



Urakut kejsarsnitt fördröjdes – barnet fick en hjärnskada

Nr. 29

Socialstyrelsens fallstudier är analyser av händelser i hälso- och sjukvården där patienter har kommit till skada eller utsatts för risker. En analys visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv. I vissa fallstudier belyser vi också ekonomiska aspekter.

Fallstudierna utgår från en eller flera händelser som har anmälts enligt lex Maria. Detaljer har ändrats så att vårdenheter, personal och patienter inte ska kunna identifieras. I fallstudierna presenteras de aspekter och de delar av händelseförloppet som innebär avvikelser och som ger mest lärdomar för patientsäkerheten.

Artikelnr: 2009-126-33
ISSN 1653-4832
Publicerad: 2009-03-31

Ansvarig utgivare: Thomas Tegenfeldt
Redaktör: Lars Rahm

Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm
Tel. 075-247 30 00 | Fax 075-247 32 52
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Ett urakut kejsarsnitt fördröjdes vilket ledde till att barnet fick svår syrebrist. Att det kunde gå så illa berodde på en rad faktorer, bland annat att CTG*-kurvan bedömdes som normal och att det uppstod en kaosartad situation i förlossningsrummet då beslut om urakut kejsarsnitt fattats.

En kvinna med fullgången graviditet kom till förlossningsavdelningen med värkar. Hon togs emot av en barnmorska som gjorde en första bedömning och kopplade CTG-övervakning.

CTG-kurvan var initialt normal, men efter ett tag tilltog värkarbetet och kurvan visade avvikande mönster. Barnmorskan tillkallade förlossningsläkaren som kom och tittade på CTG-kurvan. Läkaren tittade dock inte på CTG-kurvan i sin helhet utan endast på den sekvens som var synlig för stunden och bedömde CTG-kurvan som normal.

Barnmorskan bedömde att CTG-kurvan var fortsatt avvikande. Hon rådgjorde efter en stund med en annan barnmorska och båda ansåg att förlossningsläkaren måste tillkallas igen. Förlossningsläkaren tillkallades men var upptagen på operation, så ingen ny läkarbedömning



Foto: Johan Persson

av CTG-kurvan gjordes och därmed kunde inte beslut om fortsatta förlossningsåtgärder fattas.

Efter en stund blev en annan förlossningsläkare tillgänglig och kom och tittade på CTG-kurvan som då var patologisk. Ett skalpvenprov visade att fostret var allvarligt påverkat. Beslut fattades om urakut kejsarsnitt. Det uppstod en kaosartad situation med bland annat oklarheter om vem som skulle göra vad. Med betydande fördröjning gjordes kejsarsnitt och barnet föddes svårt medtaget av syrebrist.

Händelsen innehåller ett flertal felhändelser.

För det första bedömdes CTG-kurvan som normal av förlossningsläkaren. För det andra blev det ingen förnyad läkarbedömning av CTG-kurvan, då barnmorskan bedömde kurvan som fortsatt avvikande. Slut-

* CTG (kardiotokografi) registrerar fostrets hjärtfrekvens och livmoderns sammandragningar. Med CTG kan fosterhjärtats basfrekvens och variabilitet samt relationen till livmoderns sammandragningar bedömas.



Fallstudie | Nummer 29 | År 2009

Urakut kejsarsnitt fördröjdes - barnet fick en hjärnskada

www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

ligen blev det en betydande fördröjning av livsavgörande förlossningsåtgärd.

Var var då orsakerna till att det blev fel? Varför bedömdes CTG-kurvan som normal av förlossningsläkaren?

När förlossningsläkaren tittade på CTG-kurvan så granskades inte CTG-kurvan i sin helhet utan endast till den sekvens som var synlig för stunden. Detta berodde delvis på att förlossningsläkaren var stressad av många simultiga förlossningar och en i övrigt hög belastning på kliniken. Utöver detta brast kommunikationen mellan de båda erfarna yrkesutövarna. Barnmorskan trodde att förlossningsläkaren bedömt och tagit ställning till hela CTG-kurvan medan läkaren trodde att barnmorskan skulle säga till om det fanns tidigare avvikande mönster. Den bristande kommunikationen berodde på att man inte hade ett strukturerat sätt att kommunicera mellan personalen om vården av patienten, så att det säkerställdes att man talade om samma sak. Klimatet på avdelningen var också sådant att man inte frågade en gång extra vid oklarheter.

Varför blev det ingen förnyad läkarbedömning av CTG-kurvan då barnmorskan bedömde den som fortsatt avvikande?

Förlossningsläkaren som tillkallades hade strax innan blivit kallad till operation och hade ingen möj-

lighet att komma till förlossningsavdelningen. Verksamheten var organiserad så att förlossningsläkarna tjänstgjorde på flera olika enheter inom kliniken och måste ansvara för till exempel specialistmottagningar alternativt operationsavdelning samtidigt som man ansvarade för patienter på förlossningsavdelningen. I den aktuella situationen fanns det heller inte någon annan förlossningsläkare att tillgå för en förnyad bedömning. Övriga förlossningsläkare var upptagna och dessutom hade ansvaret för patienten inte lämnats över till någon annan. Detta beroende på att verksamheten var organiserad så att det var otydligt vem som skulle ta över ansvaret när behandlande läkare måste gå ifrån för andra uppgifter.

Varför blev det en betydande fördröjning av förlossningsåtgärd?

När situationen förvärrades och det beslutats om urakut kejsarsnitt uppstod en kaosartad situation. Det var till exempel oklart vem som skulle göra vad och hur man skulle larma inför ett urakut kejsarsnitt. Larmrutinerna var otydliga och inte i sin helhet kända av vårdpersonalen. Man hade heller inte tränat på liknande situationer på förlossningsavdelningen.

Vilka åtgärder kan förhindra en upprepning?

Både vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att vidta åtgärder som angriper de bakomliggande orsakerna till att det ibland blir fel. Ju högre upp ett beslut om generella åtgärder fattas i en organisation, desto fler verksamheter omfattas av åtgärderna. Det är dock viktigt att först analysera om de föreslagna åtgärderna kan medföra nya risker.



Man hade inte ett strukturerat sätt att kommunicera på avdelningen.



Följande åtgärder kan tillsammans förhindra att andra patienter utsätts för liknande risker.

→ Använd en standardiserad metodik, till exempel SBAR, för att förmedla och säkerställa information mellan vårdpersonalen för att minimera risken för missförstånd. SBAR är en modell för informationsöverföring om patienter som utvecklats av Joint Commission i USA. Modellen innebär i korthet att informationen struktureras i fyra steg – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation. I varje steg ska bara nödvändig information ges.

→ Arbeta systematiskt för ett stödjande och lärande klimat där vårdpersonalen samverkar med patientens säkerhet i fokus. En optimerad samverkan mellan barnmorska och förlossningsläkare i liknande situationer är a och o. När t.ex. CTG-kurvan bedöms är det viktigt att annan information delges och beaktas, t.ex.

om patienten ändrat läge, varit uppe och rört sig osv.

→ Organisera verksamheten och klargör ansvarsförhållanden så att det ges förutsättningar för en patientsäker vård.

→ Ta fram och inför larmrutiner vid urakut kejsarsnitt som är enkla, tydliga och kända hos all vårdpersonal.

→ Teamträning. Träna på liknande situationer tillsammans med berörda yrkesutövare så att åtgärder klargörs samt samarbete och kommunikation säkerställs.

Hur gick det då för barnet?

Barnet föddes med urakut kejsarsnitt och var svårt medtaget. Barnläkare och narkosläkare tog omedelbart hand om barnet. Tidigt noterades tecken på allvarliga hjärnskador som bedömdes uppkomma av syrebrist. Barnet utvecklade med tiden en svår cp-skada till följd av komplikationerna.

KAN DETTA HÄNDA I DIN VERKSAMHET?

- Finns ett fungerande system för att ta tillvara erfarenheterna från avvikelshanteringen och används dessa för att förebygga vårdskador?
- Tillåter kulturen att öppet diskutera fel och misstag?
- Hur tar ni hand om och informerar patienter som drabbats av vårdskada?

PÅ WWW.SOCIALSTYRELSEN.SE/PATIENTSAKERHET

- En ny publikation om patientsäkerhet (fallstudie, riskstudie eller tema) varje månad
- OH-bilder till varje fallstudie och riskstudie
- Kostnadsfri e-prenumeration om patientsäkerhet

LÄSTIPS

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- Patientsäkerhet Tema nr 2 – Kommunikation i vården (artikelnr 2008-109-9) www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet
- Wallin CJ, Thor J. SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen* 2008;105(26):1922-5
- Läs mer om SBAR, www.jcrinc.com
- Händelseanalys & riskanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete (artikelnr 2005-101-8) *Handboken är framtagen av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland*



SÅ HÄR FÖLJER DU FALLSTUDIEN

Händelseanalys innebär att systematiskt identifiera orsaker till negativa händelser och tillbud (avvikelser) i hälso- och sjukvården. I ett första steg beskrivs händelsekedjan och därefter klargörs vad som gick fel. I ett andra steg ska orsakerna till avvikelserna analyseras och åtgärder vidtas som förhindrar vårdskador. I illustrationen nedan visar vi en analys av en händelse som visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv.

Information om hur du kan genomföra händelseanalyser i hälso- och sjukvården finns i Händelseanalys och riskanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete (artikelnummer 2005-101-8).

K Kommunikation och information

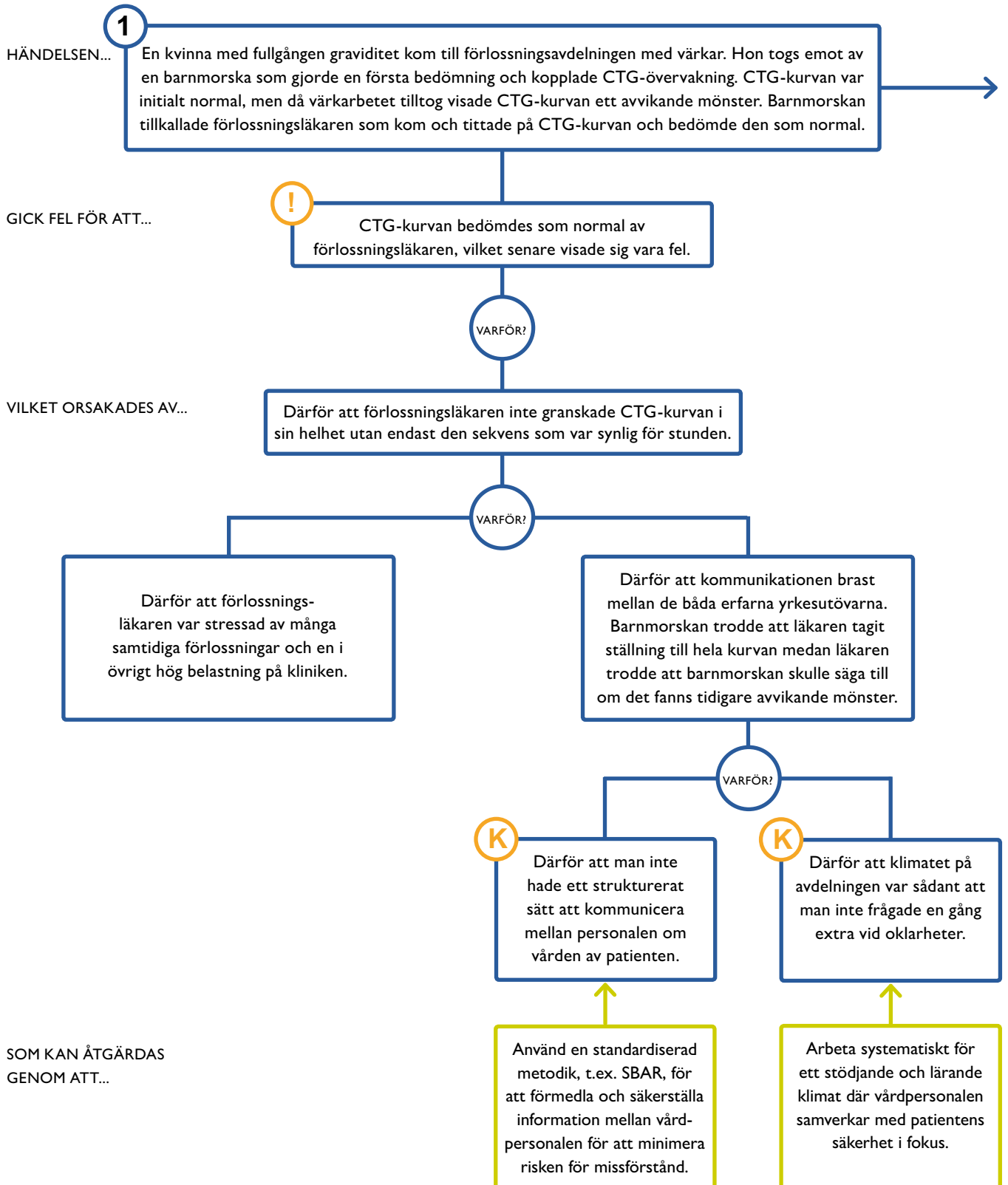
O Omgivning

P Procedurer, rutiner och riktlinjer

U Utbildning och kompetens

T Teknik, utrustning och apparatur

B Barriärer och skydd





2

Barnmorskan bedömde att CTG-kurvan var fortsatt avvikande. Hon rådgjorde efter en stund med en annan barnmorska och båda ansåg att förlossningsläkaren måste tillkallas igen. Förlossningsläkaren tillkallades men var upptagen på operation, så ingen ny läkarbedömning av CTG-kurvan gjordes.



Ingen förnyad läkarbedömning av CTG-kurvan gjordes.

VARFÖR?

Se vad som gick fel i händelse I och dess orsaker.

Därför att förlossningsläkaren som tillkallades var upptagen på operation.

Därför att även övriga förlossningsläkare var upptagna och att ansvaret för patienten inte hade lämnats över till någon annan.

VARFÖR?

VARFÖR?



Därför att verksamheten var organiserad så att förlossningsläkarna tjänstgjorde på flera olika enheter inom kliniken och måste ansvara för t.ex. specialistmottagning alternativt operationsavdelning samtidigt som man ansvarade för patienter på förlossningsavdelningen.



Därför att verksamheten var organiserad så att det var otydligt vem som skulle ta över ansvaret när behandlande läkare måste gå ifrån för andra uppgifter.

Organisera verksamheten och klargör ansvarsförhållanden så att det ges förutsättningar för en patientsäker vård.



3 Efter en stund blev en annan förlossningsläkare tillgänglig och kom och tittade på CTG-kurvan som då var patologisk. Ett skalpvenprov visade att fostret var allvarligt påverkat. Beslut fattades om urakut kejsarsnitt. Det uppstod en kaosartad situation med bl.a. oklarheter om vem som skulle göra vad. Med betydande fördröjning gjordes kejsarsnitt och barnet föddes svårt medtaget av syrebrist.

! Betydande fördröjning av förlossningsåtgärd.

VARFÖR?

Se vad som gick fel i händelse 2 och dess orsaker.

Därför att det uppstod en kaosartad situation med bl.a. oklarheter om vem som skulle göra vad och hur man skulle larma inför ett urakut kejsarsnitt.

VARFÖR?

P
Därför att larm-rutinerna för urakut kejsarsnitt var otydliga och inte i sin helhet kända av vårdpersonalen.

P
Därför att man på avdelningen inte hade tränat på liknande situationer.

Ta fram och inför rutiner som är enkla, tydliga och kända hos all vårdpersonal.

Teamträning. Träna på liknande situationer tillsammans med berörda yrkesutövare så att åtgärder klargörs samt samarbete och kommunikation säkerställs.