuterna. CTG bedöms normalt. Värkstimulerande dropp går på 300-350ml/h, strax före födelsen. Det ges även bolusdos av värkstimulerande läkemedel vid sista värken.

Barnet föds med hjälp av yttre press de sista två värkarna.

Felhändelse

Klockan tas bort

17:09

Barnet framföds slapp och utan egenandning omhändertas direkt av barnläkare som är närvarande vid förlossningen

Apgar 1-2-2

(pH 6,72 och BE -26,00)

I samråd med föräldrarna tas barnet ur respirator 3 dygn senare och avlider

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområdena är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information, Omgivning & organisation

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Det finns en otydlighet i när IUP bör användas i kvinnoklinikens PM. I ett PM om induktion skall värkregistreringen vara god och IUP skall övervägas, i ett annat PM om CTG övervakning står inget alls om värkregistreringens beskaffenhet utan endast hur CTG skall bedömas.

Finns ingen skriftlig rutin för att säkerställa mamma puls vid sugklocka

Nya CTG kriterier är mer liberala till att avstå skalpprov.

Teknik, utrustning & apparatur

Det kan upplevas besvärligt för patienten vid insättningen av inre livmodertryckmätare (IUP) därför avstår man om det inte absolut krävs en optimal värkregistrering

Utbildning & kompetens

För att använda IUP krävs det att man ofta utför åtgärden för att säkerställa utfallet

Önskan om att normalisera födandet

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd funna

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknad på grund av katastrofalt utfall

4.5 Åtgärdsförslag

PM riktlinjer

- Förtydliga i PM och riktlinjer att IUP bör användas vid tidigare snittad patient
- Genom att frikostigt sätta IUP blir barnmorskor/läkare säkrare och mer vana vilket gör att proceduren upplevs mindre smärtsam för patienten
- Vara frikostiga med att sätta IUP vid tidigare snittade patienter

Checklista för sugklocka

- Införa obligatorisk POX vid sugklocka (checklista kompletteras)
- Tillägg till checklistan att fråga om bedömning av CTG före sugklocka

Kompetens/utbildning

- Utvärdering av de nya CTG kriterierna
- Kontinuerliga fallbeskrivningar och genomgångar, för erfarenhetsutbyte

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Införd obligatorisk POX vid sugklockan	Checklista kompletterad	AC	2017-11-30

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	6
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	42

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

- Förtydliga i PM och riktlinjer att IUP bör användas vid tidigare snittad patient skall genomföras.
- Infört obligatorisk POX vid sugklocka (checklista kompletteras)
- Tillägg till checklistan att fråga om bedömning av CTG före sugklocka skall genomföras

Följande åtgärder diskuteras med medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL) och AC förlossningen om plan för genomförandet.

- Utvärdering av de nya CTG kriterierna
- Kontinuerliga fallbeskrivningar och genomgångar, för erfarenhetsutbyte

6.2 Återkoppling

Återkoppling till berörd personal och patient görs av VC och MAL på förlossningen.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av införande av tillägg i rutin skall göras under ht 2018 och följs upp via Barium.

Uppföljning av genomgång av fallbeskrivningar mm görs genom att det finns tid avsatt för detta i det dagliga arbetet på förlossningen.

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
Epiduralbedövning EDA	Ryggbedövning
Traktion	Dragning
POX	Pulsoximeter Mätare som mäter puls och syremättnad

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf